

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO
NA REGIÃO CENTRO-OESTE

AISLAN VIEIRA DE MELO

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA
PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO

ANÁLISE DE UMA REDE SOCIOTÉCNICA

CAMPO GRANDE/MS
2023

AISLAN VIEIRA DE MELO

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA
PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO**

ANÁLISE DE UMA REDE SOCIOTÉCNICA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Linha de pesquisa: Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos.

CAMPO GRANDE/MS
2023



Ata de Defesa de Tese
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste
Doutorado

Aos três dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e três, às oito horas, na Videoconferência (à distância), da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos (UFMS), Anderson Martins Corrêa (IFMS), Danielle Bogo (UFMS), Luis Eduardo Moraes Sinesio (IFMS) e Michel Canuto de Sena (UFMS), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho do aluno: **AISLAN VIEIRA DE MELO**, CPF 28599201883, Área de concentração em Saúde e Sociedade, do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Curso de Doutorado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO: ANÁLISE DE UMA REDE SOCIOTÉCNICA**" e orientação de Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos. O presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra ao aluno que expôs sua Tese. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, o presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR

Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos (Interno)

Dr. Anderson Martins Corrêa (Externo)

Dra. Danielle Bogo (Interno)

Dr. Luis Eduardo Moraes Sinesio (Externo)

Dr. Michel Canuto de Sena (Externo)

Dra. Rita de Cassia Avellaneda Guimaraes (Interno) (Suplente)

Dr. VICTOR AUGUSTO MERLI OLIVEIRA LIMA (Externo) (Suplente)

ASSINATURA

AVALIAÇÃO

APROVADO

Aprovado

Aprovado

Aprovado

APROVADO

RESULTADO FINAL:

Aprovação

Aprovação com revisão

Reprovação

OBSERVAÇÕES:

Nada mais havendo a ser tratado, o Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Assinaturas:

Presidente da Banca Examinadora

Aluno

Dedicatória

*À Graziella, Obama e Evito,
com muito amor*

Agradecimentos

Um trabalho como este precisa de uma série de condições para que possa ser realizado, assim como necessita de incontáveis pessoas que, direta ou indiretamente, contribuem de variadas formas, do âmbito acadêmico ao pessoal.

Por isso, gostaria de começar agradecendo àqueles que sonharam e sonham a universidade pública. Agradeço a todos aqueles que lutaram e continuam lutando para que eu pudesse ter acesso a escola e universidades públicas e gratuitas, principalmente, agradeço aos professores e técnicos administrativos dessas instituições que tiveram esse engajamento.

Agradeço ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul, por possibilitar licença para que eu me dedicasse integralmente às atividades de pesquisa, fornecendo as condições necessárias para eu continuar meus estudos de doutoramento. Aqui, meus agradecimentos vão, principalmente, aos meus colegas do campus Campo Grande.

Agradeço aos professores e técnicos administrativos que atuam no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Dos professores com os quais tive aulas pude absorver ensinamentos preciosos, enquanto o pessoal da secretaria sempre teve segurança para me orientar e solucionar minhas demandas, bem como dá a tranquilidade para que tudo funcione como se deve.

Agradecimento especial ao prof. Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos, meu orientador, que acreditou na proposta de pesquisa e me passou a confiança e a liberdade para desenvolver a pesquisa, assim como me deu dicas e orientações valiosas e seguras.

Agradeço aos professores Dra. Danielle Bogo e Dr. Arnaldo Pinheiro Mont'Alvão Júnior que fizeram valiosos apontamentos na banca de qualificação. Também agradeço aos professores da banca de defesa da tese que, tenho certeza, cada qual a seu modo e segundo sua formação, contribuirão para o aprimoramento deste trabalho. São eles: Dra. Rita de Cássia Avellaneda Guimarães, Dr. Anderson Martins Corrêa, Dr. Michel Canuto de Sena, Dr. Luís Eduardo Moraes Sinésio, Dr. Victor Augusto Merli Oliveira Lima.

Por fim, agradeço meu pai e minha mãe pela vida e amor, aos amigos pela caminhada, à Dorquinha pelas orações e amor e aos gatinhos Obama e Evito, que sempre nos ofereceram amor e carinho gratuitamente.

À Graziella, agradecimentos não fazem jus aos 25 anos de projeto juntos que fica cada vez mais repleto de companheirismo, amor, dedicação, cuidado, compartilhamento, aprendizado, investimento, atenção, transformações e crescimentos. Sem ela, tudo seria diferente.

RESUMO

Terapias não-convencionais são ofertadas oficialmente pelo serviço público de saúde brasileiro desde os anos 80' e foram impulsionadas após a institucionalização da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC), em 2006. Muitos estudos têm analisado a PNPIC a partir da perspectiva da implementação, que enfatiza a comparação entre o documento institucionalizado, considerado “a política”, e as ações executadas, visando apontar falhas, lacunas ou acertos na sua execução. Evitando a perspectiva comparativa, esta tese utiliza a teoria ator-rede e a abordagem do agenciamento como ferramentas teórico-metodológicas de análise. Enquanto a primeira tem sido um caminho de análise pouco explorado nas pesquisas sobre a temática, a aplicação da abordagem do agenciamento ainda é uma novidade. A escolha por este caminho analítico enseja assumir alguns pressupostos. O primeiro é assumir a etnografia simétrica como ferramenta metodológica e, por consequência, pressupor que a política é constituída por atores de variadas materialidades (humanos, documentos, objetos, instituições) que interagem entre si por meio de suas ações fazendo emergir realidades. Seguindo esses pressupostos, assume-se que a política não tem poder para influenciar *de per se* a realidade, mas precisa se associar ou ser associada a outros atores para emergir e para poder influenciá-la. Ainda, o documento de institucionalização da política é percebido como uma das versões possíveis por meio das quais a política ganha vida na realidade, sendo que o documento vem à tona como resultado do silenciamento de versões possíveis da política que propunham como ela deveria ser. Assim, a política se configura como algo em movimento e que vai sendo distribuída por variados espaços da sociedade, à medida em que se associa ou é associada a outros atores. O objetivo desta tese foi o de analisar como a PNPIC está sendo feita pelos variados atores nos variados contextos, isto é, analisar os processos que a fazem emergir na realidade em múltiplas versões. Os resultados mostram que a política vai sendo apropriada por variados atores e recebendo novos significados, fazendo emergir versões contextualizadas, tais como política como dispositivo jurídico, capital político, especialidades profissional e acadêmica, dentre outras. Ao mesmo tempo, alguns desses novos significados são compreendidos como processos de contestação que podem ou não resultar em alterações (silenciamento da versão) do documento em vigor. Nesse sentido, os resultados demonstram a fluidez e a potencialidade da política a partir dos espaços onde ela está presente, alguns dos quais foram abordados nesta tese, quais sejam: no âmbito das ações e políticas de saúde promovidas pelo Ministério da Saúde; no âmbito das políticas específicas voltadas a terapias não-convencionais institucionalizadas por estados e capitais de estados brasileiros; no âmbito da pandemia da COVID-19; no âmbito dos conselhos federais dos profissionais de saúde que vêm regulamentando terapias não-convencionais como exercício profissional antes do governo federal, incluindo terapias que não estão inseridas na PNPIC; no âmbito dos debates em torno das evidências científicas sobre eficácia desse tipo de terapia. Os resultados deste estudo, portanto, apresentam a PNPIC enfatizando sua potencialidade em contribuir para a emergência de realidades múltiplas e contextuais.

Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares; Políticas Públicas de Saúde; Saúde Pública; Políticas Públicas.

ABSTRACT

Non-conventional therapies are officially offered by Brazilian public health service since 1980s and have been widely offered after the institutionalization of National Policy for Integrative and Complementary Practices in Unified Health System (PNPIC – Portuguese acronym) in 2006. Many studies have analyzed this public policy from the implementation point view which emphasize the comparison between the institutionalized document, considered “the policy”, and the actions carried out, aiming find and point out flaws, gaps, or success in the execution of the “policy”. This thesis uses actor-network theory and assemblage approach as theoretical-methodological tools to analyze the PNPIC and to avoid the comparative perspective. While the actor-network theory has been a path little explored of analyzes in research on the subject, the use of the assemblage approach is a novelty yet. The choice for this analytical path entails to take some assumptions. The first one is to assume symmetric ethnography as methodological tool and, consequently, to assume that policy is constituted by actors of various materialities (such as human beings, documents, objects, institutions) that engaged with each other through their actions making emerge realities. Following these assumptions is to assume that policy alone does not able to influence reality but must associate or to be associated with other actors to emerge and to be able to influence it. Still, the institutionalization document is perceived as one of possible versions of the policy through which it come to life in reality. This document comes to light as result of the silencing possible versions of the policy which proposed how it should be. In this scope, policy is configured as something in motion and that is being distributed across many spaces of society, insofar associate itself or it is associated with other actors. The thesis aim was to analyze how the PNPIC have been made by many actors across many contexts, that is to analyze the process that make it emerge in reality in version multiples. The results demonstrate that policy is being appropriated by various actors in these spaces and receiving new meanings, making emerge contextualized versions of the policy, such as legal device, political capital, academic and professional expertise, among others. At the same time, some these new meanings are understood as contestation processes that may or may not result in changes (version silencing) of the current policy document. Accordingly, the results demonstrate the fluidity and potentiality of the policy from the spaces where it is presents, some of which were addressed in this thesis, such as: as part of health actions and policies provided by Health Ministry; in the framework of specific policies for non-conventional therapies institutionalized by Brazilian states and capital of states; in the context of COVID-19 pandemic; in the framework of health work conseils that have been regulating non-conventional therapies as professional activities, before Brazilian government and including therapies that are not inserted in PNPIC; in the framework of discuss around scientific evidences this kind of therapies. Therefore, the results this study presents the PNPIC emphasizing its potential to contribute to the emerge of multiple and contextual realities.

Keywords: complementary therapies; Health Public Policy; Public Health; Public Policies.

Lista de Ilustrações – Tabelas

Tabela 1 – Quantitativo de deliberações sobre terapias não-convencionais em Conferências Nacionais de Saúde.....	77
--	----

Lista de Ilustrações – Figuras, Gráfico e Quadros

Figura 1 – Práticas Integrativas e Complementares reconhecidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema único de Saúde	24
Gráfico 1: Quantidade de Municípios Brasileiros com Oferta de PICs em 2017, 2018 e Parciais de 2019	26
Quadro 1: Quantidade de atendimentos individuais de PICs no SUS na Atenção Primária, de 2017, 2018 e parciais de 2019.....	27
Quadro 2: Oferta e atendimento de atividades coletivas em PICs no SUS na Atenção Primária, em 2017, 2018 e parciais de 2019	27
Quadro 3: Quantidade de estabelecimentos que ofertam PICs no SUS em Média e Alta Complexidade	28
Figura 2: Crescimento do número de países membros da OMS com alguma política nacional de MTC, no período de 1999-2018.....	30
Figura 3: Países membros da OMS com política nacional em MTC em 2018	30
Figura 4: Evolução do número de publicações em Medicina Complementar e Integrativa..	31
Figura 5: Ranking países com maior número de publicações no período de 2009 a 2018 ...	31
Figura 6: Parte da Cartografia da PNPIC: alguns espaços sociais onde é possível encontrar a PNPIC	44
Quadro 4 –Exemplos de Versões de PNPIC que podem emergir nas Situações Concretas..	54
Figura 7: Distribuição de artigos publicados por países de 1980-2009.....	67
Figura 8: Panorama de artigos indexados na Medline sobre terapias não-convencionais, no período de 1966 a 2007	67
Quadro 5 – Termos utilizados para nomear terapias não-convencionais em Conferências Nacionais de Saúde de 1986 a 2015	79
Quadro 6 – Terapias não-convencionais nominalmente mencionadas nas Conferências Nacionais de Saúde 1986 a 2015.....	80
Quadro 7 – Cronologia dos eventos mencionados durante o capítulo que foram importantes, segundo a literatura	81
Quadro 8 – Terapias não-Convencionais inseridas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde, durante o ano de 2006.....	100
Figura 9: Distribuição por modalidade, em porcentagem das Práticas	

Integrativas e Complementares nos municípios e estados brasileiros. Brasília, 2006	104
Figura 10: Gráfico 03: Distribuição das modalidades de Práticas Complementares nos estados e municípios brasileiros. Brasília, 2006	104
Quadro 9 – Composição dos Grupos de Trabalho para elaboração de um Texto-base para a PNPIC	109
Quadro 10 – Composição do Conselho Nacional de Saúde em 2006, de acordo com as Portarias nº 2257/2003 e s/nº/2004.....	110
Figura 11: Capilarização da PNPIC nas ações do Ministério da Saúde	116
Quadro 11 – Serviços em PICs e Profissionais autorizados a realizá-los, conforme Portaria nº 853/2006.....	121
Quadro 12 – Alterações relacionadas às PICs na Tabela de Serviços/Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do SUS /Portaria nº 853/2006, estabelecidas pela Portaria nº 154/2008 (BRASIL, 2008)	122
Quadro 13 – Portaria que define quais profissionais de saúde podem atuar com PICs no SUS, segundo Portaria nº 633/2017.....	123
Quadro 14 – Portaria que define quais profissionais de saúde podem atuar com PICs no SUS, segundo Portaria nº 1988/2018.....	125
Quadro 15 – Composição da Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (CIPICSUS), conforme Resolução nº 629, de 11 de outubro de 2019 (CNS, 2019).....	126
Quadro 16 – Membros da Câmara Técnica Assessora em PICs do Ministério da Saúde	127
Quadro 17 – Cursos em terapias não-convencionais ofertados pelo UNASUS	129
Quadro 18 – Terapias não-convencionais ofertadas por municípios e estados apresentadas durante o 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares, 2008	130
Quadro 19 – Estrutura do Instrumento de Avaliação PMAQ 2013 e 2017 (2º e 3º ciclos)...	134
Quadro 20 – Práticas Integrativas nos Instrumentos de Avaliação PMAQ 2013 e 2017	135
Quadro 21 – Práticas Integrativas e Complementares no PMAQ-NASF 2013 (2º ciclo)....	136
Quadro 22 – Práticas Integrativas e Complementares no PMAQ – 2017 (3º ciclo) – com destaque para as terapias não-convencionais não reconhecidas pela PNPIC	137
Quadro 23: Perguntas envolvendo PICs no Questionário da Pesquisa Nacional de Saúde – 2013.....	138
Quadro 24: Perguntas envolvendo PICs no Questionário da Pesquisa Nacional	

de Saúde – 2019.....	138
Figura 12: Mapa destacando Estados e Capitais brasileiras que institucionalizaram políticas em Práticas Integrativas e Complementares até 2021	144
Quadro 25: Unidades da Federação que possuem Política em PICs, organizadas por ordem de antiguidade da institucionalização	145
Quadro 26: Capitais de Unidades da Federação que possuem Política em PICs, organizadas por ordem de antiguidade da institucionalização	147
Quadro 27: Estados e capitais que possuíam dispositivos legais que incluíam mais de duas terapias não-convencionais no sistema público de saúde, antes da PNPIC (2006)	150
Quadro 28: Quadro: Terapias não-convencionais institucionalizadas em estados e capitais de estado por meio de dispositivos legais que envolviam mais de duas terapias, antes da PNPIC (2006).....	151
Quadro 29: Estados e Capitais de Estado que institucionalizaram políticas em terapias não-convencionais após a PNPIC (2006), por ordem cronológica	152
Quadro 30: Terapias não-convencionais inseridas em políticas de estados e capitais brasileiras que foram ou não foram reconhecidas como PICs pela PNPIC	157
Quadro 31: Alguns Projetos de Lei sobre Política de PICs na Câmara dos Deputados, nas Assembleias Legislativas e nas Câmaras do Vereadores.....	161
Figura 13: Imagens de Divulgação da Rede Colaborativa PICs – ReviraSaúde/RS.....	181
Quadro 32: Normativas Relacionadas às Terapias não-Convencionais Emitidas por Conselhos Federais dos Profissionais de Saúde.....	197
Figura 14: Hierarquia da confiabilidade dos estudos no contexto de revisão sistemática	209
Figura 15: Chamadas para registro de casos de COVID-19, uma parceria entre Cabsin e instituições internacionais.....	223

Lista Abreviações e Siglas

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
AMBH	Associação Médica Brasileira de Homeopatia
AMIB	Associação Médica Intensivista Brasileira
AMSTAR-2	A MeaSurement Tool to Assess Systematic Review (Ferramenta de Mensuração para Análise de Revisão Sistemática – tradução nossa)
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APH	Associação Paulista de Homeopatia
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CABSIN	Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativas
CAPES	Coordenação Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CFB	Conselho Federal de Biologia
CFBM	Conselho Federal de Biomedicina
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFFa	Conselho Federal de Fonoaudiologia
CFN	Conselho Federal de Nutrição
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIPICSUS	Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONFED	Conselho Federal de Educação Física
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde

CNPICS	Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CRMPR	Conselho Regional de Medicina do Paraná
CTA-PICS	Câmara Técnica Assessora em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Ministério da Saúde
ECR	Estudo/Ensaio Clínico Randomizado
EUROCAM	European for Complementary and Alternative Medicine Organization (Organização Europeia para Medicina Alternativa e Complementar)
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Categorização de Recomendações para Análise, Desenvolvimento e Avaliação – tradução nossa)
HUMANIZASUS	Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHB	Instituto Hahnemanniano Brasileiro
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IPBES	Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services (Plataforma Político-científica Intergovernamental para Serviços em Biodiversidade e Ecossistemas – tradução nossa)
IQC	Instituto Questão de Ciência
ISCMR	International Society for Traditional, Complementary and Integrative Medicine Research (Sociedade Internacional de Pesquisa em Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa – tradução nossa)
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAC	Medicina Alternativa e Complementar
MBE	Medicina Baseada em Evidência
MEDLINE	National Library of Medicine's (Biblioteca Nacional de Medicina – tradução nossa)

MOOSE	Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology (Meta-Análises de Estudos Observacionais em Epidemiologia – tradução nossa)
MS	Ministério da Saúde
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MTCI	Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa
NASF	Núcleo de Estratégia de Saúde da Família
NCCIH	National Center for Complementary and Integrative Health (Centro Nacional para Saúde Complementar e Integrativa – tradução nossa)
OBSERVAPICS	Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PDTNC	Programa de Desenvolvimento de Terapias não-Convencionais (Distrito Federal)
PEPIC-BA	Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares da Bahia
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMNPC	Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Integrativas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política nacional de Alimentação e Nutrição
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde
PNS	Política Nacional de Saúde
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Itens de Relatório Preferidos para revisões Sistemáticas e Meta-Análises – tradução nossa)
PUBMED	Base de dados da MEDLINE (National Library of Medicine's (Biblioteca Nacional de Medicina – tradução nossa)

REDEPICS	Rede de Atores Sociais em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
RESC	Rede de Educação em Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul
ROB 2	Risk of Bias in randomized trials (Risco de Viés em Pesquisas Randomizadas – tradução nossa)
ROBINS-E tool	Risk of Bias in on-Randomized Studies – of Exposures (Risco de Viés em Estudos Randomizados – de exposição – tradução nossa)
ROBINS-I tool	Risk of Bias in non-Randomized Studies – of Interventions (Risco de Viés em Estudos não Randomizados – de intervenção – tradução nossa)
SBI	Sociedade Brasileira de Infectologia
SBPT	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online (Biblioteca Eletrônica Científica Online)
SNCES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TICs	Tecnologias Informação e Comunicação
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)
WSR	Whole System Research (Pesquisa de Sistemas Inteiros – tradução nossa)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1. INTRODUÇÃO	18
1.1 Apresentação	18
1.2 Contextualizando as PICs e a PNPIC	24
2. REVISÃO DA LITERATURA	34
2.1 A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde como um emaranhado de práticas: o referencial teórico	34
2.1.1 Teoria ator-rede, PICs e PNPIC	37
2.1.2 Abordagem do agenciamento e PNPIC.....	41
2.1.3 Princípios para pensar uma cartografia da PNPIC	43
2.1.4. Política institucionalizada como um ator e uma versão vencedora.....	46
2.1.5 A Pluralidade na constituição da PNPIC	52
2.1.6 Aspectos físicos, sociais e retóricos/políticos da PNPIC	54
2.2 Institucionalizando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde: contextualização histórica e conceitual	61
2.2.1 O contexto	62
2.2.2 Bibliometria das Pesquisas.....	66
2.2.3 Termos utilizados para denominar terapias não-convencionais.....	68
2.2.4 Eventos	72
3. OBJETIVOS	84
3.1 Objetivo Geral	84
3.2 Objetivos Específicos	84
4. METODOLOGIA	85
4.1 Desenho do Estudo	85
4.2 Procedimentos da Pesquisa	86
4.2.1 Implicações da teoria ator-rede e abordagem do agenciamento para o tema.....	86
4.3 Critérios Éticos	90
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	91
5.1 Adentrando na rede de relações da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde	92
5.1.1 Agenciamentos e processos que instituem.....	92
5.1.2 Etnografia das reuniões do Conselho Nacional de Saúde: heterogeneidades, relacionalidade, multiplicidade e sincretismos	98
5.1.3 Denominação da Política.....	109
5.2 A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde e as ações e políticas do Ministério da Saúde	115

5.2.1 O documento da política e sua propensão em influenciar realidades	116
5.2.2 Inserção das PICs no sistema de serviços no SUS.....	120
5.2.3 Participação Social	126
5.2.4 Formação em terapias não-convencionais	128
5.2.5 Outras políticas e ações em saúde do governo federal.....	131
5.2.6 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	133
5.2.7 Pesquisa Nacional de Saúde.....	137
5.2.8 Cadernos de Atenção Básica.....	139
5.2.9 Algumas Considerações	140
5.3 Políticas estaduais e das capitais de estados em terapias não-convencionais.....	142
5.3.1 Modos de institucionalização da política: atos do legislativo ou do executivo ..	143
5.3.2 Terapias não-convencionais reconhecidas pelas políticas municipais e estaduais	148
5.3.2.1 Terapias não-convencionais reconhecidas pelas políticas municipais e estaduais em período anterior à institucionalização da PNPIC – antes de 2006.....	149
5.3.2.2 Terapias não-convencionais reconhecidas pelas políticas municipais e estaduais após a institucionalização da PNPIC – após 2006.....	152
5.3.3 Algumas considerações	159
5.4 Analisando como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de saúde está sendo feita durante a pandemia da COVID-19.....	164
5.4.1 Contexto da Pandemia de COVID-19.....	165
5.4.2 PNPIC na pandemia da COVID-19	167
5.4.2.1 Aspectos teóricos/retóricos da PNPIC e das PICs durante a pandemia	169
5.4.2.2 Aspectos práticos da PNPIC e das PICs durante a pandemia	174
5.4.3 Algumas reflexões sobre PNPIC na Pandemia	184
5.5 Características da regulamentação das terapias não-convencionais no sistema de saúde brasileiro	187
5.5.1 Algumas características da regulamentação de terapias não-convencionais no sistema de saúde brasileiro.....	189
5.5.1.1 Procura dos pacientes e importância das Conferências Nacionais de Saúde	189
5.5.2 Proatividade de profissionais de saúde em ministrar terapias não-convencionais no sistema público de saúde.....	190
5.5.3 Oferta de terapias não-convencionais pelo serviço público, independentemente da existência de normativa federal.....	190
5.5.4 Debates sobre evidência científica de terapias não-convencionais.....	191
5.5.5 Influência e legitimidade de associações, organizações e sociedades voltadas a terapias não-convencionais e seu predomínio na formação de profissionais.....	193
5.5.6 Processos de regulamentação de terapias não-convencionais no sistema de	

Saúde Nacional.....	194
5.5.6.1 Conselhos profissionais e terapias não-convencionais.....	194
5.5.6.2 Normativas relacionadas a uso e comercialização de produtos antroposóficos, fitoterápicos e homeopáticos	198
5.5.6.3 Normativas sobre terapias não-convencionais no sistema público de saúde	199
5.5.7 Algumas considerações sobre os caminhos de regulamentação	200
5.6 Evidências científicas na rede de relações das práticas integrativas e Complementares e da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde	205
5.6.1 Evidências científicas e terapias não-convencionais.....	207
5.6.2 Outras metodologias em desenvolvimento	214
5.6.3 Instituições que atuam com evidências científicas de terapias não-convencionais no Brasil	216
5.6.3.1 Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde.....	217
5.6.3.2 Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa.....	220
5.6.3.3 Instituto Questão de Ciência.....	223
5.6.4 Algumas considerações	227
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	235
7. REFERÊNCIAS	241
APÊNDICES	262
Apêndice A – Artigo publicado	262
ANEXOS	272
Anexo A – Práticas Integrativas e Complementares reconhecidas pela PNPIC	273
Anexo B – Parecer de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	288
Anexo C – Resolução de aprovação do projeto de pesquisa pela Coordenação do PPGSD/UFMS	292
Anexo D – Termo de parceria e Termo de responsabilidade e autorização para realização de pesquisa na área da saúde, firmada com a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.....	294

APRESENTAÇÃO

Toda definição de tema de pesquisa tem sua história. Posso dizer que o caminho de construção e desenvolvimento da presente pesquisa é um típico exemplo do que Max Weber, um dos principais teóricos da sociologia, definiu como sendo o processo de construção do conhecimento científico na área da sociologia – que ainda estava sendo constituída como ciência na virada do século XIX para o XX. Grosso modo, Weber afirmava que uma inclinação particular desperta o interesse do cientista para algo que, seguindo a literatura sobre o tema e teorias consagradas, passa a ter um olhar distanciado sobre esse algo que lhe interessa, permitindo desenvolver análises criteriosas, aprofundadas e livres de julgamentos.

Quando pequeno sempre estive cercado por práticas terapêuticas que incluíam remédios alopáticos, chás, benzimentos e consultas com entidades que viviam no mundo do além. Além disso, minha formação em Ciências Sociais e minhas experiências na área da Antropologia com povos indígenas e quilombolas, também permitiram que eu ampliasse minha compreensão sobre o mundo, o que incluiu uma percepção mais ampliada sobre os processos saúde-doença. Ao lado de minha biografia, os aprendizados com esses povos influenciaram o meu próprio itinerário terapêutico, o qual é composto por um híbrido constituído por terapias da medicina convencional e terapias não-convencionais.

Esses aspectos de minha biografia se somaram à minha curiosidade científica para compreender as relações que nós, enquanto coletivo social, estabelecemos com as políticas públicas que permeiam nosso cotidiano.

Desse modo, meus interesses pessoais ganharam contornos técnico-científicos, influenciando a escolha do tema, os objetivos perseguidos e a metodologia empregada na compreensão de como as terapias não-convencionais estão presentes na sociedade brasileira, especialmente, como parte da política pública de saúde.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Desde o último quarto do século XX, o Ocidente vem assistindo a um movimento de ampliação das tecnologias de saúde, acompanhadas por um alargamento da concepção sobre o que é o corpo e a sua fisiologia, sobre os processos saúde-doença, sobre os caminhos terapêuticos, sobre a relação médico-paciente, sobre o papel de cada um deles nos processos de restabelecimento do bem-estar, bem como pelo reconhecimento das limitações da medicina biomédica¹, principalmente, em relação ao aumento e aos males causados por doenças crônico-degenerativas (OTANI; BARROS, 2011; NASCIMENTO *et al*, 2013; GARBOIS; SODRÉ; DALLBELLO-ARAÚJO, 2017; MINAYO; SOUZA, 1995; OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Este movimento se refere ao reconhecimento, ao fortalecimento, ao incentivo e à ampliação de terapias que a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem denominando de Medicina Tradicional e Complementar (MTC) ou Medicina Tradicional Complementar e Integrativa (MTCI) (WHO, 2002; 2013; 2019).

No Brasil, tal movimento ganhou maior relevância na última década do século XX, quando teve início a estruturação da política pública de saúde universal, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1989; 1990). Liderado por profissionais de saúde e pesquisadores, tendo o contexto histórico-cultural como suporte, argumentou-se que, na prática, a população brasileira sempre utilizou meios terapêuticos distintos dos consagrados pela biomedicina (plantas e ervas, benzedura, dentre outros), bem como já havia profissionais de saúde que lançavam mão de algumas dessas terapêuticas em sua prática profissional. Tais experiências, com efeito, constituíam um repertório de experiências exitosas difícil de não ser considerado quando se trata de benefícios para o paciente².

¹ Medicina biomédica, medicina convencional ou medicina Ocidental são os termos pelos quais denominamos a medicina constituída no Ocidente, cujas raízes são apontadas pela literatura como sendo a Grécia Antiga e, posteriormente, fundamentada e consolidada no pensamento científico desenvolvido na Europa nos séculos XVIII, XIX e XX. Nesse sentido, a medicina convencional, biomédica ou Ocidental correspondem a um tipo de medicina enraizada numa cultura particular, configurando-se, portanto, num sistema cultural (PEREIRA, 2021; CAMARGO JR, 2012; LUZ, 1996; BATES, 2000; KLEINMAN, 1978). O adjetivo “convencional” denota a hegemonia desse tipo de medicina em nossa cultura.

² Seguindo a definição de Annemarie Mol (2008), concebemos paciente como um ator que age, influencia e é influenciado no fluxo de relações que estabelece com outros atores (profissionais de saúde, sistema de saúde, etc.). Por exemplo: o paciente tem o poder de tomar ou não o medicamento prescrito, constituir um itinerário terapêutico próprio (MENENDEZ, 2003), conceber algo como um sintoma médico, relatar ou não um sintoma, etc.

Não menos importante, desde a segunda década do século XX, faculdades de medicina brasileiras já formavam seus alunos em disciplinas de Homeopatia (PUSTIGLIONE; GOLDENSTEIN; CHENCINSKI, 2017). Homeopatia, Medicina Chinesa e Medicina Antroposófica ficaram mais presentes na formação de médicos brasileiros a partir de 1980, tal como na Universidade Federal do Rio de Janeiro, por exemplo (GHELMAN, 2020).

Nesse contexto, **esta tese versa sobre a presença de terapias não-convencionais como prática de saúde pública no Brasil**. Embora já houvesse dispositivos jurídicos e administrativos instituídos pelo governo federal e por governos estaduais e municipais que permitissem a oferta de algumas dessas terapias nas unidades públicas de saúde (ver capítulos 5.1, 5.2 e 5.3), foi a partir de 2006 que elas passaram a ser amplamente disponibilizadas no SUS sob a designação de práticas integrativas e complementares (PICs), por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC) (BRASIL, 2006a).

Em específico, **nosso objetivo é o de compreender como a PNPIC está sendo feita** (*enacted* (MOL, 2002) **em variados contextos, ou seja, queremos compreender os processos que a fazem emergir na realidade**. Argumentando que a PNPIC e as PICs não possuem uma identidade fixa e imutável, mas que emergem na realidade a partir de versões contextualizadas, **especificamente, nosso objetivo é o de desvendar as múltiplas versões pelas quais a política e essas terapias ganham vida nas situações concretas. Assim, buscamos compreender como elas vêm à tona nos espaços sociais onde elas se fazem presentes, tais como em contexto de gestão/governamental (capítulo 5.1, 5.2 e 5.3), político eleitoral (capítulo 5.1 e 5.3), da pandemia de COVID-19 (capítulo 5.4), profissional (capítulo 5.2, 5.5 e 5.6), acadêmico-científico (capítulo 5.6) e outros que mencionamos no decorrer do texto, mas não aprofundamos**.

O pressuposto teórico central que norteia nossas reflexões (ver capítulo 2.1) é o de que a realidade é constituída por emaranhados de ações efetivadas por atores que se influenciam mutuamente e fazem emergir uma realidade aparentemente singular e estável, com a qual nos deparamos e nos relacionamos (Bruno Latour, Annemarie Mol, John Law, Vicky Singleton).

Nesse sentido, a existência das coisas que emergem na realidade é dependente dos atores que as compõem e das relações que eles estabelecem entre si, isto é, as coisas só ganham vida porque são compostas por outras. Entretanto, um processo de purificação dessa pluralidade faz emergir uma realidade de aparência singular (LAW *et al.*, 2013), escondendo a pluralidade de atores, ações e relações que a constitui. **Nosso foco, portanto, é nos processos que fazem**

determinada realidade emergir, em outras palavras, nos processos que fazem com que PICs e PNPIC ganhem vida nos variados contextos em que elas se fazem (ou são feitas) presentes.

Nessas condições, **o caminho trilhado por esta tese é o de analisar as PICs e a PNPIC seguindo as entidades (atores) que as compõem e o modo como elas agem e se influenciam mutuamente no movimento de fazer surgir, tanto uma prática terapêutica de uma política pública, quanto a própria política pública.** Consideramos que esta abordagem possibilita uma percepção mais aprofundada de como esses fenômenos emergem na realidade, bem como possibilita uma compreensão mais acurada da sua multiplicidade e de como versões delas são emergidas, ao passo em que as despimos de identidades fixas que “precisam” ser encontradas nas situações concretas.

Parafraseando Shore e Wright (2011), ao invés de perguntarmos o que a política pública faz com as pessoas e com as instituições, **a pergunta que nos norteia é como as pessoas e as instituições se engajam na política e o que fazem dela.** Ao invés de perseguirmos uma análise da falta ou do desvio, isto é, aquela que compara, busca ou somente aponta falhas ou lacunas na “política na prática” em relação à “a política”, realizamos uma análise, também, propositiva, procurando reconhecer a multiplicidade de realidades que a política pública faz emergir em situações concretas. **No lugar da falta e do desvio, que é comumente o caminho perseguido pela literatura, procuramos por possibilidades e pela multiplicidade nas situações concretas. Desse modo seguimos a vida que pulsa a partir das PICs e da PNPIC.**

Especificamente no caso da análise de políticas públicas, este caminho direciona o olhar do analista para compreender, em primeiro lugar, que a política pública institucionalizada é uma das versões possíveis, deslocando-a de um ponto hierarquicamente privilegiado e percebendo-a como um ator numa teia de relações que influencia e é influenciado no movimento de constituição da realidade. Como consequência, a atenção do analista é direcionada para a fluidez e a multiplicidade de realidades que uma política pública institucionalizada possibilita emergir quando interage com outros atores.

Desse modo, buscamos revelar e analisar os atores envolvidos, suas ações, as traduções (LAW, 2006) que realizam na efetivação de suas ações (por exemplo, a denominação PICs, ao invés de MTC, que está permeada de novo significado e conceituação), os sincretismos (LAW *et al.*, 2013) que surgem nos processos de transformação da pluralidade que constitui a emergência de PICs ou da PNPIC, tornando-as com aparência de algo singular na realidade (por exemplo, a interação entre a) o reconhecimento da possibilidade dessas práticas como

terapêuticas não-convencionais e b) o SUS, constitui um movimento sincrético³ que resulta na c) PNPIC como um fenômeno singular, escondendo a pluralidade do processo).

Em síntese, pode-se afirmar que esta tese está relacionada a três dimensões, a saber:

- 1) a primeira, refere-se à novidade da aplicação da teoria ator-rede e da abordagem do agenciamento (*assemblage*) na análise de como as PICs e a PNPIC são feitas, perseguindo as ações efetivadas pelas entidades que as constituem;
- 2) a segunda, consequência da primeira, pode ser sintetizada e subdividida em quatro subdimensões, quais sejam:
 - a) o modo pelo qual percebemos PICs e PNPIC como sendo atores em um fluxo de relações que fazem surgir realidades;
 - b) o pressuposto da multiplicidade como característica inerente à política pública, contornando uma análise que enfatiza a escassez, a lacuna e a incompreensão em relação a um documento escrito, e enfatizando como os envolvidos se engajam e o que fazem da política em situações concretas;
 - c) a compreensão de que a política pública é multilocalizada e é feita por entidades que não se restringem aos agentes e às instituições governamentais;
 - d) o desenho de uma cartografia sociotécnica que desvende os atores e suas relações, e que possibilita compreender a PNPIC como plural; e,
- 3) a terceira, decorre do fato de que disponibiliza informações mais recentes acerca da presença da PNPIC no sistema público de saúde no país.

Nesta apresentação ainda cabe o esclarecimento sobre o termo “terapias não-convencionais” que utilizamos para se referir àquelas terapias que não fazem parte da medicina convencional. Conforme veremos mais adiante, já foi esclarecido por outros autores (TONIOL, 2015; SANTOS, 2016; MELO; SANT’ANA; BASTOS, 2022), que é preciso que vários atores – tais como a própria PNPIC, Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), profissionais de saúde, regulamentos etc. – entrelacem suas ações para que uma prática considerada terapêutica seja reconhecida como PIC.

Na realidade, antes disso, é preciso que ocorra o entrelaçamento de ações performadas por vários atores para que uma prática qualquer seja considerada terapêutica. Nessas condições,

³ Utilizamos o conceito de dialética sincrética proposto por Massimo Canevacci (2001), segundo o qual, o encontro entre desiguais/antagônicos resultam em possibilidades de sincretismos (caminhos a serem seguidos).

deve-se considerar como terapias as práticas concebidas por aqueles que a praticam como sendo práticas de cuidado de saúde que exercem efeito benéfico sobre o bem-estar da pessoa. Na medida em que uma prática emerge na realidade como terapêutica, ela pode ser candidata a ser reconhecida como uma PICs.

A literatura também já apontou que todos os termos utilizados para qualificar as terapias que não têm origem ou que não fazem parte da medicina convencional, são sempre elaborados a partir da relação que a medicina convencional estabelece com essas terapias. Nesse sentido, a despeito dos variados termos utilizados para se referir às terapias que não são fundamentadas na biomedicina (ver capítulo 2.2), nesta tese optamos por utilizar o unitermo “práticas integrativas e complementares” quando nos referirmos às 29 terapias reconhecidas pela política nacional (ver Anexo A); e o unitermo “terapias não-convencionais” quando nos referirmos a um conjunto de terapias mais amplo que são fundamentadas em princípios não-biomédicos, incluindo as reconhecidas pela PNPIC.

Acreditamos que o termo terapias não-convencionais represente melhor nosso pensamento porque define uma fronteira fluída (HANNERZ, 1997), não rígida, entre as terapias aceitas/incorporadas pela medicina convencional e outras que estão sendo utilizadas como alternativas ou complementares no contexto da medicina convencional. Assim, o adjetivo “não-convencional” qualifica um estado, um momento entre um local e outro. Em outras palavras, significa que uma prática terapêutica pode não estar inserida na medicina convencional atualmente, mas pode vir a ser no futuro, como já ocorreu com outras práticas, ou pode nunca vir a ser incorporada como é o caso, atualmente, da maioria dessas terapias.

Citemos três exemplos de práticas originadas na medicina ayurvédica (atualmente considerada uma PIC) e que estão totalmente integradas/absorvidas como recursos terapêuticos na medicina convencional.

A prática da raspagem da língua é recomendada por muitos odontologistas como prática de higiene a ser realizada utilizando a escova de dente ou um dos vários modelos de raspadores de língua existentes no mercado, os quais são inspirados nos modelos utilizados na Índia. A lavagem nasal é outra prática bastante recomendada por otorrinolaringologistas, principalmente, para tratamento ou prevenção de sinusite e/ou rinite e, assim como os raspadores de língua, o mercado também oferece vários modelos, inclusive alguns parecidos aos utilizados no país asiático. O terceiro exemplo são as técnicas de respiração muito utilizadas como técnicas de relaxamento para a saúde mental, recomendadas por psiquiatras e psicólogos, cujos fundamentos são os *pranayamas*, ou seja, técnicas de controle da respiração indianas.

Por fim, o leitor encontrará no 1º capítulo, uma **Introdução** sobre o tema, apresentando um panorama da presença atual dessas terapêuticas e dos estudos sobre elas em nível global e nacional, demonstrando a relevância desta pesquisa.

O 2º capítulo apresenta a **Revisão da Literatura** em dois tópicos: o tópico 2.1 apresenta o referencial teórico-metodológico: a teoria ator-rede e a abordagem do agenciamento e como as aplicamos na análise da PNPIC e das PICs; e, o tópico 2.2 traça uma descrição histórica e conceitual acerca da institucionalização da PNPIC, apresentando uma síntese sobre a constituição das PICs como práticas terapêuticas de uma política pública e sobre a constituição da PNPIC, apontando momentos considerados relevantes pela literatura no sentido de contextualizar o leitor.

No 3º capítulo, o leitor encontra os **Objetivos Geral e Específicos**. O 4º capítulo aborda aspectos da **Metodologia**, apresentando o desenho da pesquisa, os critérios éticos, os procedimentos de pesquisa e como a abordagem teórico-metodológica utilizada contribui para obtenção e análise dos dados.

Os **Resultados** alcançados são apresentados e **discutidos** no 5º capítulo que está subdividido em vários capítulos, a saber: analisando o processo de institucionalização da PNPIC, a partir das atas das reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o tópico **5.1 apresenta a aplicação de nosso referencial teórico-metodológico na análise da política como uma versão**, demonstrando que a versão institucionalizada emergiu silenciando outras e quais são os atores e como atuaram nesse processo. O capítulo **5.2 é composto por uma análise de como a PNPIC se associa as outras ações e políticas de saúde do próprio MS**. No capítulo seguinte, **5.3, analisamos as políticas estaduais e das capitais de estados brasileiros voltadas especificamente para as PICs e como elas se relacionam com a política nacional**. Uma reflexão sobre **como a PNPIC foi feita durante a pandemia da COVID-19 no ano de 2020 é o objeto do capítulo 5.4**.

No capítulo **5.5, retomamos a literatura e parte de nossas análises para sistematizar as características do movimento de regulamentação das terapias não-convencionais no sistema de saúde brasileiro** – incluindo público e privado –, e **enfatizamos a importância dos conselhos federais das profissões da área da saúde como atores importantes nesse movimento**. Por fim, o capítulo **5.6 tem foco nas evidências científicas sobre eficácia das terapias não-convencionais**, refletindo sobre o modo como elas atuam como atores na rede de relações em que PNPIC e PICs estão envolvidas.

1.2 Contextualizando as Práticas Integrativas e Complementares e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde

A literatura afirma que, inicialmente, a PNPIC foi instituída com cinco PICs⁴ em 2006 (BRASIL, 2006a; 2006b; 2006c). E que, somente após uma década, sofreu alterações importantes em 2017 (BRASIL, 2017) e 2018 (BRASIL, 2018a), com a inclusão de, respectivamente, 14 e 10 novas práticas na política nacional, totalizando as 29 práticas atuais, conforme figura 1⁵:

Figura 1 – Práticas Integrativas e Complementares reconhecidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema único de Saúde



Fonte: Extraído da apresentação do Ministério da Saúde, no 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares e Saúde Pública, março de 2018, Rio de Janeiro/RJ-Brasil) (BRASIL, 2018b).

Em 2017 e 2018, além de normativas nacionais já mencionadas nas portarias de 2006 (BRASIL, 2006a; 2006b), a justificativa para as inclusões dessas novas PICs foi a de que a OMS “incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais de Saúde”, e que as novas práticas incluídas já faziam parte da oferta no serviço público de saúde:

⁴ Apesar de todos os pesquisadores e o próprio governo afirmar que foram cinco as primeiras PICs, no capítulo 5.1 veremos que a primeira portaria que institucionalizou a política estabeleceu apenas quatro PICs (BRASIL, 2006a).

⁵ Ver a definição de cada uma das PICs no Anexo A.

Os 10 anos da Política [PNPIC] trouxeram avanços significativos para a qualificação do acesso e da resolutividade na Rede de Atenção à Saúde, com mais de 5.000 estabelecimentos que ofertam PICS. O segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) avaliou mais de 30 mil equipes de atenção básica no território nacional e demonstrou que **as 14 práticas a serem incluídas por esta Portaria estão presentes nos serviços de saúde em todo o país**. Esta Portaria, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das PICS no âmbito do SUS (BRASIL, 2017; 2018a. Grifo nosso).

Embora a portaria de 2017 insira 14 e a de 2018 insira 10 novas terapias, ambas utilizaram as mesmas justificativas, inclusive afirmando que as “14 práticas” já eram ofertadas, a despeito da portaria de 2018 inserir menos que isso.

No ano de 2004, durante o processo de debates sobre a institucionalização da política, o “Departamento de Atenção Básica” da “Secretaria de Atenção à Saúde” do MS realizou um levantamento por meio de questionários enviados à 5.260 municípios brasileiros. Os resultados referentes aos 1.340 respondidos, apontaram que 232 municípios brasileiros já ofertavam alguma terapêutica não-convencional, sendo 19 capitais de unidades da federação. Incluindo locais onde não existiam quaisquer políticas, orientação ou recomendação específicas, pois, apenas 6% dos municípios possuíam lei ou ato institucional municipal ou estadual acerca de serviços dessas terapêuticas (BRASIL, 2006c).

Em 2018, durante o “1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares e Saúde Pública”, decorridos pouco mais de 10 anos de política institucionalizada, o MS informou que, em 2017, as PICs eram ofertadas em 9.350 estabelecimentos de saúde pública (sendo 88% na Atenção Básica), em 3.173 municípios do país de todas as unidades da federação. Destacou, ainda, que, em 2017, foram realizados 1,4 milhões de atendimentos e que cerca de 5 milhões de pessoas participaram de alguma atividade individual ou coletiva de PICs durante o ano (BRASIL, 2018b). Segundo o site do Ministério, estes números representam uma cobertura de 54% dos municípios brasileiros em todas as unidades da federação, incluindo o Distrito Federal e todas as capitais (BRASIL, s/d).

Os dados mais recentes sobre a oferta de PICs no SUS são informados pelo “Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde” (BRASIL, 2020a). Elaborado pela “Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” do MS (CNPICS-MS), em julho de 2020, o documento realizou um comparativo histórico a partir de dados de 2017, 2018 e parciais de 2019 – uma vez que os estados têm até 12 meses para atualizar as informações –, extraídos do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), do Sistema de

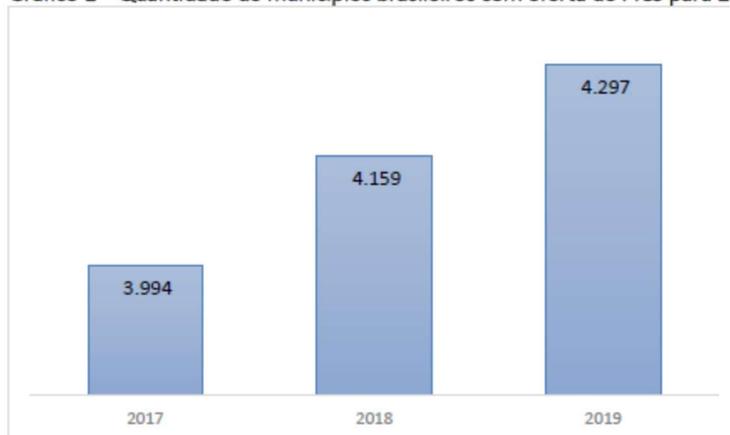
Informação Ambulatorial (SIA/DATASUS) e do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB).

Destacando o comparativo apenas das informações de 2018 e parciais de 2019,

Dados do ano de 2018, sugerem que as PICS estiveram presentes em 16.007 serviços de saúde do SUS, sendo 14.508 (90%) da Atenção Primária à Saúde (APS), distribuídos em 4.159 municípios (74%) – APS e média e alta complexidade – e em todas das capitais (100%). Foram ofertados 989.704 atendimentos individuais, 81.518 atividades coletivas com 665.853 participantes e 357.155 procedimentos em PICS. Já parciais para o ano de 2019, as PICS estiveram presentes em 17.335 serviços de saúde do SUS, sendo 15.603 (90%) da Atenção Primária à Saúde (APS), distribuídos em 4.296 municípios (77%) – APS e média e alta complexidade – e em todas das capitais (100%). Foram ofertados 693.650 atendimentos individuais, 104.531 atividades coletivas com 942.970 participantes e 628.239 procedimentos em PICS (BRASIL, 2020a, p. 2).

Gráfico 1: Quantidade de Municípios Brasileiros com Oferta de PICs em 2017, 2018 e Parciais de 2019

Gráfico 1 – Quantidade de municípios brasileiros com oferta de PICS para 2017, 2018 e 2019 parcial.



Fonte: SCNES, SISAB/DATASUS.

Fonte: Brasil (2020a, p. 6).

Apesar dos dados de 2019 serem parciais, o comparativo já apontava para um crescimento da oferta de serviços e de municípios. Os números de 2019 só são menores que os de 2018 em relação aos atendimentos individuais (989.704 x 693.650). Especificamente, em 2019, somente os atendimentos relativos à Medicina Tradicional Chinesa superaram os de 2018. Embora os dados de 2019 sejam parciais, chamamos atenção também para a diminuição significativa de atendimentos individuais em Atenção Primária de Antroposofia e Termalismo/Crenoterapia e de Outras, conforme Quadro 1. Esses decréscimos acompanham uma tendência desde 2017. Em relação às atividades coletivas, a tendência, desde 2017, é de crescimento de todas as práticas e números de participantes, conforme Quadro 2.

Quadro 1: Quantidade de atendimentos individuais de PICs no SUS na Atenção Primária, de 2017, 2018 e parciais de 2019

Quadro 6 – Quantidade de atendimentos individuais em PICS na APS nos anos de 2017, 2018 e parciais 2019. Brasil, 2019.

PICS	2017	2018	2019 Parcial
Medicina Tradicional Chinesa	92.283	161.317	208.739
Antroposofia aplicada à saúde	446.327	268.621	13.369
Ayurveda	814	925	678
Homeopatia	21.059	28.707	22.091
Plantas medicinais/Fitoterapia	60.741	72.202	45.024
Termalismo/Crenoterapia	1.027	140	60
Práticas corporais e mentais em PICS	7.833	13.328	9.728
Técnicas manuais em PICS	5.187	437	333
Outras	781.336	444.027	393.628
Total Geral	1.416.607	989.704	693.650

Dados: SISAB/DATASUS para 2017,2018 e 2019 parcial

Fonte: Brasil (2020a, p. 13).

Quadro 2: Oferta e atendimento de atividades coletivas em PICs no SUS na Atenção Primária, em 2017, 2018 e parciais de 2019

Quadro 5 - Oferta de atividades/procedimentos coletivos e número de participantes por PICS na APS em 2017, 2018 e 2019 parcial. Brasil, 2019

PICS	2017		2018		2019 (PARCIAL)	
	Total	Número de Participantes	Total	Número de participantes	Total	Número de participantes
Plantas medicinais/fitoterapia	12.348	271.005	13.357	303.701	14.977	337.157
Práticas Corporais da MTC	8.606	25.745	42.109	185.136	48.646	355.788
Terapia Comunitária	988	6.278	6.933	38.461	6.326	56.093
Dança circular/Biodança	573	6.439	3.077	35.300	2.934	37.675
Sessão de Biodança	-	-	-	-	3	-
Sessão de Dança Circular	-	-	-	-	2.044	-
Yoga	565	3.870	2.997	24.878	7.732	43.459
Oficina Massagem/automassagem	734	3.536	3.298	24.608	5.271	35.607
Sessão Arteterapia	613	2.450	3.628	10.827	4.036	16.224
Sessão Meditação	438	1.813	3.567	18.648	8.818	35.152
Sessão Musicoterapia	341	1.514	2.552	24.294	3.744	25.815
Total de Atividades	25.206	322.650	81.518	665.853	104.531	942.970

Fonte: SISAB/DATASUS.

Fonte: Brasil (2020a, p. 12).

O Quadro 3 demonstra o aumento anual na quantidade de estabelecimentos que ofertam PICs em serviços de média e alta complexidades. Porém, o próprio documento alerta que os

gestores devem se atentar para a correta alimentação do sistema (BRASIL, 2020a, p. 10), pois pode haver subnotificação no SCNES em razão de alguns serviços de saúde não estarem cadastrados com o código 134 – Serviço Especializado de PICs. Tesser e Souza (2021) ainda alertam que alguns serviços registrados podem não estar mais ocorrendo no momento da extração dos dados, porque, como em geral acontece, tais serviços são realizados por alguns profissionais que podem não estar mais na unidade ou no sistema público de saúde, interrompendo a sua oferta.

Apesar do crescimento na quantidade de atendimentos e estabelecimentos apontado pelos relatórios de monitoramento, a oferta de PICs pelo sistema público de saúde não é consenso entre profissionais de saúde e/ou acadêmicos, por exemplo, para mencionar dois importantes atores envolvidos com a política.

Quadro 3: Quantidade de estabelecimentos que ofertam PICs no SUS em Média e Alta Complexidade

Quadro 7 –Quantidade de estabelecimentos de saúde pela classificação de serviço – 134 em PICS na Média e Alta Complexidade (MAC) nos anos de 2017, 2018 e 2019. Brasil, 2019

Serviços de PICS	2017	2018	2019
001 ACUPUNTURA	446	494	530
002 FITOTERAPIA	57	69	77
003 OUTRAS PRATICAS EM MEDICINA TRADICIONAL	207	229	265
004 PRATICAS CORPO-MENTE	551	594	615
005 HOMEOPATIA	68	79	85
006 TERMALISMO / CRENOTERAPIA	10	14	19
007 ANTROPOSOPIA APLICADO A SAUDE	13	20	26
008 PRATICAS EXPRESSIVAS	13	25	40
009 AYURVEDA	11	15	23
010 PRATICAS NATURAIS	6	11	20
011 PRATICAS MANUAIS	-	-	15
012 PRATICAS PSICODINAMICAS	-	-	4
014 AROMATERAPIA	-	-	7
015 IMPOSIÇÃO DE MAOS	-	-	8
TOTAL	1.382	1.550	1.734

Fonte: SCNES

Fonte: Brasil (2020a, p. 14).

Desde 2006, quando foi instituída a PNPIC, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e conselhos regionais de medicina vêm se posicionando contrariamente à oferta de algumas PICs, questionando: a inserção de terapêuticas sem eficácia comprovada; a permissão para profissionais não médicos diagnosticarem, prescreverem e ministrarem terapias que deveriam ser restritas ao profissional médico; a alocação de recursos em terapêuticas sem eficácia comprovada pela ciência diante dos insuficientes recursos financeiros disponíveis no SUS;

dentre outros questionamentos que, argumentam, colocariam em risco a saúde do paciente (CFM, 2018a; 2018b; CFM, 2006; CREMESP, 2006; CRMPR, 2006) – ver capítulos 2.2, 5.1 e 5.4). Por outro lado, outros conselhos de classe vêm apoiando e se colocando favorável à PNPIC, como o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2018) e Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 2017), por exemplo – sobre conselhos federais ver capítulo 5.5.

No que tange às evidências científicas sobre essas terapêuticas também há debates (ver capítulo 5.6). Há estudos e pesquisadores que visam produzir ou disponibilizar dados sobre a eficácia dessas terapêuticas, como o Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (Cabsin) que mantém atualizado em seu site estudos publicados em periódicos sobre a eficácia das PICs, extraídos da Biblioteca Virtual em Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (BVS-MTCI).⁶

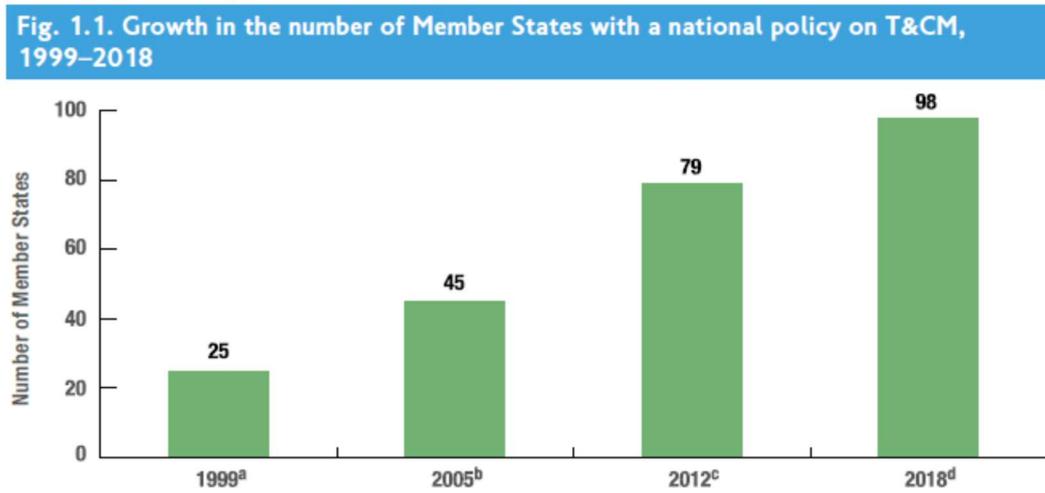
Enquanto isso, outros pesquisadores apontam para a falta de eficácia. Riera e colaboradores (2019), por exemplo, fizeram uma revisão crítica das revisões sistemáticas contidas na *Cochrane Library* – uma das principais instituições sobre evidências científicas – sobre as 10 últimas PICs inseridas em 2018, e não encontraram textos sobre seis delas (bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, imposição de mãos e terapia de florais), enquanto que os poucos estudos sobre aromaterapia (quatro), hipnoterapia (seis), ozonioterapia (dois) e apiterapia (quatro) permitiram aos autores concluir que “o uso dessas 10 práticas que foram recentemente incorporadas ao SUS não parece ter sustentação de evidências adequadas encontradas em RS Cochrane” (RIERA *et al.*, 2019, p. 35), com exceção de usos específicos de apiterapia.

As categorias de classe profissionais e cientistas, como veremos, são atores importantes dos processos de como a PNPIC vem sendo feita na realidade e serão tratados mais detalhadamente ao longo desta tese (capítulos 5.5 e 5.6).

De todo modo, por possuir uma política nacional específica voltada às terapêuticas não-convencionais, o Brasil está inserido no rol de 98 países que possuíam, até 2018, alguma política de abrangência nacional, conforme levantamento da OMS (WHO, 2019, p. 15):

⁶ Disponível em: <https://cabsin.org.br/membros/evidencias-em-praticas-integrativas-e-complementares-em-saude-pnpic-ms/> Acesso em 14/01/2021.

Figura 2: Crescimento do número de países membros da OMS com alguma política nacional de MTC, no período de 1999-2018



Sources:

^a WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005.

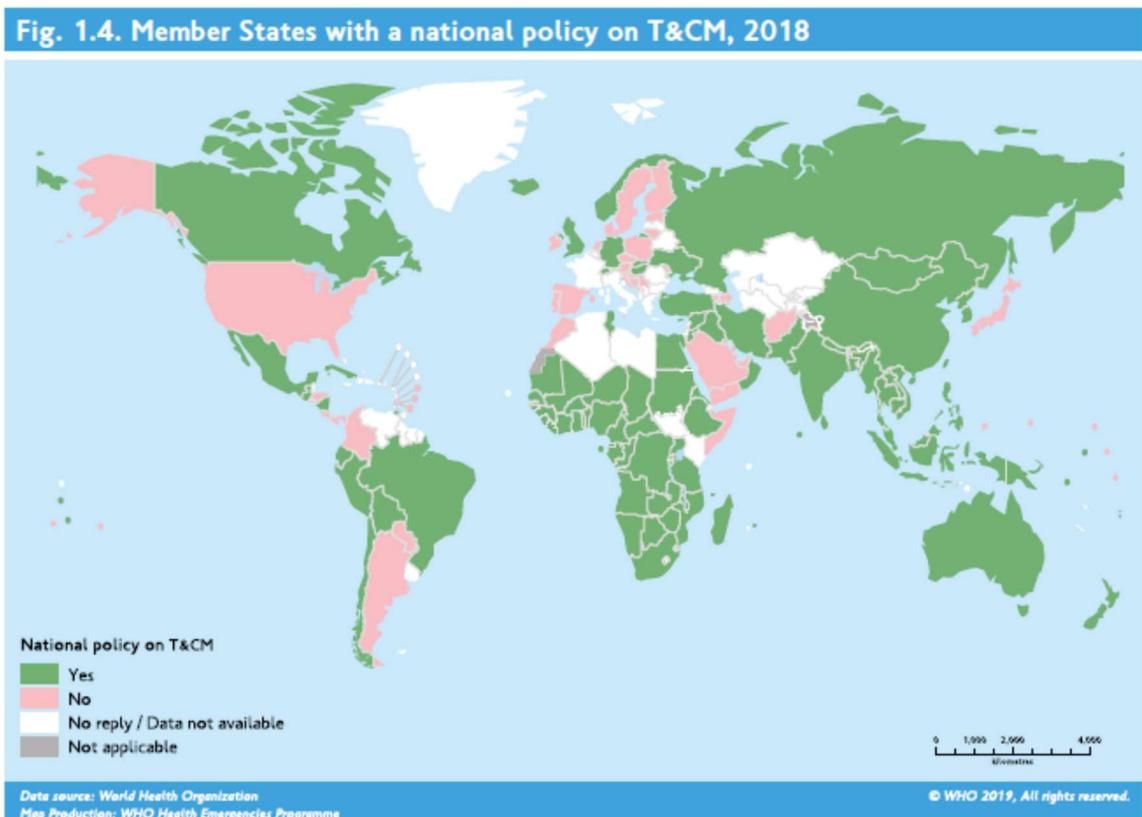
^b National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines – Report of a WHO global survey (N=141).

^c Includes Member States who 1) responded “Yes” to the second survey on T&CM, and 2) responded “Yes” to the first survey but did not respond to the second survey (N=170; i.e. 141+29, the 29 being respondents exclusive to the second survey).

^d Includes 1) 2012 data and 2) additional Member States who responded “Yes” to the update survey, but either replied “No” or did not reply to the first and second surveys or responded “Yes” through additional data sources (e.g. regional reports and data verification during 2016–2018).

Fonte: WHO (2019, p.15).

Figura 3: Países membros da OMS com política nacional em MTC em 2018



Fonte: WHO (2019, p. 17).

A despeito das discussões sobre evidências, o país também vem se destacando na produção de pesquisas sobre o tema. Ding e Li (2020), a partir de dados da *Web of Science*, encontraram 34.103 publicações relacionadas à medicina complementar e integrativa⁷ no período de 2009 a 2018 pelo mundo. Os dados também apontam que, em 2009, foram publicados 2.076 e, em 2018, 3.797. Considerando o montante da década (2009 a 2018), o Brasil aparece como o 5º país que mais produziu, com 1.730 publicações no período.

Figura 4: Evolução do número de publicações em Medicina Complementar e Integrativa

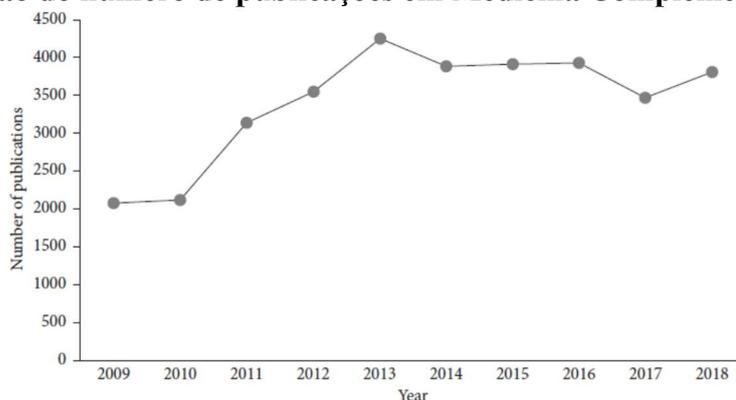
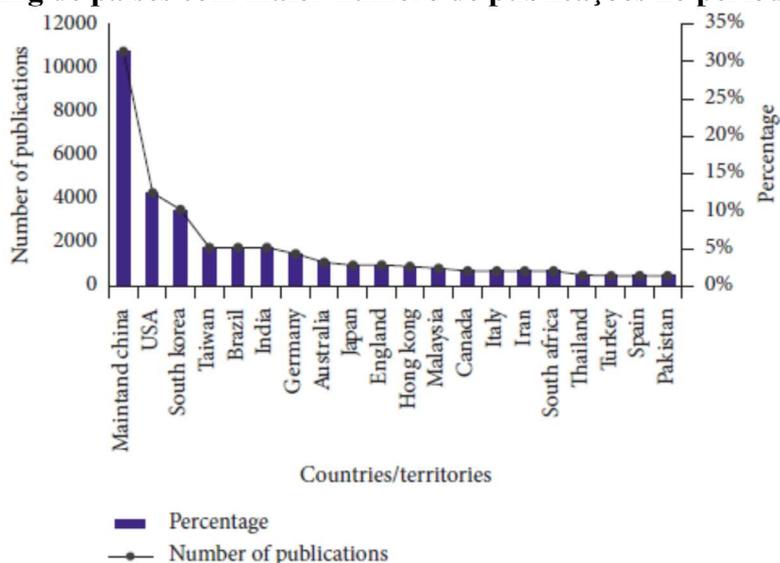


FIGURE 2: Trend in the number of publications in ICM.

Fonte: Ding e Li (2020, p. 4).

Figura 5: Ranking de países com maior número de publicações no período de 2009 a 2018



Fonte: Ding e Li (2020, p.4)

⁷ Termo utilizado pelos autores para se referir a terapias não-convencionais.

Estudo realizado pelo Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (ObservaPics), ligado à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), encontrou 548 grupos de pesquisa cadastrados e certificados no Diretório de Pesquisas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que possuíam alguma linha de pesquisa relacionada à PICs. O mesmo estudo demonstrou crescimentos anuais significativos de fundação de novos grupos a partir dos anos 2000 (SOUSA; SILVA; FERREIRA, 2020).

A partir de pesquisa na base de dados da *Elvesier* – uma das principais base de dados científicos do mundo – com o unitermo “medicina complementar e integrativa”, cobrindo o período entre 2010 e 2019, Fernanda Gusmão (2020) encontrou 11.410 autores brasileiros. Analisando somente o ano de 2010, encontrou 887 autores e, em 2019, esse número foi de 1.149, aumento de quase 30% em número de autores na última década.

Os números mencionados demonstram a expansão da oferta desses serviços no sistema público de saúde do país, a procura por essas terapêuticas desde que a PNPIC foi instituída e o interesse da academia por este aspecto significativo da saúde pública, os quais constituem, por consequência, parte das relevâncias e justificativas do presente estudo.

Ainda, é importante mencionar que, segundo a literatura e a própria PNPIC (BRASIL, 2006a; 2006c), os conceitos de sistemas médicos complexos, de racionalidade médica e de recursos terapêuticos que forneceram as bases teóricas para a conceituação do termo PICs e respaldaram a formulação da política, são advindos de pesquisas básicas desenvolvidas no campo da sociologia e da antropologia da saúde pelo grupo de pesquisa “Racionalidades Médicas”, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), liderado por Therezinha Madel Luz (1996).

Este aspecto é importante de ser destacado, no que tange aos estudos sobre as PICs e a PNPIC, porque a presente pesquisa se trata de uma reflexão teórica, a partir da análise de dados públicos (legislações, literatura acadêmica, materiais técnicos, audiovisuais, etc.) e disponíveis na rede mundial de computadores, configurando-se em uma pesquisa básica das “Ciências Humanas e Saúde”, uma subárea da Saúde Coletiva. No âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, esta pesquisa se situa na linha de pesquisa “Avaliação de Tecnologias, Políticas e Ações em Saúde”, da área de concentração “Saúde e Sociedade”.

Como pesquisa básica e que propõe analisar as PICs e a PNPIC a partir de uma abordagem teórica e metodológica diferente do modo como vêm sendo tratadas pela literatura,

o referencial teórico-metodológico permeia tanto a concepção do tema, quanto a análise dos dados. Nesse sentido, o capítulo dois (especificamente no 2.1) procura apresentar o referencial teórico-metodológico (teoria ator-rede e abordagem do agenciamento) relacionado com algumas análises, o que se justifica por duas razões. Enquanto as informações contidas nos estudos anteriores sobre o tema também são analisadas à luz do referencial teórico-metodológico, bem como fornecem muitas informações para as discussões e os resultados, o referencial teórico-metodológico ganha mais solidez e entendimento porque não é apresentado e debatido abstratamente.

Outra importância da pesquisa é referente à aplicação teórico-metodológica da teoria ator-rede e da abordagem do agenciamento na análise das PICs e da PNPIC, que se configura como parte dos resultados e uma das originalidades desta tese. Por isso, embora o 2º Capítulo apresente aspectos centrais do referencial teórico-metodológico, ao longo do texto outros elementos e conceitos são introduzidos à medida em que são necessários para as análises, seguindo um fluxo crescente e de refinamento da percepção que temos sobre PICs e PNPIC⁸.

⁸ A perspectiva teórico-metodológica foi publicada como artigo na Revista Ciência & Saúde Coletiva (MELO; SANT'ANA; BASTOS, 2022).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A PNPIC como um emaranhado de práticas: o referencial teórico-metodológico⁹

Ancorados na teoria ator-rede e na abordagem do agenciamento (*assemblage*), argumentamos que PICs e PNPIC são realidades múltiplas (podem emergir de maneiras diferentes), complexas (devido aos vários atores envolvidos e aos entrelaçamentos entre suas ações) e contextuais que emergem dos entrelaçamentos das ações que os atores efetivam quando intervêm nos contextos onde são inseridos, ao invés de objetos estáveis e externos, dotados com um suprapoder que define ou determina as ações dos atores (cada versão que emerge diz respeito a determinado contexto – PNPIC como política pública emerge num contexto de gestão, enquanto emerge como direito num contexto de cidadania).

Nesse sentido, portanto, ao invés de fenômenos singulares e autônomos, PICs e PNPIC são concebidas como resultados de ações efetivadas pelos atores envolvidos no processo de sua emergência na realidade, e que podem emergir na realidade de maneiras diferentes, dependendo do contexto e das ações das entidades envolvidas. Essa multiplicidade de versões é perceptível quando, por exemplo, no contexto clínico as PICs emergem como uma prática terapêutica, enquanto no contexto acadêmico surge como objeto de pesquisa. O mesmo ocorre com a PNPIC que, por exemplo, emerge como uma porta que dá acesso a possibilidades terapêuticas para o paciente, enquanto emerge como recursos humanos e financeiros para os gestores.

Notemos que sem a clínica e o contexto que ela envolve, não emergiria uma PIC – conceito dado pela política pública –, mas uma atividade terapêutica descolada do contexto de cuidado à saúde instituído pelo Estado.

É interessante notar que, ao entrarem em relação uma com a outra, essas versões de PICs e PNPIC dão vida a outras realidades, como, por exemplo: política pública de saúde nacional com possibilidades terapêuticas biomédicas e não-convencionais; direito do cidadão; capital político e eleitoral; formação profissional; mercado; disputas acadêmicas e profissionais entre os que defendem a biomedicina e os que defendem outros caminhos médicos; dentre outros. Isso significa que PICs e PNPIC são percebidas como atores no fluxo de relações porque são influenciadas e influenciam a ação de outros atores envolvidos.

Etnografia como método

⁹ Partes deste capítulo foram publicados em Melo, Sant’Ana e Bastos (2022).

A ferramenta metodológica que possibilita esse tipo de abordagem é a etnografia. Aredes, Firmo e Giacomini (2016) afirmam que, além de desejável, a articulação entre Saúde Coletiva e as Ciências Sociais é muito interessante e que a etnografia, como método, tem muito a contribuir com o campo da Saúde Coletiva. Outros autores da área da saúde também pontuaram a importância da etnografia para os estudos no campo da saúde, como Caprara e Landim (2008), Trad (2012), Rodrigues (2017) e Morais e Pereira (2020). Vale mencionar a observação desses últimos, os quais estão interessados na contribuição da etnografia para análise de políticas públicas em saúde:

Pensar como efetivar uma política não é simplesmente olhar para os números de indicadores padronizados de sistemas de saúde, mas perceber atentamente as diferentes formas de vivenciar e interpretar determinadas normativas e de vivenciar as questões de saúde. É olhar para os contextos e considerar o que vem deles. É produzir mais etnografias em saúde para instrumentalizar políticas públicas (MORAIS; PEREIRA, 2020, p. 3).

No que tange especificamente sobre PICs e PNPIC, foi a partir da etnografia que Madel Therezinha Luz (1996) conceituou sistemas médicos complexos, racionalidades médicas e recursos terapêuticos, cruciais para a fundamentação teórica das PICs na PNPIC, conforme destacado pelos pesquisadores e evidenciado no texto da própria PNPIC (BRASIL, 2006a; 2006c).

Método por excelência da Antropologia, etnografia pode ser definida sucintamente como uma descrição densa da realidade (GEERTZ, 2013), uma disposição questionadora e crítica acerca da realidade que trata o familiar como estranho (SHORE; WRIGHT, 2011). Se, no início, a etnografia estava profundamente ligada ao trabalho de pesquisa de campo, sobretudo relacionado ao conceito de observação participante (MALINOWSKI, 1984), aos poucos ela foi sendo aplicada em pesquisas de gabinete de análise documental e, mais recentemente, na análise do mundo virtual (HINE, 2004; LOWENKRON; FERREIRA, 2020; FERRAZ; ALVES, 2017).

No físico ou no virtual, o método etnográfico desvenda os envolvidos, as suas ações e os significados que atribuem a elas, visando compreender a relação entre um evento e o seu entorno, permitindo compreender os significados e as razões por trás das aparências que fizeram com que o evento viesse à tona.

Podemos aplicar esse tipo de abordagem para tentar aprofundar na compreensão deste exato momento, ou seja, uma banca de defesa de tese de doutorado que se apresenta como algo singular e estável, surgindo na realidade como um fenômeno individualizado e, ao mesmo tempo, como parte de uma política pública de educação, por exemplo.

O caminho para tentar compreender como ela emerge na realidade passa, então, por desvendar as entidades que constituem o emaranhado de relações por trás da sua aparência. Algumas das entidades que a compõem são: pessoas, tais como, o aluno e os avaliadores (incluindo o orientador); documentos, como o texto avaliado ou os regulamentos do curso; dispositivos eletrônicos como o computador ou o celular; softwares, como o sistema operacional e o aplicativo de escrita; vias de comunicação, como energia elétrica ou acesso à internet; instituições, como programa de pós-graduação, universidade, Ministério da Educação; legislações, como as políticas de educação pública, Constituição Federal; dentre outros.

Para cada uma dessas entidades, ressaltamos, pode-se fazer o mesmo exercício e desvendar sua constituição, como, por exemplo: o software de sistema operacional é composto por uma série de códigos próprios da informática – algoritmos –, impulsos eletromagnéticos que transportam as informações, o hardware (máquina física) que funciona com o software e lhe dá existência na realidade, etc.

A heterogeneidade de entidades humanas e não-humanas demonstram a pluralidade de materiais que dá vida à banca examinadora, permitindo aprofundar no entendimento do que é feita e como são feitas a própria banca examinadora e a política pública de educação em que está inserida. Caso haja alteração de alguma das entidades elencadas, ocorre alteração em como a realidade vêm à tona, por exemplo: se o programa de pós-graduação fosse outro, o tema do texto e as pessoas envolvidas seriam outros, ou o produto avaliado poderia ser de outro tipo. Dependendo da ação desses atores, a realidade também pode mudar: se algum dos componentes da banca examinadora não puder comparecer, ela deixa de acontecer ou ocorre de outro modo; se faltar energia na universidade é preciso modificar o local e a forma de realização, etc.

Por esta abordagem, além da heterogeneidade de atores que dão vida à realidade, o modo como eles agem e influenciam-se mutuamente também é importante para se compreender a aparência específica com a qual a realidade surge e influencia as ações consequentes.

Este caminho teórico-metodológico permite compreender que, ao invés de pensar em banca examinadora, deve-se perceber que há versões de como algo considerado banca examinadora pode emergir na realidade. Por exemplo, no contexto da avaliação ela emerge como um ritual acadêmico, como um momento crítico para o candidato, como uma atividade profissional para os professores avaliadores, como um dado a ser acrescentado no sistema pelo programa de pós-graduação.

Se houvesse uma única versão de banca examinadora, haveria uma repetição em como ela surge na realidade, mas, como cada banca emerge de um modo particular em contextos

específicos, ela não é algo estável. Por outro lado, é possível elencar algumas características do que se considera banca examinadora que a distingue de outros fenômenos, tais como uma aula, um carro, um alimento ou o efeito estufa, por exemplo.

Este exemplo permite perceber que quando se amplia a gama de entidades que estão atuando, ou seja, que exercem influência no fluxo de relações que dão vida à realidade, ganha-se em compreensão de como a realidade é feita e pensada.

O exercício de decompor o fenômeno e estranhá-lo para compreendê-lo com profundidade é a descrição densa. Há que se destacar que nem toda etnografia atribui a mesma qualidade de ação a atores humanos e não-humanos. Na medida em que considera atores humanos e não-humanos como igualmente relevantes na constituição da realidade, configurando uma etnografia simétrica, a teoria ator-rede permite desvendar uma teia de relações e delimitar um enquadramento analítico denominado de rede sociotécnica (LATOUR, 1994). É por esse caminho que propomos abordar as PICs no sistema público de saúde brasileiro, ou seja, percebendo as PICs e a PNPIC como fenômenos compostos e não estáveis (não ocorrem sempre da mesma forma ou são percebidas da mesma forma em todos os lugares e tempos), aprofundando num caminho analítico ainda a ser trilhado sobre a temática.

2.1.1 Teoria ator-rede, PICs e PNPIC

Em nosso levantamento, apenas três autores utilizaram a teoria ator-rede para analisar a PNPIC. Charles Tesser, médico de formação, é um dos principais estudiosos sobre PICs e PNPIC atualmente e, em sua tese de doutorado na área da Saúde Coletiva, defendida em 2004, refletiu sobre a epistemologia das práticas terapêuticas (TESSER, 2004) – atentamos que era o momento em que se discutia a institucionalização de uma política para terapias não-convencionais no MS. Parte de sua reflexão se apoiou na teoria ator-rede desenvolvida por Latour (1994), especificamente no que se refere à difícil separação entre elementos estritamente do mundo natural e elementos estritamente do mundo humano, haja vista que eles surgem na realidade a partir de redes sociotécnicas que constituem objetos híbridos (como a nossa banca que é composta por humanos e não-humanos). Entretanto, sua tese não trouxe muito aprofundamento em relação às terapêuticas não-convencionais, uma vez que sua preocupação era a discussão sobre a hegemonia epistemológica de fazer verdades na saúde, conforme ele próprio pontuou.

O antropólogo Rodrigo Toniol foi o segundo na ordem cronológica a utilizar a teoria ator-rede em sua tese de doutorado na área da Antropologia, sobre práticas espirituais de cura no contexto de política pública de saúde no Rio Grande do Sul (TONIOL, 2015). O autor utilizou a concepção de constituição da realidade de Annemarie Mol (2002), a qual é baseada na teoria ator-rede, para compreender fenômenos relacionados aos processos saúde-doença, bem como essa teoria é perceptível em seu referencial teórico e sua metodologia na apresentação sobre o histórico de constituição das PICs, da PNPIC e das políticas locais. Compartilhamos com ele o interesse por processos que instituem, ou seja, que fazem os fenômenos emergirem à realidade.

A psicóloga Maria Aparecida dos Santos escreveu um artigo em 2016 (SANTOS, 2016) em que refletiu sobre a concepção de corpo e cuidado a partir da teoria ator-rede e do conceito de ontologia política de Annemarie Mol (1999), concluindo que a noção de cuidado deve ser percebida como menos dogmático e mais experimentado e aberto e que as PICs poderiam contribuir nesse processo.

Uma das novidades que trazemos em relação a esses autores é que descentramos as PICs e a PNPIC de um local hierarquicamente privilegiado de análise e de um posicionamento central nas relações, haja vista que influenciam e são influenciadas por outras entidades na constituição a realidade. Pois, são especificamente percebidas como atores em teias de relações, algo que Tesser não aponta e, diferentemente de Toniol, cuja reflexão as centraliza e as privilegia, buscamos compreender como se constituiu uma política instituída, enfatizando em como a PNPIC exerce influência sobre as pessoas (lembramos que a pergunta que norteia nossa reflexão é como os envolvidos se engajam e o que fazem da PNPIC e das PICs). Embora Santos posicione as PICs como entidades que constituem os processos de cuidado e podem influenciar no fazer um cuidado mais experimentado e menos imaginado, aprofundamos no desenvolvimento de uma reflexão mais acurada sobre as PICs de modo geral e sobre a própria política, haja vista que o seu objetivo era uma discussão mais epistemológica.

Outra de nossas diferenças é a aplicação da teoria ator-rede de modo mais profundo e detalhado, procurando compreender as PICs e a PNPIC a partir de quatro características que seriam inerentes ao movimento de constituição da realidade (LAW; SINGLETON, 2014; LAW *et al.*, 2013), a saber:

- a) heterogeneidade dos materiais que constituem a realidade (entidades viventes e não-viventes – tais como objetos, documentos, estruturas físicas, pessoas, instituições, etc.);

- b) relacionalidade (interação) entre esses atores por meio de suas ações, influenciando-se mutuamente;
- c) multiplicidade, pois, uma vez que a realidade não está fora para ser descoberta pelo observador, mas é feita por meio do entrelaçamento das ações dos atores, resulta em múltiplas versões da realidade;
- d) sincretismos que se refere às articulações entre as versões, cujo resultado faz emergir uma realidade aparentemente estável, escondendo toda a pluralidade que a fez emergir de determinado modo. Este aspecto alerta para o fato de que, embora haja constante movimento na realidade, devemos nos atentar que a dimensão que se estabiliza (que emerge na realidade) é aquela que influencia. Nesse sentido, devemos ter flexibilidade para sempre perceber a PNPIC como sendo, ao mesmo tempo, uma versão que influencia e uma versão que possa estar surgindo. Isto é, devemos ter uma percepção sobre a realidade que não se fixe ou procure por “algo que é” e nem por “algo que nunca é”, nem rigidez, nem niilismo.

Além disso, enfatizaremos o entrelaçamento entre aspectos físicos (materialidade), sociais (relações socioculturais) e políticos (retórica/argumentação) no processo de constituição dos fenômenos que emergem na realidade (LATOUR, 1994; 2000; 2012).

Vejamos, de modo sucinto, como este caminho analítico se aplica ao caso da ioga, uma das 29 PICs que compõem a PNPIC.

a) No que tange à articulação entre aspectos físicos, socioculturais e políticos da ioga:

- Aspecto físico: quando emerge na realidade possui materialidade, pois é performada como uma atividade executada fisicamente por pessoas a partir de movimentos corporais que exercem influência sobre o corpo (funcionamento, estrutura);

- Aspecto sociocultural: sua emergência na realidade está permeada por relações culturais porque tem uma origem específica (Índia) – o que traz uma série de valores culturais e históricos associados –, é ministrada por alguém reconhecido (autorizado) pela sociedade com legitimidade (diploma, certificado) para tal e permitido pela PNPIC; é executada em local definido como apropriado pela sociedade;

- Aspecto político/retórico: no processo de sua emergência na realidade, houve processos sincréticos que a escolheram e a definiram como uma das PICs das PNPIC, dentre tantas outras atividades corporais que poderiam ter sido reconhecidas oficialmente.

b) No que tange à heterogeneidade, relacionalidade, multiplicidade e sincretismos da ioga:

- Heterogeneidade material: inclui pessoas, estrutura física, objetos, documentos (lei, por exemplo);

- Relacionalidade: cada uma dessas entidades efetiva ações que influenciam as ações dos demais (a performance do documento, por exemplo, possibilita a oferta da ioga pelo SUS, ao passo em que define os profissionais que podem executá-la; a performance da estrutura física influencia se pode ser ofertada ali, em sessões coletivas ou individuais);

- Multiplicidade: a depender das ações efetivadas em cada contexto em que a ioga é feita, versões dela emergem na realidade, tal como no contexto profissional pode emergir como uma especialidade; enquanto pode emergir como benefícios terapêuticos para o paciente; pode emergir como um dos serviços terapêuticos de política pública ofertado na unidade de saúde e que ocupa determinado espaço físico; pode emergir como uma terapia complementar à alopatia; pode emergir como uma terapêutica sem benefícios para o paciente; dentre tantas;

- Sincretismos: na interação entre essas versões, podem ocorrer tipos de articulações que fazem emergir novos fenômenos, tais como: a versão da ioga como atividade física, articulando-se com a versão da ioga como uma prática concebida pela biomedicina como não principal para intervir sobre as reclamações do paciente, faz emergir uma ioga como terapêutica coadjuvante, complementar, no SUS, uma PICs.

c) No que tange à articulação entre aspectos físicos, socioculturais e políticos da PNPIC:

- Aspectos físicos: é feita por documentos, possui local de funcionamento, local onde é executada etc.;

- Aspectos socioculturais: diz respeito à um contexto social, histórico e cultural em que há hegemonia de uma vertente de medicina biomédica, conceitos bioéticos Ocidentais, epistemologia hegemônica Ocidental etc.;

- Aspectos políticos/retóricos: estabelecimento da questão de que a medicina biomédica perdeu eficácia diante de algumas enfermidades, advento da compreensão de que outras culturas possuem métodos terapêuticos e que tais métodos e terapias podem ser eficazes e complementares às terapêuticas e aos métodos biomédicos etc.

d) No que tange à heterogeneidade, relacionalidade, multiplicidade e sincretismos da PNPIC:

- Heterogeneidade: é feita por elementos humanos e não-humanos, tais como, documentos, leis, sistemas de informação, doenças, pessoas, estruturas físicas, etc.;

- Relacionalidade: gestores atuam utilizando os sistemas de informação que demonstram demanda por alguma PIC, aumentando sua oferta, profissionais que utilizam materiais como agulhas e camas para fazerem aplicações de acupuntura, etc.;

- Multiplicidade: versões emergem na realidade, tais como: oferta de terapêutica complementar, especialidade profissional, disputas de instituições de classe sobre qual profissional pode executar tal PIC, dados quantitativos, ação governamental que utiliza recursos públicos em terapias sem eficácia comprovada, etc.;

- Sincretismo: quando PNPIC como capital político interage com PNPIC como política pública, pode emergir especialidades profissionais (por meio de projetos de lei, por exemplo); PNPIC como dados quantitativos dos sistemas de informação interage com PNPIC como ocupante de estrutura física, pode emergir exclusão de oferta em determinada unidade de saúde, etc.

2.1.2 Abordagem do agenciamento e PNPIC

Além do mais, nossa tese também propõe a aplicação da teoria ator-rede juntamente com a abordagem do agenciamento, que ainda não foi explorada por nenhum dos autores que trataram de PICs ou da PNPIC. A abordagem do agenciamento (*assemblage*) é, na verdade, a aplicação da teoria ator-rede na análise específica de processos políticos (SHORE; WRIGHT, 2011; SAVAGE, 2020; CLARKE *et al.*, 2015; GILL; SINGLETON; WATERTON, 2017).

Como não poderia deixar de ser, a abordagem do agenciamento traz à análise uma compreensão de que a política pública deve ser percebida como múltipla e como um ator que influencia e é influenciado por outros num movimento de constituição da realidade vivida. Desse modo, a política pública deixa de ser algo estanque que deve ser implementado, para ser um emaranhado de ações que influencia e é influenciado por outros atores, sendo constantemente traduzida quando é apropriada por outros atores em variados contextos – por gestores, agentes públicos, público-alvo, instituições, etc.

Uma concepção predominante de análise de políticas públicas que passa por estabelecimento de um problema, apresentação de soluções, formulação de estratégias, implementação, avaliação e reformulação, num fluxo hierárquico, linear e circular, não faz sentido quando se reconhece que a política pública é multilocalizada e está constantemente sendo feita na interação com as demais entidades, podendo emergir em versões diferentes em

cada contexto onde ela está sendo feita (SHORE; WRIGHT, 2011; MELLAARD; van MEIJL, 2017; GILL; SINGLETON; WATERTON, 2017).

A política pública institucionalizada é concebida como resultado de disputas entre atores que acreditam saber “como a realidade deve ser” e que tentam impor sua percepção aos demais através da formalização de um documento. E, nesse sentido, a política pública institucionalizada corresponde ao silenciamento de outras possibilidades de “como a realidade deveria ser” aventadas pelos atores vencidos. Contudo, esta versão institucionalizada pode ser imediatamente contestada em situações concretas, nos variados contextos em que ela é feita (SHORE; WRIGHT, 2011; MELLARD; van MEIJL, 2017; GILL; SINGLETON; WATERTON, 2017), como, por exemplo, em variados municípios brasileiros há oferta de terapêuticas não-convencionais que não estão no rol de PICs da PNPIC, como veremos no capítulo 5.3.

Elemento importante dessa abordagem é a concepção de ontologia política proposta por Mol (1999), segundo a qual, a ontologia mais filosófica que corresponde à essência das coisas, é substituída por um conceito de ontologia mais empírico, em que é acrescentada a noção de política para evidenciar algo que está sempre por se fazer. Para a ontologia política, a realidade não está acabada ou é expressão de algo estável, mas, é continuação de um movimento incessante. Assim, ao invés de se basear no que a realidade é, as ações dos atores que constituem a realidade se orientam pelo que eles acreditam que a realidade “deve ser” (MOL, 1999). No caso da PNPIC, os atores envolvidos orientam suas ações a partir do que consideram que a PNPIC deve ser.

O que importa numa abordagem como essa é como os atores agem e fazem surgir a realidade e não qual é a base de/para a ação deles (MOL, 2010). Por exemplo, em sua interação com outros atores, as PICs são emergidas na realidade em múltiplas versões, como já mencionado, tais como: política pública, capital político, possibilidade de atuação e especialização profissionais e acadêmicas. Sua essência não é nem política pública, nem capital político, nem atuação ou especialização profissionais e acadêmicas, mas emerge nessas versões quando legisladores agem visando que as PICs **devem ser** uma política pública, políticos visando que elas **devem ser** capital político, profissionais e acadêmicos visando que elas **devem ser** espaços de atuação e de especialização profissionais e de formação, outros profissionais e acadêmicos, argumentando que elas não possuem eficácia comprovada, agem visando que elas **devem ser** estar fora da política pública de saúde. Características que outrora não a constituíam e nem sempre estão presentes no momento do surgimento da realidade, tal como o profissional

de saúde que, em sua relação direta com o paciente, não faz emergir ou é influenciado por uma PNPIC como capital político, por exemplo. Ressaltamos a importância de percebermos a ação dos atores que interagem com a PNPIC para compreendê-la.

Se poucos estudiosos se debruçaram sobre as PICs e a PNPIC a partir da teoria ator-rede, a abordagem do agenciamento, até então, ainda não explorada, embora já seja realidade em análises de fenômenos da saúde por pesquisadores estrangeiros (SAVAGE; LEWIS, 2018; FREEMAN, 2017; SINGLETON; MEE, 2017; GILL; SINGLETON, 2017).

Nossa especificidade, em relação aos autores que aplicaram a teoria ator-rede e aos demais pesquisadores da PNPIC, além do referencial teórico-metodológico, é demonstrar a cartografia pela qual a PNPIC é feita na realidade, trazendo à tona um conjunto de atores muitas vezes desconsiderados ou percebidos isoladamente, a forma como agem nos variados contextos e como suas ações contribuem para emergir versões da PNPIC, contribuindo para compreender mais profundamente o desenho da PNPIC, tanto histórica, quanto contemporaneamente.

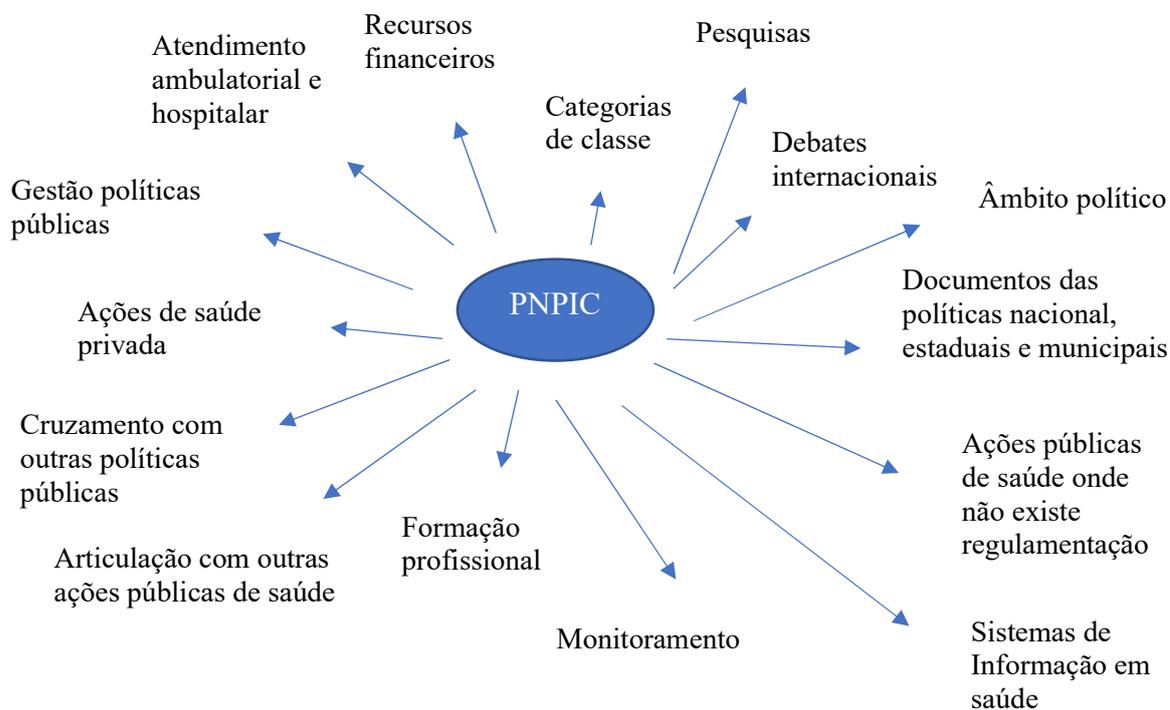
Tal cartografia é constituída por setores governamentais responsáveis pela constituição ou execução da política; sistemas de informações em saúde; documentos oficiais; outras políticas públicas, como de educação, por exemplo; categorias de classe e profissionais; mercado; instituições e pessoas não relacionadas com o governo, como as de pesquisa, associações relacionadas ou críticas às PICs, internacionais; pesquisas científicas; dentre outras. Embora alguns trabalhos possam pontuar a presença e a importância de um ou mais desses atores para a PNPIC, nossa novidade é, em primeiro lugar, mapear e conectar essas entidades para, em seguida, demonstrar uma conexão mais ampla, complexa e em movimento, desvendando, também, o modo como influenciam e são influenciados mutuamente nesse fluxo de relações sociotécnicas, aprofundando na compreensão da análise da política que é concebida como plural.

2.1.3 Princípios para pensar uma cartografia da PNPIC

Desse modo, é possível encontrar a PNPIC em vários espaços sociais, tais como: no gerenciamento de políticas públicas; no atendimento ambulatorial e hospitalar; nos processos de fomento e disponibilização de recursos; nas pesquisas; nas discussões internacionais sobre saúde; no mundo político; nos documentos da própria PNPIC e das políticas estaduais e municipais; nas ações de saúde pública onde não há política estadual ou municipal institucionalizada; nas ações de saúde privada; no cruzamento com outras políticas, como de

educação e econômicas, por exemplo; em programas e/ou outras políticas de saúde, como de educação permanente, por exemplo; na formação profissional; nos relatórios de acompanhamento; nos sistemas de informação de saúde; nas discussões das categorias de classe; nas instituições não-governamentais, como associações e sociedades profissionais; nas instituições privadas, como as escolas de ioga, por exemplo; etc.

Figura 6: Parte da Cartografia da PNPIC: alguns espaços sociais onde é possível encontrar a PNPIC



Fonte: Autor (2023).

Seguindo os caminhos onde é possível encontrar a PNPIC, desvendamos uma cartografia que demonstra o modo multilocal e a multiplicidade de versões como ela está sendo feita. Se a multilocalização é fácil de compreender devido à diversidade de espaços onde ela emerge, compreender a multiplicidade de versões requer uma abordagem teórica e metodológica que permite olhar por trás das aparências e das singularidades com as quais a PNPIC emerge em cada um desses contextos.

Como já mencionamos, esta abordagem significa perceber PICs e PNPIC como atores num fluxo de relações em que são influenciadas e influenciam a ação de outros atores envolvidos. Ou seja, quando tomamos as PICs e a PNPIC como entidades que podem ser influenciadas, abre-se a possibilidade de que ambas são entidades que não possuem uma

identidade permanente, o que enseja três percepções fundamentais para se analisar a política pública.

A primeira, diz respeito à transformação no tempo e no espaço. No caso da PNPIC é mais evidente que, se tomarmos a política institucionalizada de 2006 e compará-la com o documento atual, salta aos olhos as alterações com relação à quantidade de PICs reconhecidas, de quatro para cinco, ainda em 2006, depois para 19 em 2017, até as 29 atuais em 2018. Assim, numa perspectiva temporal, tomando-se a quantidade e os tipos de terapêuticas reconhecidas, a identidade da PNPIC de 2006 foi sendo alterada. No caso das PICs é mais evidente se tomarmos a variável espaço. Por exemplo, a ioga na Índia fazia parte de um complexo mente-corpo intimamente conectado a uma visão espiritual, na qual *āsanas*, isto é, a atividade física, é apenas uma parte de um caminho espiritual de oito ações que leva a união individual com o divino (IYENGAR, 2016; ELIADE, 2009).

O termo *yoga* deriva da raiz *yuj*, do sânscrito, que significa atar, reunir, ligar e juntar, focar e concentrar a atenção em algo, usar e pôr em prática; significa também união e comunhão (...) Segundo o pensamento indiano, tudo é permeado pelo Espírito Universal Supremo (*Paramātmā*), do qual o espírito humano individual (*jīvātmā*) faz parte. O sistema é denominado *yoga* porque ensina os meios pelos quais *jīvātmā* pode unir-se a ou estar em comunhão com *Paramātmā* e assim assegurar a liberação (*mokṣa*) (...) Tão importante quanto o fim almejado são os meios apropriados para alcançá-lo. Patañjali enumera esses meios como os oito estágios ou membros do *yoga* para a busca da alma. São eles: 1. *yama* (mandamentos morais universais); 2. *niyama* (autopurificação por meio da disciplina); 3. *āsana* (postura); 4. *prāṇāyāma* (controle rítmico da respiração); 5. *pratyāhārā* (recolhimento e emancipação da mente do domínio dos sentidos e dos objetos externos); 6. *dhāraṇā* (concentração); 7. *dhyāna* (meditação); 8. *samādhi* (estado de supraconsciência gerado pela meditação profunda, no qual o aspirante individual, ou *sādhaka*, se torna um com o objeto de sua meditação: o *Paramātmā* ou o Espírito Universal) (IYENGAR, 2016, p. 23 e 25. Grifo do autor).

A atividade física, *āsana*, é justamente a ioga institucionalizada como PICs, a qual não incorpora os demais sete elementos que compõem o *yoga* como um sistema complexo na Índia. Ao ser apropriada (MELLAARD; van MEIJL, 2017) pela PNPIC, deslocada da Índia para o Brasil, a identidade da ioga também sofreu processos de ressignificações. Tanto a PNPIC quanto a ioga, portanto, sofreram alterações devido à relação que estabeleceram com elementos (atores) externos. Souza e Luz (2011) demonstram detalhadamente como foi o processo de apropriação e tradução (ressignificação) da medicina chinesa pela biomedicina.

A segunda, por consequência, está em reconhecer que as identidades (as versões que emergem) de PICs e PNPIC podem ser alteradas dependendo do contexto, então não faz sentido

em acreditar na existência de ou procurar uma identidade permanente que as represente e sirva de comparativo entre o correto e o desvio¹⁰.

Ao invés disso, é preciso treinar o olhar para compreender como e por que elas foram alteradas, tentando desvendar o que existia em um contexto que não há no outro ou se algum componente atua de modo diferente em contextos diferentes, buscando descobrir as condições que possibilitam as alterações que ocorrem. Essa abordagem substitui a procura pelo erro, pela falha, pelo desentendimento, pela falta de sensibilidade e/ou interesse de gestores e profissionais, pelo acerto, pelo exemplo/modelo a ser seguido, geralmente, pontuados por outros pesquisadores que objetivaram compreender a PNPIC.

A terceira percepção, herdeira das anteriores, é perceber que PICs e PNPIC não são “coisas que são”, “sempre serão” ou “serão por um tempo” e que fazem outros agirem, mas perceber que só ganham existência devido ao entrelaçamento de e com outras entidades. Por isso, destituindo-as de um superpoder (CLOATRE, 2018) é possível percebê-las como entidades que não possuem o poder de moldar por si só à realidade ou são desobedecidas ou distorcidas por aqueles que as colocam em prática. Pois, contribuem na constituição da realidade, sofrendo influência de e influenciando outros atores num movimento constante. Em outras palavras, a própria política é dependente dos demais atores para emergir na realidade.

Ao abordarmos dessa maneira, ampliamos a gama de entidades que atuam no fluxo de relações que dão vida à realidade, aprofundando na compreensão de como a realidade é feita. Partindo do pressuposto de que PICs e PNPIC são influenciadas e influenciam os demais, devemos identificar quem são os demais atores e como atuam.

Na medida em que a PNPIC é um dispositivo jurídico que visa ordenar o comportamento das pessoas, não pode ser considerada tão simplesmente um ator como os demais na rede de relações. Para nós, ela atua como um fio direcionando nosso olhar sobre a realidade, conectando as demais entidades e as versões que emergem nos variados contextos.

2.1.4 Política institucionalizada como um ator e uma versão vencedora

De acordo com Mellard e van Meijl (2017), Shore e Wright (2011) estão entre os principais autores que concebem a política como resultado do entrelaçamento de ações de

¹⁰ O antropólogo Clifford Geertz fez uma reflexão interessante acerca do desenvolvimento do Islã no Marrocos e na Indonésia. Apontando as particularidades da religião maometana nesses países, demonstrou que o Islã, ao contrário do que os Ocidentais pressupõem, não é homogêneo. Embora parta de referencial teórico distinto do nosso, compartilhamos inspirações semelhantes, pois seu caminho “não é definir religião [PNPIC ou PICs], mas encontrá-la” (GEERTZ, 2004, p. 15).

atores, sendo a própria política percebida como um ator que se transforma na relação com os demais no momento em que é emergida (*enacted; made*) na realidade. Políticas, nesse sentido, “não são simplesmente ferramentas governamentais instrumentais – elas são atores que têm agência e que mudam conforme entram em relação com outros atores, objetos e instituições em novos domínios” (SHORE; WRIGHT, 2011, p. 20)¹¹.

Desde então, muitos pesquisadores têm se debruçado sobre esta abordagem, consolidando um método de análise sobre a política como processos de agenciamentos, inseridos no emergente campo de estudos de mobilidade política (SAVAGE, 2020). Este tipo de abordagem já vem sendo utilizada em análises de políticas de saúde, tais como: Michael e Rosengarten (2012), Savage e Lewis (2017), Singleton e Mee (2017), dentre outros, além dos já citados.

Uma das vantagens desta abordagem é que a aparente singularidade de uma política pública, por exemplo, dá lugar à compreensão de que ela ganha vida em variadas versões contextuais, dependendo do entrelaçamento de atores e de suas ações – uma vez que a própria política é percebida como um ator nas teias de relações que a fazem vir à tona.

A teoria ator-rede, que dá base para esse tipo de abordagem, é concebida por Mol (2010, p. 257)¹² como um kit de ferramentas que não estabelece conceitos rígidos, pois “o objetivo não é purificar o repertório, mas enriquecê-lo. Adicionar camadas e possibilidades”. A autora considera que, mais importante do que definir um conceito de ator que é o elemento central nesse tipo de abordagem, é preciso ter em mente que ele ou ela intervém na realidade a partir de ações. Assim, a autora enfatiza que “a questão da teoria ator-rede não é de onde as atividades dos atores vêm, mas para onde elas vão: os efeitos são cruciais. Nem objetivos, nem fins, mas todo tipo de efeitos, incluindo os surpreendentes” (MOL, 2010, p. 255)¹³. Nessas condições, ator “é qualquer pessoa e qualquer coisa que seja representada” na rede de relações diante de determinado contexto Latour (2000, p. 138). “Qualquer coisa” significa entidades humanas e não-humanas, numa percepção simétrica sobre da importância que cada uma delas possuem nos determinados contextos em que estão agindo.

¹¹ Texto original em inglês: “policies are not simply instrumental governmental tools – they are actants that have agency and that change as they enter into relations with actors, objects and institutions in new domains” (SHORE; WRIGHT, 2011, p. 20).

¹² Texto original em inglês: “The point is not to purify the repertoire, but to enrich it. To add layers and possibilities” (MOL, 2010, p.257).

¹³ Texto original em inglês: “the question ANT asks not where the activities of actors come from, but rather where they go: effects are crucial” (MOL, 2010, p.255).

A ênfase da análise recai, portanto, sobre o que as ações do emaranhado de atores fazem, sobre suas consequências, ou seja, como elas fazem emergir uma realidade, antes que procurar compreender o que ela é. Isto está relacionado ao conceito de ontologia política utilizado por Mol (1999) para se referir à instabilidade da realidade. Ao conceito de ontologia que faz referência à essência da realidade, “como ela é”, a autora acrescenta o termo política para denotar o caráter não acabado, não essencializado e não externo à realidade, destacando que o surgimento da realidade é inerente à intervenção dos atores. Assim, os atores atuam no sentido de fazer da realidade “como ela deveria ser” e, ao fazerem emergir determinada realidade, ampliam ou restringem as novas possibilidades de sua própria ação, das ações de outras entidades e, conseqüentemente, o surgimento de novas versões da realidade.

Essa é uma percepção mais empírica da realidade, conforme explicam Law e Singleton (2014, p. 384)¹⁴: “TAR [teoria ator-rede] está nos mostrando que as realidades, o que existe no mundo, são feitas de práticas”. Por isso é importante revelar e analisar os atores envolvidos, suas ações, as traduções que realizam na efetivação de suas ações (LAW, 2006) e os sincretismos (LAW *et. al.*, 2014) que surgem nos processos de emergência da PNPIC como algo singular na realidade, desvelando a instabilidade que reside por trás da aparente singularidade.

Como já mencionamos, sobre as traduções, podemos citar o exemplo da denominação “práticas integrativas e complementares” dada pela PNPIC, ao invés de “Medicina Tradicional e Complementar” (MTC) ou “Medicina Alternativa e Complementar” utilizados pela OMS até 2006 (WHO, 2002), e que está permeada de novos significados e conceituações. Veremos no próximo capítulo que, embora a política nacional utilize a denominação PICs, alguns atores importantes já desenham e fazem uso do termo “medicina tradicional, complementar e integrativa” (MTCI), aproximando-se do conceito utilizado por instituições fora do Brasil, como OMS e OPAS, por exemplo, às quais também estão conectados.

No que tange aos sincretismos, um exemplo é a interação entre o reconhecimento de certas terapêuticas que teriam impacto benéfico sobre o bem-estar da pessoa e o SUS, constituindo um movimento sincrético que resultou na PNPIC, braço da política pública de saúde nacional que emerge na realidade com aparência de um fenômeno singular – pasteurizado das versões silenciadas pelo caminho, como veremos no capítulo 5.1.

¹⁴ Texto original em inglês: “ANT is telling us that realities, what there *is* in the world, are *done in practices*.” (LAW; SINGLETON, 2014, p.384).

Vista a partir da teoria de agenciamento, a PNPIC se configura como uma realidade múltipla (MOL, 2002) (pode emergir de maneiras diferentes), complexa (devido aos vários atores envolvidos e aos entrelaçamentos entre suas ações) e contextual (pois cada versão que emerge diz respeito ao respectivo contexto) que emerge dos entrelaçamentos das ações que os atores efetivam quando intervêm nos contextos onde são inseridos, ao invés de objetos estáveis e externos que definem ou determinam ações a serem implementadas.

Como processos em movimento e multilocalizados (MELLARD; van MEIJL, 2017), característico das políticas públicas, a PNPIC pode emergir no contexto de gestão como recursos humanos e financeiros, emergir como um dever do Estado e direito do cidadão no contexto de cidadania, emergir como uma porta que dá acesso a possibilidades terapêuticas para o paciente, emergir como ameaça à saúde dos pacientes, emergir como respaldo para formação acadêmica e profissional, emergir como objeto de pesquisa na academia, etc.

Importante ressaltar que, muito embora PICs possam ser analisadas a partir de vários enquadramentos, interessa-nos, principalmente, sua relação com o SUS a partir de uma política pública, a PNPIC, ou seja, para nós interessa as PICs em sua relação com o universo da política. Segundo Shore e Wright, universo da política são “janelas de processos de ontologia política em que atores, agentes, conceitos e tecnologias interagem em diferentes locais, criando ou consolidando novas racionalidades de governança e regimes de conhecimento e poder” (SHORE; WRIGHT, 2011, p. 2)¹⁵.

Seguir políticas públicas como fluxos de movimento traz a questão de como conceituar política e seus movimentos e não a perceber a partir de um processo linear, como destacamos na introdução: formulação, legislação, ação das esferas administrativas (federal, estadual, municipal), agentes profissionais, até chegar às ruas (SHORE; WRIGHT, 2011).

Segundo essas autoras,

uma política encontra expressão através de sequências de eventos; ela cria espaços semânticos e sociais, novos tipos de relações, novos sujeitos políticos e novas redes de significado (...) **políticas não são simplesmente forças externas, generalizadas e restritivas, nem estão confinadas nos textos. Antes, elas são produtivas, performativas e continuamente contestadas**” (SHORE; WRIGHT, 2011, p.1. grifo nosso¹⁶).

¹⁵ Texto original em inglês: “windows onto political processes in which actors, agents, concepts and technologies interact in different sites, creating or consolidating new rationalities of governance and regimes of knowledge and power” (SHORE; WRIGHT, 2011, p.1).

¹⁶ Texto original em inglês: “A policy finds expression through sequences of events; it creates new social and semantic spaces, new sets of relations, new political subjects and new webs of meaning (...) policies are not simply external, generalized or constraining forces, nor are they confined to texts. Rather, they are productive, performative and continually contested” (SHORE; WRIGHT, 2011, p.1).

São produtivas porque, ao interagirem com outros atores nos variados contextos, podem resultar em múltiplas versões e possibilidades de exercerem influência na realidade, como, por exemplo, emergir como capital político ou como ameaça à saúde de pacientes – versões inesperadas se analisarmos o texto da política.

O caráter performático diz respeito a como essas múltiplas versões atuam nos determinados contextos, tal como, a política como dispositivo jurídico. Uma versão, fomentou (performou) a constituição de instituições, atualmente, importantes para compreendermos a PNPIC, como ObservaPics, Cabsin e Rede Nacional de Atores em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (RedePics) (ver capítulo 5.6).

Outra versão de PNPIC como dispositivo jurídico, age (performa) possibilitando a oferta de PICs no SUS, ao passo em que, indiretamente, restringe outras terapêuticas por não as reconhecer como PICs. Vale ressaltar que esta versão é muito contestada por unidades da federação e municípios, na medida em que vêm institucionalizando políticas locais e regionais inserindo terapêuticas não reconhecidas como PICs pela PNPIC, tais como, iridologia e hipnose, ou inseriram terapêuticas que somente depois foi tornada PICs pela PNPIC, como reiki, bioenergética e ioga, por exemplo (DISTRITO FEDERAL, 2014, ESPÍRITO SANTO, 2009; MINAS GERAIS, 2009 – sobre política estaduais e das capitais, ver capítulo 5.3).

A versão jurídica ainda atua (performa) de outro modo no contexto das categorias profissionais. Em 2006, quando da publicação da Portaria nº 971 (BRASIL, 2006) que instituiu a PNPIC, o CFM e os conselhos regionais de medicina emitiram comunicados preocupados com a política, questionando, basicamente: o caráter multiprofissional que permite que profissionais não médicos realizem diagnósticos, prescrição e ministração de atos que deveriam ser restritos aos médicos e questionando o reconhecimento de algumas terapêuticas sem comprovação científica. A mesma atitude foi tomada por esses conselhos em relação às portarias de 2017 e 2018 (BRASIL, 2017; 2018a) que ampliaram as terapêuticas reconhecidas como PICs a serem ofertadas no SUS (CFM, 2018a; 2018b). Por outro lado, conselhos de outras categorias profissionais, como Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), por exemplo, emitiram notas enaltecendo a política e afirmando sua importância para a saúde da população (COFEN, 2018; CREFITO, 2017).

Tanto a tradução (ressignificação) do dispositivo jurídico pelos estados e municípios, quanto a apresentação de outra versão para a PNPIC pelos conselhos de medicina, são exemplos de processos contestatórios da versão vencedora que propõem outros modos de como a política

deveria ser: uma versão que abre possibilidades para outras terapêuticas não reconhecidas pela PNPIC, ou, ao contrário, questionando terapêuticas que não teriam comprovação científica e mais centrada no profissional médico.

Tais contestações podem influenciar ao ponto de modificarem a versão vencedora, como ocorreu com os estados e municípios ofertando reiki, ioga e bioenergética antes da política nacional tê-las incorporado. Assim, é possível que versões contestatórias possam ainda não ter tido esse tipo de efeito, a exemplo de alguns movimentos dos conselhos de medicina que contestam, a partir de ações judiciais, notas técnicas, pareceres e outras normas profissionais.

Ressalta-se que todas as contestações decorrem das possibilidades permitidas pela versão vencedora.¹⁷

PICs e PNPIC, portanto, são embebidas de significados diferentes para o gestor, para o profissional, para o pesquisador, para o paciente ou para o político, porque cada um deles, em seus respectivos contextos, efetivam traduções que ficam visíveis através de suas ações.

Nesta abordagem, portanto, o conceito de implementação de algo dá lugar ao de apropriação porque os atores não simplesmente colocam em prática uma política que é transferida de um âmbito para outro, como fases de um processo linear ou que se pretende linear.

Num processo linear, tendo em vista o sistema federativo brasileiro, com uma política de âmbito nacional é esperado que as unidades da federação e os municípios, a partir dela, instituem suas próprias normas regionais e locais. Do mesmo modo, ao inserir todos os profissionais de saúde que atuam no SUS como potenciais ministrantes de tais terapêuticas (BRASIL, 2018c), espera-se que as categorias profissionais atuem regularizando essas ações profissionais. A linearidade não ocorre em nenhum dos casos, pois, somente 12 unidades da federação possuem política para PICs e não são todas as capitais (somente 12) que instituíram uma norma dessas, bem como em algumas legislações regionais e locais não respeitam as restrições da política nacional e reconhecem outras terapêuticas em suas políticas (ver capítulo 5.3). No caso das categorias profissionais, o posicionamento do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) é o de que o assistente social não possui formação específica para atuar aplicando essas terapêuticas (CFESS, 2018) (ver capítulo 5.5 sobre conselhos federais).

Por isso, “apropriação” é mais adequado do que implementação/implantação porque “segue as transformações a cada vez que uma política é transferida para um novo domínio, seguindo também, além das agências do instrumento político, a agência de outros atores

¹⁷ Sobre a PNPIC como uma versão, ver capítulo 5.1.

envolvidos” (MELLARD; van MEIJL, 2017, p. 342)¹⁸. Isso permite revelar a não linearidade e a complexidade através das quais uma política ganha vida na realidade. Como política pública, ela não ocorre dentro dos limites de uma única organização, pois políticas públicas são “distribuídas ao longo de diferentes locais e requerem emergir publicamente para ganhar vida, gerar ações” (MELLARD; van MEIJL, 2017, p. 341)¹⁹.

Um exemplo, e que já foi mencionado, é quando a ação da PNPIC como legislação influencia na legitimação da oferta de PICs como prática terapêutica no SUS, influenciando a emergência de PICs como formação e especialização profissionais pelo próprio SUS-UNASUS²⁰ – alguns são específicos para profissionais da saúde –, mas a emergência de outros cursos de formação, aulas, consultas, dentre outros, que funcionam em paralelo à ação governamental, fundamentando um mercado a partir da legitimação dessas práticas pela política pública²¹.

Perceber a PNPIC como conjunto de ações e seguir os fluxos de movimentos que a fazem emergir na realidade de determinada maneira, revela a complexidade que se reside por trás da sua aparente naturalidade, singularidade e estabilidade.

2.1.5 A Pluralidade na constituição da PNPIC

Enfatizando a multiplicidade e a complexidade dos processos de emergência da realidade e recusando a existência de sua unicidade, estabilidade e externalidade, compreendemos a PNPIC a partir da sua heterogeneidade (materiais que constituem a realidade), relacionalidade (interação entre esses atores por meio de suas ações, influenciando-se mutuamente), multiplicidade (o entrelaçamento das ações dos atores resulta em múltiplas versões da realidade) (LAW; SINGLETON, 2014) e sincretismos (articulações entre as versões, cujo resultado faz emergir uma realidade aparentemente estável e singular, purificando a heterogeneidade que a constitui) (LAW *et al.*, 2013).

¹⁸ Texto original em inglês: “the concept of appropriation allows for transformation each time a policy is transferred to a new domain, thus also allowing, besides the agency of the policy instrument, for the agency of other actors involved” (MELLARD; van MEIJL, 2017, p. 342).

¹⁹ Texto original em inglês: “They are distributed across different places and require to be enacted publically to come to life, to generate action” (MELLARD; van MEIJL, 2017, p. 341).

²⁰ Alguns deles são: “Práticas corporais e mentais da Medicina Tradicional Chinesa”, “Medicina Tradicional Chinesa”, “Antroposofia aplicada à saúde”, “Uso de plantas medicinais e fitoterápicos para agentes comunitários de saúde”, “Gestão de PICs em saúde”, “Qualificação em plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Básica”. Eles podem ser acessados em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pics/cursos>.

²¹ Tesser e Souza (2021) afirmam que a formação em terapias não-convencionais vem ocorrendo predominantemente em instituições não-governamentais.

A heterogeneidade material da PNPIC é percebida pela diversidade de entidades (atores) que entrelaçam suas ações, como, por exemplo: a) é um dispositivo jurídico (documento); b) inclui pessoas que a praticam e que utilizam dela; c) estrutura física porque ocorre em determinados locais; d) objetos porque são utilizados materiais como agulhas, tapetes, óleos, etc.; e) instituições; f) profissional de saúde que diagnostica e encaminha; g) gestores; h) pacientes; i) cientistas que providenciam dados qualitativos e quantitativos; j) políticos; k) recursos financeiros; l) diagnóstico; m) doenças; dentre outros.

A relacionalidade diz respeito a como essas entidades efetivam e entrelaçam suas ações com as demais, tais como: a performance do documento possibilita e restringe a oferta de terapias não-convencionais pelo SUS, ao passo em que define os profissionais que podem executá-la; a performance da estrutura física delimita qual PICs pode ser ofertada na unidade de saúde, na modalidade coletiva ou individual; os estudos epidemiológicos podem fundamentar aumento ou restrição de oferta de práticas; dentre outros.

Quanto à multiplicidade: a depender do entrelaçamento das ações efetivadas em cada contexto, versões da política podem emergir na realidade, tais como: no contexto profissional, fundamenta o surgimento de especialidades; na clínica, pode emergir como benefícios terapêuticos para o paciente ou terapia complementar à alopática; na unidade de saúde, pode emergir como um dos serviços terapêuticos de política pública ofertado e que ocupa determinado espaço físico; na gestão, pode emergir como demanda por recursos humanos e financeiros; na academia, surge como objeto de pesquisa; no meio jurídico como disputas profissionais; na pandemia da COVID-19 como ameaça à saúde ou terapia adjuvante, dentre tantas outras.

Na interação entre as versões que são emergidas, podem ocorrer tipos de articulações que fazem emergir novos fenômenos que aparentam unicidade, naturalidade e estabilidade, tais como: sincretismo de complementação em que uma PIC, como, por exemplo, a ioga que emerge como benefícios terapêuticos da clínica, articulando-se à ioga como alternativa eficaz para intervenção não medicamentosa emergida pelos pesquisadores, pode formar uma ioga enquanto exemplo de PICs eficaz; sincretismo hierárquico em que a ioga como benefício terapêutico da clínica, entrelaçada à ioga enquanto uma atividade concebida pela biomedicina como não principal para intervir sobre as reclamações do paciente, faz emergir uma ioga como terapêutica adjuvante, complementar, no SUS; etc.

As várias versões como a realidade pode emergir decorre do fato de que a realidade é feita de modo “histórico, cultural e materialmente localizado” (MOL, 1999, p. 75)²², assim, os fenômenos podem emergir diferentemente no tempo e no espaço. Como consequência, a realidade não é fixa e nem imutável, mas está à mercê do entrelaçamento coletivo de humanos e não-humanos.

Quadro 4: Exemplos de Versões de PNPIC que podem emergir nas Situações Concretas

Exemplos de Versões de PNPIC que Podem Emergir nas Situações Concretas	
Contexto	Versão que pode emergir
Profissional	Especialidade
Clínica	Benefícios para pacientes/terapia complementar à alopática
Unidade de Atendimento	Serviço de atendimento à saúde disponível/ ocupa espaço da estrutura física
Gestão	Recursos financeiros e humanos
Academia	Objeto de pesquisa
Âmbito Jurídico	Disputas profissionais
Pandemia COVID-19	Ameaça à saúde/terapia adjuvante
Processos de Monitoramento	Mensurável
Político	Capital político/crítica aos gestores e governo

Fonte: Autor (2023).

Na ontologia política da realidade, como mencionamos, a ação das entidades segue em direção a “como deve ser a realidade” e não são baseadas em “como a realidade é” (MOL, 1999). Por exemplo: tomando o caso da acupuntura, uma das PICs previstas na PNPIC, ela não era um serviço de saúde pública no Brasil, mas atores (pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, pacientes, doenças, prática clínica, agentes políticos, documentos, etc.) entrelaçam suas ações e intervêm no surgimento de uma versão de acupuntura como mensurável, quantificável, plausível politicamente, visando a emersão de constituir parte da política pública de saúde e fazendo-a emergir como uma PIC.

Deve-se atentar, então, que as versões que emergem não são organizadas ou cumulativas, pois, dependendo do contexto, uma prescinde da outra para ser feita. Cada uma delas, com efeito, não é uma versão permanente com a qual os atores precisam se relacionar, cada qual são versões efêmeras e podem coexistir simultaneamente, tanto em um mesmo contexto, quanto em contextos distintos. São efêmeras porque, no fazer a realidade, o que importa é como elas surgem no contexto e como esta versão atua, influencia, o fluxo de relações.

²² Texto original em inglês: “it is historically, culturally and materially located” (MOL, 1999, p. 75).

Por isso a versão não deve ser confundida com característica, pois, característica está sempre lá.

Voltando ao exemplo da acupuntura. Num contexto de discussão epistemológica (congresso científico), nem uma versão quantitativa nem uma terapêutica poderá emergir, haja vista que o “dever ser” da acupuntura neste contexto, por exemplo, pode ser a epistemologia Oriental ou Ocidental.

Outro aspecto relevante da multiplicidade é que as entidades envolvidas podem agir diferentemente dependendo do contexto em que estão inseridas. Tomemos o exemplo de um gestor que também é um profissional de saúde que aplica técnicas de saúde. Em determinado contexto pode ser aquele que está aplicando a acupuntura no paciente, performando uma acupuntura como terapêutica. E, neste momento, a versão da acupuntura quantificável (oferta/demanda/custos) que baseia análises de gestão, não interfere em sua ação como profissional porque esta versão mensurável não emerge na realidade, dado que as entidades envolvidas, o paciente e o gestor, não atuando mais como gestor, mas agora performando como profissional autorizado à aplicar acupuntura, juntamente com as outras entidades que compõem o contexto (clínica, vestimenta, enfermidade, paciente, diagnóstico, sintomas, etc.), fazem emergir uma outra realidade, a versão da acupuntura que busca o bem-estar por meio de uma atividade de relação direta com o paciente, diferentemente da atividade gestão-profissionais própria da gestão.

2.1.6 Aspectos físicos, sociais e retóricos/políticos da PNPIC

Nossa abordagem também busca perceber a PNPIC a partir de aspectos físicos, sociais e retóricos/políticos. Se, à primeira vista, salta aos olhos o elemento físico/técnico das PICs, uma visão que percebe tais práticas como constituídas dentro de uma rede sociotécnica composta por atores que interagem, permite perceber que elas são ao mesmo tempo físicas/técnicas (práticas com resultados considerados bons ou ruins), sociais (envolvem pessoas e determinadas relações) e políticas/retóricas (enquanto discurso que as constrói enquanto prática de saúde – quais são ou não são práticas de saúde, por exemplo).

Esta visão proposta pela teoria ator-rede permite compreender que as coisas físicas não se consolidam por si, pois envolvem pessoas (incluindo instituições, cientistas) e percepções sobre vantagens e desvantagens, suas características – aqui é onde reside a importância das

relações sociais (o social) – e das retóricas/arregimentação política na visibilidade de algo em relação a outras coisas.

Uma visão assim tem a vantagem de permitir compreender o porquê de tantas práticas de saúde não-convencionais e de racionalidades distintas da biomédica existentes pelo mundo, somente algumas constituem o rol de PICs na PNPIC. Esta abordagem pode ser utilizada complementar ou separadamente à percepção da heterogeneidade, relacionalidade, multiplicidade e sincretismos, apresentada até aqui, dependendo da pergunta norteadora.

Vejamos uma citação de Latour que, apesar de não tratar do nosso tema, é esclarecedora sobre esse tipo de abordagem:

Na página quatro do jornal, leio que as campanhas de medidas sobre a Antártida vão mal este ano: o buraco da camada de ozônio aumentou perigosamente. Lendo um pouco mais adiante, passo dos químicos que lidam com a alta atmosfera para os executivos da Atochem e Monsanto, que estão modificando suas linhas de produção para substituir os inocentes clorofluorocarbonetos, acusados de crime contra a ecossfera. Alguns parágrafos à frente, é a vez dos chefes de Estado dos grandes países industrializados se meterem com química, refrigeradores, aerossóis e gases inertes. Contudo, na parte de baixo da coluna, vejo que os meteorologistas não concordam mais com os químicos e falam de variações cíclicas. Subitamente os industriais não sabem o que fazer. Será preciso esperar? Já é tarde demais? Mais abaixo, os países do Terceiro Mundo e os ecologistas metem sua colher e falam em tratados internacionais, direito das gerações futuras, direito ao desenvolvimento e moratórias. O mesmo artigo mistura, assim, reações químicas e reações políticas. Um mesmo fio conecta a mais esotérica das ciências e a mais baixa política, o céu mais longínquo e uma certa usina no subúrbio de Lyon, o perigo mais global e as próximas eleições ou o próximo conselho administrativo. As proporções, as questões, as durações, os atores não são comparáveis e, no entanto, estão todos envolvidos na mesma história (...) Multiplicam-se os artigos híbridos que delineiam tramas de ciência, política, economia, direito, religião, técnica, ficção (...) O menor vírus da AIDS nos faz passar do sexo ao inconsciente, à África, às culturas de células, ao DNA, a São Francisco; mas os analistas, os pensadores, os jornalistas e todos os que tomam decisões irão cortar a fina rede desenhada pelo vírus em pequenos compartimentos específicos, onde encontraremos apenas ciência, apenas economia, apenas representações sociais, apenas generalidades, apenas piedade, apenas sexo. Aperte o mais inocente dos aerossóis e você será levado à Antártida, e de lá à universidade da Califórnia em Irvine, às linhas de montagem de Lyon, à química dos gases nobres, e daí talvez até à ONU, mas este fio frágil será cortado em tantos segmentos quantas forem as disciplinas puras (LATOURE, 1994, p. 7-8).

O excerto acima é ilustrativo da percepção da teoria ator-rede sobre a conectividade da realidade, demonstrando não existir fronteiras rígidas entre fenômenos do mundo físico ou do mundo social. O que ocorre é que, em contextos específicos, há uma ênfase maior em aspectos físicos do fenômeno (como os gases emitidos ou o vírus da AIDS) ou das relações sociais que o envolvem (o modo de produção agrícola ou as relações amorosas), ou mesmo dos aspectos retóricos/políticos que o faz emergir como determinado fenômeno (cientistas definindo com o que deveríamos nos preocupar).

Ulrich Beck (2018) apontou como a ciência atua definindo quais deveriam ser nossas preocupações, isto é, quais seriam os riscos globais e como, a partir disso, vamos nos movendo. No caso da pandemia de COVID-19, por exemplo, o relatório que ficou conhecido como “Escapando da Era da Pandemia” (*Escaping the “Era of Pandemics”*), elaborado pelo *Intergovernmental Platform on Biodiversity and Ecosystem Service* (IPBES, 2020) é um bom exemplo dessa influência da ciência e de que os fenômenos são ao mesmo tempo físicos, sociais e retóricos/políticos.

Este documento trata de pandemia, isto é, “uma doença que é causada por epidemia sustentada em transmissão comunitária em múltiplos países, de dois ou mais continentes” (IPBES, 2020, p. 8)²³. A causa, apontada para as epidemias/pandemias é a relação entre humanos e a biodiversidade, na medida em que 70% das doenças emergentes como Ebola e Zika, por exemplo, têm origem em zoonoses. Os autores estimam, ainda, que exista 1,7 milhões de vírus desconhecidos, sugerindo que, destes, entre 540.000 e 840.000 teriam potencialmente possibilidade de serem transmitidos para humanos. O relatório reforça alguns pressupostos já conhecidos pela comunidade científica e aproveita a relevância para alertar nesses tempos de pandemia. Argumenta, ainda, que devemos modificar nosso estilo de consumo, nossa economia utilitária de tipo predatório, se quisermos escapar da era das pandemias que nos espera inevitavelmente. Ao apontar a alteração de nosso estilo de vida, sugere que devemos constituir políticas intergovernamentais relacionadas ao uso menos predatório da terra, ao mercado de animais exóticos, objetivos comuns relacionados ao meio ambiente, dentre outros.

O documento trabalha com os aspectos físicos da pandemia em sua relação com as relações sociais e políticas, o que reforça que não há “Nem um só elemento que não seja ao mesmo tempo real [físico], social e narrado [retórico/político]”, diria Latour (1996, p. 12).

A cartografia da rede sociotécnica em que estão envolvidas as PICs e a PNPIC são, do mesmo modo, híbridas, por serem compostas por materiais heterogêneos, relações entre ações dos atores, multiplicidades de versões que resultam dessas interações, processos de estabilização dessas versões e pasteurização da pluralidade. Mas, também, são ao mesmo tempo físicas, sociais e retóricas/políticas.

Os aspectos físicos são sempre os mais fáceis de compreender por que eles saltam aos olhos – mesmo que seja necessário um microscópio. Na PNPIC, os aspectos físicos são percebidos no texto do documento, nos setores governamentais e nas salas onde ela é gerida

²³ Texto original em inglês: “a disease that has caused epidemics of sustained community transmission in multiple countries on two or more continents” (IPBES, 2020, p. 8).

(MS, CNPICS-MS, secretarias de saúde estaduais e municipais); nas unidades de atendimento onde PICs são ministradas; nos profissionais de saúde e gestores envolvidos; nos instrumentos utilizados (agulhas, macas, tapetes, etc.); nos pacientes que procuram ou são encaminhados; nos sistemas de informação de saúde que apresentam números quantitativos de locais de oferta, profissionais envolvidos, atendimentos realizados, custos financeiros; nas legislações decorrentes do texto institucionalizado; nas instituições de pesquisa, educacionais, profissionais.

No contexto da pandemia, como veremos no capítulo 5.4, foram inseridos, de modo mais central, cabos de energia, aparelhos de tecnologia (computador e telefone celular), softwares, aplicativos de mídias sociais, vídeos, cartilhas, transmissões ao vivo, eventos on-line, fones de ouvido, conexão de internet.

Embora os três aspectos estejam conectados, os aspectos sociais e os retóricos/políticos estão mais intimamente ligados, apesar de poderem ser discriminados analiticamente.

Quando se trata das relações entre as pessoas envolvidas (profissionais de saúde, pacientes, políticos, gestores, pesquisadores), as estruturas hierárquicas (profissional, diretor da unidade de atendimento) e as instituições (categorias de classe profissional, associações profissionais, universidades, de pesquisa, organizações não-governamentais), estamos falando de aspectos sociais. Os modos como o profissional e o paciente se relacionam, os modos como profissional, paciente, gestores, políticos, pesquisadores, entidades de classe percebem a terapêutica e como essas relações se entrelaçam e constituem a realidade, isto são os aspectos sociais.

A intermediação feita pela tela e pela conexão de internet que cresceram em importância nesses tempos de pandemia da COVID-19, torna a relação atemporal por meio de vídeos gravados e publicados em plataformas digitais que estão disponíveis para acesso a qualquer momento, por exemplo, alterando o modo como a prática clínica/presencial do profissional de PICs e do paciente se efetivam. No que tange à ioga, por exemplo, o profissional fica incapacitado de corrigir a postura e a respiração do paciente ou o tempo de permanência em cada postura. Na acupuntura as apropriações não são menos importantes, pois não há como o terapeuta tomar o pulso do paciente ou verificar corretamente a tonalidade da língua, ficando à mercê do autodiagnóstico realizado e transmitido a ele pelo próprio paciente.

O argumento que constitui a PNPIC como uma política pública de saúde legítima (o que envolve o histórico de desenvolvimento de uma atenção à saúde mais democrática, ampla, por exemplo) ou sua contestação a partir de argumento de que ela reconhece terapêuticas sem

comprovação científica acerca de seus benefícios, colocando em risco a saúde da população (conforme argumenta o CFM), são aspectos retóricos/políticos que fazem com que a política seja emergida na realidade.

Cabe esclarecer que utilizamos o termo retórico porque se refere à uma argumentação que aponta um dever ser da política (como política pública, por exemplo), mas que não se trata de uma invenção no sentido pejorativo do termo, por isso o termo político. Político, então, dá a conotação de que é um embate entre posições que podem ser conflituosas, cujos argumentos utilizados estão baseados em elementos verificáveis e disponíveis a todos, e não meras conjurações. Nesse sentido, não se confunde com o conceito de narrativa utilizado pelo movimento negacionista atual.

Numa abordagem em que a política é vista como um emaranhado de ações efetivadas pelos atores, movendo-se no tempo e no espaço (sendo a formalização como dispositivo jurídico-administrativo um desses movimentos), pensar sobre quando uma política começa, como fizeram Bruno Latour e Shore e Wright (2011), é algo interessante.

A resposta vai no sentido de que a política é um “processo político envolvendo variados atores, todos propondo como as pessoas devem se relacionar umas com as outras, conduzir a si mesmos e ser governadas” (SHORE; WRIGHT, 2011, p. 14)²⁴. Prestando atenção na presença e nas ações dos atores no sentido de fazer a realidade em detrimento de outras realidades possíveis, compreende-se que “a passagem para lei é um momento num processo de apropriação e constatação quando uma coalizão política tem sucesso em silenciar outras, fazendo sua versão autoritária e embecendo-a de seus preceitos e procedimentos de estado” (SHORE; WRIGHT, 2011, p. 13)²⁵.

No caso da PNPIC isso é perceptível, por exemplo, como veremos no capítulo 5.1, quando a ação das associações médicas em se encontrar com o MS em 2003 – que foi a origem para a formação do Grupo de Trabalho que formulou a minuta do texto da política –, parece ter influenciado na inserção de quais seriam as PICs reconhecidas pela futura política. Apesar do levantamento realizado pelo Ministério no ano de 2004, visando diagnosticar as terapêuticas não-convencionais já presentes no SUS (BRASIL, 2006c), ter apontado que reiki, ioga e shantala tinha significativa presença na rede pública de saúde, o caráter político de silenciamento de outros atores parece ter se sobreposto ao caráter técnico demonstrado pelo

²⁴ Texto original em inglês: “is a political process involving many actors all proposing how people should relate to each other, conduct themselves and be governed” (SHORE; WRIGHT, 2011, p. 14).

²⁵ Texto original em inglês: “The passage of law is one moment in a process of appropriation and contestation when a political coalition succeeds in silencing others, making their version authoritative and embedding it in the precepts and procedures of the state” (SHORE; WRIGHT, 2011, p. 13).

documento, haja vista o não reconhecimento dessas terapêuticas como PICs, mas reconhecendo e inserindo a Antroposofia, que foi pouco mencionada, e o Termalismo/Crenoterapia que sequer foi lembrado.

Tanto o próprio texto da política como a literatura, apontam que as discussões para a construção da PNPIC tiveram início muito antes da portaria Ministerial que a instituiu. Percebendo a política como “narrativas contestadoras que definem os problemas do presente de forma a condenar ou tolerar o passado, e projetar apenas um caminho viável para sua resolução” (SHORE; WRIGHT, 2011, p. 13)²⁶, é possível perceber o caráter político da ação dos atores perseguindo um “dever ser” da realidade.

²⁶ Texto original em inglês: “as contested narratives which define the problems of the present in such a way as to either condemn or condone the past, and project only one viable pathway to its resolution” (SHORE; WRIGHT, 2011, p. 13).

2.2 Institucionalizando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde: contextualização histórica e conceitual

Neste capítulo, contextualizaremos histórica e conceitualmente as PICs enquanto terapêutica de política pública e a PNPIC enquanto política pública de saúde no Brasil. Os textos que tratam de PICs e PNPIC são teses, dissertações, livros e, na maioria, artigos. No que tange à PNPIC, em geral, foram publicados em periódicos nacionais e, poucos, em periódicos de outros países da América Latina. A maioria dessas produções versa sobre PICs e dispensam uma parte para traçar um histórico sucinto a partir de eventos apresentados de modo linear. São poucos os textos que tratam da PNPIC como foco de análise.

Tomando apenas os que tratam da PNPIC, não há um padrão de apresentação do seu histórico na literatura, pois, enquanto alguns percorrem uma sequência cronológica, outros enfatizam recortes específicos, tais como, análise dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (DEL GOBO, 2017), das atas das reuniões do CNS (SILVA, 2017; SILVA *et al.*, 2020), ou outras divisões que não correspondem especificamente à uma cronologia (TONIOL, 2015). Entretanto, devido ao montante de eventos nacionais e internacionais e das relações entre eles, bem como dos contextos em que eles se desenvolvem, todos os textos apresentam o percurso histórico a partir de divisões, seja por contexto socio-histórico-político-cultural, por eventos, por conferências nacionais, por reuniões do CNS ou por regulamentações.

Nossa opção foi a seguinte:

- primeiramente, com objetivo de contextualizar o leitor, apresentamos o contexto socio-histórico-político-cultural que atua como pano de fundo das discussões acerca das PICs no Brasil;
- em seguida, apresentamos os eventos que, geralmente, são destacados pela literatura como momentos importantes do desenvolvimento dos debates que instituíram a política, tendo como limite o ano de 2006 quando a política foi institucionalizada.

Na medida em que o foco desta tese não é analisar ou reanalisar seu percurso histórico, no capítulo 5.1 realizamos uma análise mais acurada dos momentos de elaboração e discussão do texto da política, pretendendo demonstrar que a política institucionalizada é uma versão vencedora, dentre tantas outras que foram silenciadas no processo de institucionalização. Optamos por esse caminho para que o texto não ficasse muito extenso, ao passo em que

permitisse que o leitor compreendesse os movimentos que teriam contribuído para a emergência da PNPIC em sua configuração atual.

Apenas um alerta importante sobre os movimentos históricos que mencionaremos a partir do resgate da literatura. Eles devem ser percebidos como eventos somente aparentemente singulares, pois emergem à realidade a partir de uma pluralidade de relações entre atores variados que atuam visando como a política estatal de saúde deveria ser – ou, no período em que ainda não havia política institucionalizada, como os serviços públicos de saúde deveriam ser. A diversidade com a qual a literatura vem apresentando esse histórico, com subdivisões por contexto, atos de regulação, eventos, relatórios, etc., demonstra a heterogeneidade de atores, a complexidade do emaranhado de ações desses atores e o esforço, seja dos atores envolvidos nos eventos, seja dos próprios autores dos textos, em singularizar esses movimentos.

Perseguir as ações dos atores, como já mencionamos, permite que não tomemos os eventos como degraus de um percurso íngreme e linear que nos leva ao cume, no caso, a própria PNPIC. Mas como movimentos que possibilitaram, ao mesmo tempo, restrições e possibilidades de ação, correspondendo a um processo não-linear.

A não-linearidade pode ser exemplificada, como veremos, no fato de que a acupuntura já era aplicada e reconhecida como ato profissional pelo COFFITO desde meados da década de 1980, mas ato regulatório do governo federal de 1988 (CIPLAN, 1988a) a referenciou como ato do profissional do médico – mesmo que esta terapia ainda não tivesse sido reconhecida como especialidade ou ato médico pelo CFM, o que ocorreu somente em 1992 (CFM, 1992). Outro exemplo se refere à inclusão do Termalismo/Crenoterapia como uma PIC na política, mesmo sem ter sido mencionada nas Conferências Nacionais de Saúde, eventos que são citados pela literatura como momentos importantes para a institucionalização da política, bem como são referenciadas como importantes pelo próprio texto da política.

2.2.1 O contexto

Nos países mais desenvolvidos, durante e após a consolidação de uma visão sobre os processos saúde-doença centrada na ordem biológica, formas terapêuticas não-biomédicas nunca estiveram totalmente ausentes. De acordo com Danell e Danell (2009), homeopatia e fitoterapia eram praticadas lado a lado com os profissionais médicos no século XIX. Toniol (2015) menciona que, desde essa época, no Ocidente, já havia movimentos procurando demarcar o espaço dessas práticas em relação às que privilegiavam a ordem biológica que vinha

sendo desenvolvida e tornada o melhor caminho para a compreensão e mediação dos processos saúde-doença (FOUCAULT, 1980). Esses movimentos de marcação de fronteiras se tornaram “uma ação permanente no Ocidente, que conta com o empenho do Estado, de associações médicas, de juristas, de acadêmicos e de muitos outros atores e instituições” (TONIOL, 2015, p. 39).

Nos países mais periféricos em termos econômicos e de massificação cultural, essas práticas também sempre estiveram fortemente presentes, o que é reconhecido pelos próprios documentos da OMS (WHO, 2002; 2013; 2019) e, no caso brasileiro, é reforçado pelos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, ou por programas e documentos governamentais, por exemplo (BRASIL, 1975; 1986; 2001; 2006d).

A despeito da presença contínua dessas práticas em maior ou menor grau, a literatura aponta que a procura por processos de saúde através de sistemas médicos ou terapias não-convencionais estão em crescente expansão pelo mundo (WHO, 2013; 2019; NCCIH, 2016; EUROCAM, 2020; BRASIL, 2020a)²⁷.

Embora haja muitas diferenças entre as terapias não-convencionais, Sousa e colaboradores (2012) destacam que é possível elencar algumas particularidades dessas medicinas que são importantes aspectos diferenciadores em relação à biomedicina, são elas: 1) partem de uma perspectiva holística de saúde (corpo bio-psico-socio-espiritual); 2) buscam enfatizar o equilíbrio corpo, mente e ambiente; 3) enfatizam a saúde ao invés da doença; 4) objetivam induzir que o próprio corpo busque caminhos para reestabelecer sua homeostase; e, 5) estimulam a autogestão da saúde por parte do paciente, a quem também é atribuído responsabilidade sobre sua saúde e nos processos de restabelecimento da saúde. A Organização Europeia para Medicina Alternativa e Complementar (EUROCAM, 2020) ainda acrescenta que tais terapêuticas: 6) enfatizam uma relação mais horizontal e menos hierárquica entre paciente e terapeuta; 7) propõem tratamentos individualizados; 8) percebem saúde e doença como um processo e não como polos opostos.

Desde o século XIX, os avanços da medicina Ocidental, tais como o desenvolvimento das vacinas, dos antibióticos, das técnicas cirúrgicas e de outros medicamentos, fizeram com que, “por volta da década de 1950, as pessoas estivessem acostumadas a tomar uma pílula para qualquer enfermidade” (EUROCAM, 2020, p. 10)²⁸. Essa alta expectativa, porém, tornou-se

²⁷ NCCIH – *National Center for Complementary and Integrative Health*. EUROCAM – *European for Complementary and Alternative Medicine Organization*.

²⁸ Texto original em inglês: “the late 1950’s, people were becoming accustomed to taking a pill for every ill” (EUROCAM, 2020, p. 10).

decepção quando as tecnologias biomédicas passaram a não ser tão eficientes quanto o esperado, diante das condições crônico-degenerativas que começaram a afetar cada vez mais a população a partir da segunda metade do século XX.

Além da falta de respostas para solucionar determinadas doenças, sobretudo as crônico-degenerativas – haja vista que nos países mais desenvolvidos, onde surgiram esses questionamentos, as doenças infectocontagiosas já haviam sido controladas –, Otani e Barros (2011) afirmam que a procura por tratamentos de saúde não-convencionais teria se intensificado na segunda metade do século XX. Os autores apontam que uma série de fatores influenciaram para isso, dentre os quais, a crítica acerca da hierarquia rígida entre médico e paciente – sendo aquele quem possuiria o poder, capaz de aferir diagnósticos sem fornecer informações suficientes ao paciente que, em sua condição subalterna, teria o papel de apenas receber as informações que o terapeuta julgasse ser necessário e suficiente.

No mesmo sentido, Garbois, Sodré e Dallbello-Araújo (2017) apontam que esse foi o período em que se passou a questionar a visão biológico-individual da doença, o que abriria espaço, mais tarde, para a discussão sobre como o contexto social influencia na produção, reprodução e cura de enfermidades. A percepção da doença para além de processos individuais e estritamente biológicos, segundo Minayo e Souza (1995), passou a ter mais ênfase pela Epidemiologia na década de 1970, a partir de estudos realizados por sanitaristas norte-americanos que relacionaram os impactos externos sobre os anos de vida das pessoas, sobretudo observando a alta proporção de morte entre os jovens. Foi, portanto, na segunda metade do século XX que determinantes sociais (desigualdade econômica, cultura, hábitos, escolaridade etc.) passaram a ser considerados variáveis importantes no processo saúde-doença.

Osmo e Schraiber (2015) direcionam para pouco antes, década de 1940, a gênese do questionamento sobre a eficácia da medicina convencional, resultando no surgimento da medicina preventiva que abriria caminho para valorização e incorporação de terapias não-convencionais pela medicina convencional.

É de 1943 a primeira edição do livro “O Normal e o Patológico”, do médico e filósofo francês Georges Canguilhem – obra republicada 20 anos depois. Um dos argumentos centrais da obra é que a percepção sobre saúde e doença está relacionada com a compreensão cultural que se faz delas, sendo que não é tão simples distinguir o que é normal do que é patológico em se tratando de medicina (CANGUILHEM, 1963). Michel Foucault (1980; 1989; 1990), anos depois, também contribuiu para essa mesma percepção sobre saúde, ao enfatizar como as

relações de poder são subjacentes à constituição de verdades sobre as coisas, e aponta a medicina mais como produto do social do que dos processos biológicos.

Também é preciso considerar que a década de 1960 ficou conhecida como sendo o período de descolonização, quando os países europeus desocuparam ou foram expulsos de suas últimas colônias pelo mundo. Foi um momento em que os questionamentos dos povos nativos e colonizados em relação à opressão sofrida durante os anos de colonialismo, ganharam mais espaços. Nesse período, foram disseminados os estudos chamados pós-coloniais (BHABHA, 2010; SAID, 2007; QUIJANO, 1997) que tiveram grandes impactos sobre o pensamento Ocidental. No próprio Ocidente, a insatisfação e a autorreflexão com relação à medicina convencional constituem parte de um amplo contexto de contracultura e repensar de sua própria cultura.

Visto a partir desse ponto de vista, a valorização de variadas práticas terapêuticas não-convencionais está inserida dentro de um contexto mais amplo, em que a eficácia da medicina ocidental passou a ser foco de inúmeros questionamentos. Assim, espaços foram abertos para “práticas tendentes ao naturismo”, baseados na “afirmação da força curativa da natureza e da eficácia das terapêuticas dela provenientes” (LUZ, 1996, *apud* NASCIMENTO *et al*, 2013, p. 3596).

Barros e Tesser (2008, p. 917) apontam que, ao serem dirigidos à disciplina ou ciência medicina, os questionamentos também atingiram seus operadores, os médicos. Desse modo, o questionamento da autoridade médica abriu espaço para outros profissionais de saúde terem autoridade terapêutica e para outros atores atuarem como terapeutas e, também, para “outros modelos de atenção à saúde”.

Na medida em que valoriza certos aspectos da individualidade, como a proatividade para perseguir um itinerário terapêutico próprio e a auto fabricação ou corresponsabilidade na manutenção ou produção da saúde e do bem-estar, essas terapêuticas servem bem a um tipo de ideologia sociopolítico-cultural centrada no individualismo. Essa ideologia está presente na PNPIC:

De maneira geral, toda vez que o usuário, o paciente, o doente, enfim, o destinatário da Política e beneficiário das práticas integrativas e complementares é mencionado, isto se dá num sentido que procura reforçar o autocuidado e harmonizar sua relação junto ao médico e à equipe de saúde que o atende (BULSING, 2013, p. 59).

Também, é preciso destacar que uma das justificativas para a institucionalização da política se refere ao aspecto democrático de escolha (individual) da terapêutica por parte do paciente. O excerto abaixo, embora extenso e centrado no exemplo da medicina chinesa, demonstra um resumo do contexto de apropriação dessas terapêuticas pelo Ocidente:

O desenvolvimento da medicina chinesa [no Ocidente] pode ser apresentado em três etapas. Na primeira, **durante o final dos anos 1960 e toda a década seguinte, presenciamos movimentos de contestação e ataques às estruturas sociais vigentes, concomitantes à ‘importação’ de culturas alternativas.** O Ocidente foi invadido por práticas artísticas, religiosas e terapêuticas das mais diversas culturas, que trouxeram diferentes visões de mundo e da humanidade. **Naquele momento, a medicina chinesa surgiu como mais um instrumento de transformação social e construção de uma sociedade renovada** e, como tal, enfrentou resistências por parte do status quo, tendo sido qualificada, por exemplo, como panaceia mística, superstição e charlatanismo, principalmente por médicos e instituições da área da saúde no Brasil (Nascimento, 1997) (...) A segunda etapa, mais intensa **durante a década de 1980, caracterizou-se pelo processo de mercantilização das práticas contraculturais.** Naquele momento, a medicina chinesa obteve maior aceitação no âmbito da sociedade civil, e teve início a criação de novos produtos e serviços de saúde. A ideologia contracultural perdeu sua força (...) **O terceiro passo foi extensão do segundo.** Uma vez que as práticas de saúde não mais participavam do movimento de formação de uma ‘sociedade alternativa’, **elas se submeteram aos instrumentos de regulação social e de mercado. Teve início o processo de institucionalização da medicina chinesa, mediante a formação de instituições educacionais, corporações, associações, conselhos e legislações profissionais, todos em busca de seu espaço na sociedade, incluindo demanda de reconhecimento ou mesmo inserção nos sistemas nacionais de saúde (...)** Durante o período de institucionalização, os profissionais de saúde dos países ocidentais, como médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas, mudaram sua orientação política e passaram a disputar, entre si e também com os acupunturistas, o direito de utilizar a medicina chinesa como especialização de suas práticas terapêuticas (SOUZA; LUZ, 2011, p. 156. grifo nosso).

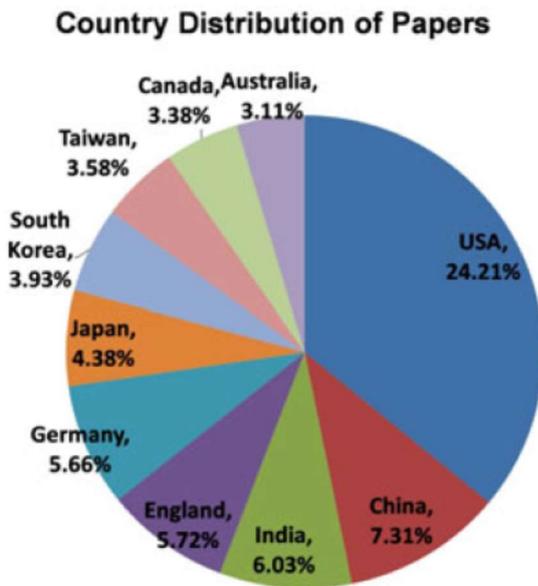
2.2.2 Bibliometria das Pesquisas

O crescimento pela busca por esses tipos de tratamentos, pelo lado dos pacientes, e a busca por outras visões sobre saúde/doença/tratamento, por parte dos profissionais de saúde (OTANI; BARROS, 2011; NASCIMENTO *et al*, 2013), incentivaram o aumento gradual de estudos na área da saúde pelo mundo. Conforme Tesser e Barros (2008), os antropólogos já vinham tentando compreender essas terapias.

Para conhecermos e compreendermos o desenvolvimento de pesquisas, um caminho a percorrer são os estudos bibliométricos. Fu e colaboradores (2011) encontraram 17.002 artigos na *Web of Science*, no período entre 1980 e 2009. No que tange às pesquisas do Brasil, diferentemente dos dados de 2020 que apresentamos na Introdução (DING; LI, 2020 – ver Figura 5), no período, o país ainda não aparecia entre os 10 principais países pesquisadores.

Trabalhando com porcentagens e não mencionando quantitativo total, a partir de dados extraídos da *Medline* de 1966 a 2007, Danell e Danell (2009) afirmaram que, no período entre 1966 e 1986, o aumento das pesquisas sobre medicina alternativa e complementar foi de 52 artigos por ano, enquanto entre 1996 e 2005, o aumento foi de 313 artigos por ano, tomando-se as pesquisas por todo o mundo. Interessante que o gráfico mostra que não há crescimento contínuo, sobretudo entre 1986 e 1992 em que houve decréscimo.

Figura 7: Distribuição de artigos publicados por países de 1980-2009



Fonte: FU e colaboradores (2011, p. 622).

Figura 8: Panorama de artigos indexados na Medline sobre terapias não-convencionais, no período de 1966 a 2007

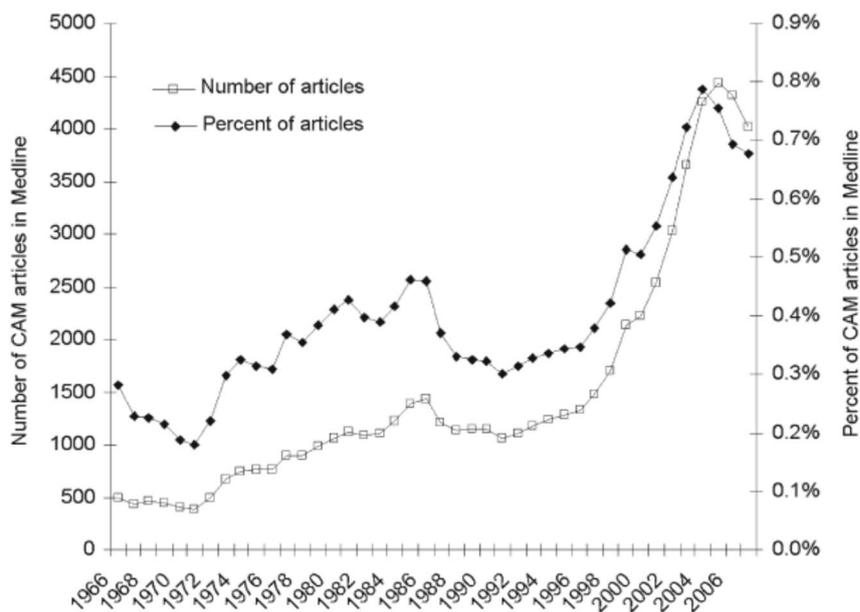


Figure 1. Articles indexed as complementary therapies in Medline during the period 1966–2007

Fonte: Danell e Danell (2009, p. 543).

Com relação ao conteúdo dessas pesquisas, os autores apontaram que houve um crescimento dos estudos clínicos na década de 1990, o que “reflete um esforço para provar/validar cientificamente e buscar aceitação do sistema médico e científico estabelecido, a fim de obter integração das terapias em medicinas alternativas e complementares nos setores públicos de saúde” (DANELL; DANELL, 2009, p. 545)²⁹.

Baseado em dados da *Web of Science*, Danell (2014) encontrou 7.573 textos sobre medicina complementar e integrativa, no período entre 2007 e 2012. Desses, 2% foram publicados em 2007, 13% em 2008, 23% em 2009, 26% em 2010, 30% em 2011 e 5% em 2012.

Sobre as pesquisas desenvolvidas no contexto brasileiro, por exemplo, Andrade e Costa (2010) apontam para uma variedade de interesses de pesquisa, tais como estudos das representações sociais sobre as práticas não-convencionais, estudos sobre experiências de inserção de rezadeiras no consultório, o uso de racionalidades não biomédicas por médicos alopatas, etc. Acrescenta-se, ainda, o conjunto de pesquisas destinadas a compreender como está sendo a integração dessas práticas não-convencionais ao sistema de saúde nacional, e aquelas que se debruçam sobre a eficácia dessas práticas nos processos terapêuticos.

2.2.3 Termos utilizados para denominar terapias não-convencionais

Segundo Otani e Barros (2011), o reconhecimento dessas práticas como práticas de saúde trouxe certa tensão ao campo da saúde, razão pela qual, no início da década de 1980, o termo “medicina complementar” passou a ser utilizado nos Estados Unidos e no Reino Unido para denotar que essas terapias estariam subordinadas, como um complemento, aditivo ao ordinário (à medicina convencional). Até então, era muito recorrente o termo “terapias não-convencionais”.

Seguindo o percurso histórico, os autores apontam que, na década de 1990, com a criação, nos Estados Unidos, do Centro Nacional para Medicina Alternativa e Complementar (*National Center for Complementary and Alternative Medicine*)³⁰, surgiu o termo “medicina alternativa e complementar”, bem como sua definição, como sendo “um conjunto de diversos produtos, práticas, sistemas médicos e cuidados em saúde que não são, atualmente, considerados como sendo próprios da medicina convencional” (OTANI; BARROS, 2011, p.

²⁹ Texto original em inglês: “reflect a general strive for scientific proof/validity (or from an antagonistic perspective; falsification) and acceptance from the scientific and medical establishment, in order to obtain integration of CAM therapies into public health sectors” (DANELL; DANELL, 2009, p. 545).

³⁰ Hoje, denominado Centro Nacional de Saúde Integrativa e Complementar (*National Center for Complementary and Integrative Health*).

1802)³¹. Além do uso complementar, portanto, também foi reconhecido o uso alternativo ao biomédico, isto é, no lugar dele.

O termo “medicina integrativa” também surgiu na década de 1990 para “descrever um novo modelo de saúde que retrate a integração dos diversos modelos terapêuticos, mais do que simplesmente opere com a lógica complementar, e que ofereça cuidado integral à saúde” (OTANI; BARROS, 2011, p. 1802). Esses são os três espaços atribuídos para tais práticas, a saber: o complementar (subalterno), o alternativo (substituto) e o integrativo (utilizado conjuntamente). Nas palavras de Barros e Tesser (2008, p. 916):

Quando essas práticas são usadas juntas com práticas da biomedicina, são chamadas complementares; quando são usadas no lugar de uma prática biomédica, consideradas alternativas; e quando são usadas conjuntamente baseadas em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade, chamadas integrativas.

Desde a década de 1990, a OMS vem denominando essas terapêuticas sob os termos Medicina Tradicional e Complementar (MTC), Medicina Alternativa e Complementar (MAC) ou Medicina Tradicional Complementar e Integrativa (MTCI), afirmando que são correspondentes (WHO, 2002; 2019). Segundo Toniol (2015), estes termos correspondem a uma diferença geográfica em que o termo “medicina tradicional” é utilizado para se referir ao contexto dos países periféricos que ainda não teriam ampla cobertura biomédica e onde ainda habitariam povos tradicionais³². Por outro lado, o termo “medicina alternativa” se refere ao contexto dos países centrais que possuem uma ampla cobertura do sistema de saúde biomédico que já seria a perspectiva de saúde dominante. O autor ainda observa que estes termos não são estanques, mas são intercambiáveis e contextuais, como a medicina chinesa que na ótica da OMS, por exemplo: no contexto da própria China é considerada como tradicional, enquanto no contexto de países Ocidentais é considerada como alternativa e complementar.

Embora o termo e o conceito MTC disseminado pela OMS tenha exercido influência mundial em razão da força política da instituição, são várias as denominações utilizadas pelo mundo (SOUSA *et al*, 2012; OTANI; BARROS, 2011). No Brasil, por exemplo, as práticas não-convencionais de saúde passaram a ser denominadas, oficialmente, práticas integrativas e complementares, termo que se difundiu pelo país com o estabelecimento da PNPIC em 2006 (LIMA; SILVA; TESSER, 2014), sendo disseminado no meio acadêmico.

³¹ Texto original em inglês: “a group of diverse medical and health care systems, practices, and products that are not presently considered to be part of conventional medicine” (OTANI; BARROS, 2011, p. 1802).

³² O autor faz uma reflexão apontando que a definição e MTC da OMS está baseada numa perspectiva de cultura congelada no tempo e no espaço.

Luz, Rosenbaum e Barros (2006) consideram o termo “integrativas”, do unitermo “práticas integrativas e complementares”, mais inclusivo em relação aos termos “natural” e “alternativo” que foram cogitados para nomear a política, conforme observado por Bulsing (2013).

Em 2006, quando a PNPIC foi institucionalizada, os termos utilizados para denominar essas terapêuticas não-convencionais eram MTC pela OMS, MAC na Europa e MAC e Medicina Integrativa nos Estados Unidos.

Desde então, os termos utilizados continuaram a se modificar pelo mundo, com reflexos por aqui. Embora a OMS ainda continue utilizando o termo MTC em publicações oficiais (WHO, 2013; 2019), mais recentemente, como já mencionamos, menciona também o unitermo “medicina tradicional, complementar e integrativa” (MTCI). Este unitermo passou a ser utilizado por organizações multilaterais regionais ligadas à OMS, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), por exemplo, que utiliza em documentos oficiais³³.

Uma das principais instituições mundiais sobre o assunto, o Centro Nacional para Saúde Integrativa e Complementar dos Estados Unidos (NCCIH), vem utilizando o termo “saúde integrativa e complementar”, conforme atesta seu “2016 *Strategic Plan. Exploring the Science of Complementary and Integrative Health*” (NCCIH, 2016). A União Europeia, por outro lado, embora reconheça a terminologia MTCI utilizada pela OMS, continua com o termo “medicina alternativa e complementar” em publicações oficiais (EUROCAM, 2020; EUROPEAN PARLIAMENT, 2017).

No Brasil, como já mencionamos, o Cabsin, um importante ator na rede de relações que envolve a PNPIC e que será mais bem detalhado no capítulo 5.6, recentemente, vem utilizando os termos “saúde integrativa e complementar”, seguindo instituições internacionais com as quais estão conectadas, e MTCI, seguindo a OPAS³⁴.

Para o contexto brasileiro, lembramos que o conceito-chave para se compreender as PICs e a PNPIC é o de racionalidade médica (BRASIL, 2006a; 2006b). De acordo com Nascimento e colaboradores (2013), o termo racionalidade médica foi empregado pela primeira vez por Madel Therezinha Luz (LUZ, 1993) no início da década de 1990, para comparar sistemas médicos existentes no Brasil. Este conceito, oriundo da sociologia e da antropologia

³³ Disponível em: <https://mtci.bvsalud.org/pt/contribuicoes-das-medicinas-tradicionais-complementares-e-integrativas-mtci-no-contexto-do-covid-19/> acesso em 05/01/2021.

³⁴ Nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), “práticas integrativas e complementares” é um termo alternativo para o descritor “terapias complementares” e em língua inglesa o descritor é “complementary therapies”. No MESH-PubMed, a busca deve usar “complementary therapies”.

da saúde, é apontado pela literatura e pela própria política, como tendo um papel central na institucionalização da PNPIC em 2006.

Em entrevista com Carmem de Simoni, primeira coordenadora nacional da PNPIC e uma das autoras do texto da política, pergunto: “Qual foi o papel dos acadêmicos para a PNPIC? Por exemplo, da Madel Luz?” Com os olhos mareados e a voz embargada Carmem diz:

[...] desculpa [enxugando lágrimas], mas sempre me emociono quando falo disso. Madel é a base conceitual da política, sem o conceito de racionalidade médica nós não teríamos conseguido nada. Porque eles [agentes do Ministério da Saúde e do CNS] exigiam e nos questionavam: “Qual é a base teórica que vocês estão usando?” E a gente respondia: “É Madel Luz, com o *conceito de racionalidades médicas*.” Sem Madel a gente não teria dado nenhum passo. (Carmem de Simoni, em entrevista concedida em maio de 2013) (TONIOL, 2015, p. 65. Grifo do autor).

Madel Luz que é uma das referências nos estudos sobre a relação entre práticas terapêuticas diversas no país e, conseqüentemente, sobre as PICs, realizando estudo comparativo entre as medicinas Ocidental, Oriental (chinesa) e indiana (ayurvédica), definiu racionalidade médica a partir de cinco dimensões, a saber:

Nosso objetivo era bem mais simples: descrever os traços fundamentais das cinco dimensões que constituem a racionalidade (doutrina médica [visão que define o que é doença, o que é tratável, etc.], morfologia humana [anatomia do corpo humano], dinâmica vital [fisiologia humana], sistema de diagnóstico, sistema de intervenção terapêutica) para cada uma das medicinas em exame, tal como ela se apresenta contemporaneamente (...). Outro traço transcultural identificado no desenrolar da pesquisa foi a existência de uma cosmologia embasando teoricamente as cinco dimensões fundamentais dos sistemas médicos, inclusive a medicina ocidental científica, cujo modelo é a física newtoniana, sobretudo nos seus aspectos mecânicos (LUZ, 1993, p. 4 e 7-8. Grifo da autora).

Outro conceito importante, atrelado ao de racionalidades médicas, criado pela autora e que nos auxilia a compreender a vasta gama de terapias não-convencionais existentes no sistema de saúde brasileiro, é o de recursos/racionalidades terapêuticos:

O que podemos verificar na tendência atual da medicina ocidental é incluir, em “seu arsenal terapêutico”, técnicas terapêuticas das medicinas orientais, como a acupuntura e moxabustão, ou a prática dos exercícios físicos de meditação ou artes marciais, ligados tanto à medicina tradicional chinesa, quanto à ayurvédica. **É verdade que essa inclusão é, na maioria das vezes, mera apropriação mecânica de aspectos terapêuticos que são parte de um sistema coerente e integrado. Verifica-se, nesse caso, uma descontextualização das racionalidades médicas orientais, com um conseqüente desprezo pelo significado filosófico e médico dessas medicinas** (LUZ, 1993, p. 25-26. Grifo nosso).

Toniol (2015) observa que, embora o conceito de racionalidade médica tenha sido o pilar conceitual da construção do conceito de práticas integrativas e complementares na política nacional, essa diferenciação entre racionalidade médica e recursos terapêuticos não foi considerada quando se observa o texto da PNPIC, o qual não discrimina quais PICs são racionalidades médicas e quais são recursos terapêuticos.

Visando desvendar o processo que instituiu as PICs, este autor reflete sobre a denominação da política a partir do próprio documento. “Práticas” teria sido inserido para escapar da disputa profissional em relação ao termo “medicina”³⁵ – consagrado como sendo próprio de quem possui formação formal para o exercício profissional em medicina – e facilitar politicamente a institucionalização da política. O termo “integrativas”, refere-se, por um lado, à integralidade dos serviços públicos de saúde, e, por outro, à forma como a PNPIC deve olhar para o paciente, isto é, de forma holística, integral. Este termo também teria contribuído para diminuir a carga esotérica que o termo holístico carrega. “Complementares” é o termo que consolida o espaço que as PICs possuem em relação ao sistema de saúde predominantemente biomédico.

Nesse sentido, o autor afirma que a PNPIC corresponde à uma política complementarista. Isso coaduna com Bulsing (2013) que apontou que a incorporação dessas práticas pelos sistemas de saúde ocidentais, embora contribua para a ampliação de possibilidades de terapias, parece corresponder mais a um neocolonialismo, haja vista que muitos elementos culturais relacionados a elas não são considerados pelo sistema médico ocidental, tal como serem submetidas à avaliação de sua eficácia pelos métodos próprios da medicina convencional que não correspondem ao método próprio dessas medicinas³⁶. Souza e Luz (2011) fazem o mesmo questionamento ao refletir sobre a incorporação da medicina chinesa pelo sistema biomédico.

Aliás, a dificuldade de classificação dessas práticas, à exemplo do que pontuamos sobre a OMS, reside no fato de que essas terapêuticas são sempre tomadas a partir da sua relação com o sistema biomédico, como já observado por Aureliano (2011), Bulsing (2013) e Toniol (2015). Na medida em que essas relações são contextuais, a classificação é fluída. Daí é que a versão de PICs emergida pela política instituída é dependente, coadjuvante, complementar. Essa percepção de incompletude ficou evidente no período de pandemia da COVID-19, pois todas as recomendações e orientações de uso feitas por agentes ou instâncias de saúde governamentais, por agentes e instituições de saúde não-governamentais, e as discussões entre profissionais e pesquisadores, tiveram essa percepção (ver capítulo 5.5).

2.2.4 Eventos

³⁵ A proposta inicial era que a PNPIC tivesse como denominação “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares”. Ver capítulo 5.1.

³⁶ Este ponto será explorado no capítulo 5.6.

Agora, pontuaremos alguns eventos que são evidenciados pela literatura como estando diretamente relacionados com a institucionalização da política.

Os primórdios da discussão sobre a importância das terapêuticas não-convencionais para os serviços de saúde, conforme a literatura, vêm da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978. Ao mencionar que as práticas terapêuticas locais contribuem nos cuidados primários de saúde, o documento final da Conferência, conhecido como Declaração Alma-Ata (1978), teria exercido influência sobre os movimentos no Brasil, sendo um dos documentos mencionado pela política:

a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, que recomendou a “formulação de políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada e exploração das possibilidades de se incorporar os detentores de conhecimento tradicional às atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhes treinamento correspondente” (BRASIL, 2005, p.4).

A reunião realizada na cidade de Alma-Ata, atual Cazaquistão, teve como pano de fundo as discussões acerca da influência de determinantes sociais sobre o processo saúde-doença, o que abriu caminho para pensar a saúde para além do controle da enfermidade (FERREIRA; BUSS, 2002). Além disso, outros dois acontecimentos foram importantes para as proposições da Declaração. O primeiro foi a abertura da China a observadores da OMS, os quais encontraram ações de “cuidados de saúde não convencionais à abordagem médica, essencialmente no ambiente rural. Estas atividades, aparentemente bem-sucedidas, tinham como pano de fundo a atenção primária de saúde, sendo suas idéias depois utilizadas e formalizadas na Declaração de Alma Ata, em 1978” (HEIDMANN *et al.*, 2006, p. 353)³⁷.

O outro evento foi o Informe Lalonde (ou Relatório Lalonde), de 1976, que

Foi o primeiro documento oficial a receber a denominação de promoção à saúde. Os fundamentos deste informe se encontravam no conceito de “campo da saúde” e introduzem os chamados “determinantes de saúde”. Este conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes da saúde: a biologia humana (genética e função humana); o ambiente (natural e social), o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e a organização dos serviços de saúde (HEIDMANN *et al.*, 2006, p. 353).

Além da influência sobre a Declaração de Alma-Ata³⁸, o conceito de determinantes da saúde foi incorporado oficialmente pela OMS em 1981, durante a “34ª Assembleia Mundial da

³⁷ Desde o início do século XX, a medicina Ocidental vem exercendo influência sobre os sistemas médicos chineses. Segundo Souza (2008), essa influência se faz presente no processo de fortalecimento da medicina chinesa clássica que passou a ocorrer a partir da década de 1950, com a Revolução Cultural. Provavelmente, os observadores identificaram a existência dessas práticas no meio rural por causa da dificuldade do sistema biomédico Ocidental em influenciar as zonas urbanas, devido a vários fatores como distância e cobertura de atenção à saúde.

³⁸ Segundo Souto e Oliveira (2016), as ideias do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (ocorrida entre 1960 e 1980) também teve influência sobre a Declaração de Alma-Ata.

Saúde, na elaboração do Sétimo Programa de Trabalho da OMS (1984 - 1989)” (FERREIRA; BUSS, 2002, p. 11).

No que tange às MTC, outros movimentos importantes ocorreram na OMS:

No final da década de 70 [1976], a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área. Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os Estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade (BRASIL, 2005, p.5).

Enquanto isso, no Brasil, ocorria o Movimento da Reforma Sanitária, cujos ápices normativos foram o capítulo específico sobre saúde na Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988) e a Lei nº 8.080 de 1990 que instituiu o SUS (BRASIL, 1990; PAIM, 2008; PAIVA; TEIXEIRA, 2014; SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Dois marcos institucionais da Reforma Sanitária foram a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, por pesquisadores da Universidade de São Paulo, e a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). A literatura aponta como principais atores da Reforma os movimentos sociais populares e dos médicos, além dos intelectuais liderados pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e pelo Cebes.

Paim (2008, p. 155) sintetiza os objetivos e as novidades trazidas pelo Movimento:

conceito de saúde, referido não apenas à assistência médica mas relacionado com todos os seus determinantes e condicionantes (trabalho, salário, alimentação, habitação, transporte, meio ambiente, entre outros); direito universal e igualitário à saúde; dever do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde; natureza pública das ações e serviços de saúde; organização das ações do Estado em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde gratuito, descentralizado para Estados e Municípios, sob controle social; subordinação do setor privado às normas do SUS, quando necessário, contratado sob as normas do direito público; diretriz de estatização progressiva; desvinculação do Sistema de Previdência Social, com financiamento autônomo, preservada a gradualidade na substituição das fontes previdenciárias; estabelecimento de pisos de gastos.

É nesse contexto que as terapias que viriam a ser tornadas PICs começaram a ter as primeiras atenções por parte do Estado brasileiro. Toniol (2015) aponta que somente a partir de 2006, com a PNPIC, o Estado passou a estabelecer ações de regulamentação mais inclusivistas, ou seja, regulamentações que abarcam um conjunto de terapêuticas. Até então, no período que abrange do final de 1970 até 2006, as regulamentações eram diferencialistas, isto é, “Nesse modelo, as normatizações incidem sobre uma única terapia, atribuindo singularidade a ela e, com efeito, distinguindo-a de outras práticas terapêuticas” (TONIOL, 2015, p. 38).

Isso é o que se vê com a fitoterapia, a homeopatia e a acupuntura, as únicas PICs que possuem um histórico de regulamentação³⁹. Enquanto as regulamentações da acupuntura e homeopatia são no sentido da aplicação profissional, as da fitoterapia variam entre regulamentações de estudo e pesquisa e de uso profissional.

Em 1979, foi criada a Associação Médica Brasileira de Homeopatia (AMBH) e, no ano seguinte, a inserção da homeopatia como especialidade médica pelo CFM (CFM, 1980). Em 1983 e 1985, o CFM emitiu resoluções definindo a carga horária para cursos de especialização em Homeopatia (CFM, 1983; 1985).

Com relação à acupuntura, no ano de 1981, o primeiro ambulatório hospitalar de acupuntura num serviço público de saúde foi instituído no Rio de Janeiro (ROCHA, s/d), sendo que quase uma década antes, em 1972, tinha sido criada a Associação Brasileira de Acupuntura, frise-se, por profissionais não-médicos, haja vista a resistência da classe médica com a prática (ROCHA *et al.* 2013). Como a prática da acupuntura ficou delegada a outros profissionais de saúde que não os médicos, o COFFITO foi a primeira entidade de classe a reconhecer a acupuntura como ação profissional em 1985 (ROCHA *et al.*, 2015; COFFITO, 1985). O CFM, em 1992, emitiu parecer reconhecendo a acupuntura como ato médico (CFM, 1992) e a reconheceu como especialidade médica em 1995 (CFM, 1995).

Quanto à fitoterapia, as ações de regulamentação tiveram origem no MS em 1981, a partir da definição dos estudos sobre plantas medicinais como um dos focos de investigação prioritária; em 1982, da instituição do Programa de Pesquisas de Plantas Mediciniais do Centro de Medicamentos do próprio Ministério (BRASIL, 2001; 2006 c), visando reconhecer a farmacologia de algumas das plantas e ervas que já eram utilizadas pela população brasileira; em 1994, da criação do Grupo de Estudos de Produtos Fitoterápicos na Secretaria de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Ministério; e, em 1995, a mesma secretaria instituiu e normatizou o registro de produtos fitoterápicos (BRASIL, 2006c; 2001). Em relação ao uso da fitoterapia, em 1991, respaldado na Resolução CIPLAN (Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação) n. 8 de 1988, o CFM reconheceu que a fitoterapia deve ser administrada sob supervisão médica (CFM, 1991).

As resoluções nº 4, 5 e 8 do CIPLAN, de 1988, são muito importantes para essas três terapêuticas porque inserem tais terapêuticas no sistema público de saúde⁴⁰. A de nº 4 se refere

³⁹ A literatura aponta que houve uma regulamentação sobre termalismo e sobre práticas de saúde mental, em 1988. Porém, não encontramos tais documentos.

⁴⁰ Como mencionado na nota anterior, autores citam que as resoluções 6 e 7 se referem à inserção de termalismo e técnicas alternativas e saúde mental. A PNPIC menciona a Resolução n.6 no histórico do termalismo no Brasil. Entretanto, como não as encontramos, não desenvolvemos uma reflexão sobre elas aqui.

à “Fixar diretrizes sobre o atendimento médico Homeopático nos serviços públicos” (CIPLAN, 1988a); a de nº 5, “Implantar a prática da Acupuntura nos Serviços Públicos Médico-Assistenciais para garantir o acesso da população a este tipo de assistência” (CIPLAN, 1988b), e a de nº 8,

Implantar a prática de Fitoterapia nos Serviços de Saúde, assim como orientar, através das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), buscarem a inclusão da Fitoterapia nas Ações Integradas de Saúde (AIS), e/ou programação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), nas Unidades Federadas, visando colaborar com a prática oficial da medicina moderna, em caráter complementar (CIPLAN; 1988c, s.p.).

Em comum, essas resoluções apontam que a responsabilidade por essas terapêuticas é dos médicos. Interessante notar que tal orientação desconsidera que acupuntura ainda não era especialidade médica e nem tinha qualquer documento do CFM a reconhecendo como ato médico – que só ocorreu em 1992. No que tange à fitoterapia, não havia qualquer documento do CFM relacionando essa terapêutica com prática médica e somente em 1991 reconheceu que o médico deveria supervisionar sua aplicação, sublinha-se, baseado na resolução CIPLAN.

Um movimento importante foi o convênio firmado, em meados da década de 1980, entre o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS⁴¹), a FIOCRUZ, a UERJ e o Instituto Hahnemanniano Brasileiro (IHB), estabelecendo ofertas de acupuntura, homeopatia e fitoterapia no serviço público de saúde no Rio de Janeiro, bem como atividades de pesquisa sobre essas práticas (LUZ, 2005). É importante frisar que foi num período em que a acupuntura estava sendo reconhecida como ato profissional pelo COFFITO, a homeopatia já era especialidade médica e a fitoterapia só tinha atos governamentais para estudos de plantas utilizadas popularmente.

Concluindo as regulamentações específicas, em 1999, o MS inseriu homeopatia e acupuntura como serviços ambulatoriais no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (BRASIL, 1999). Quanto à fitoterapia, a Anvisa emitiu duas resoluções importantes: nº 17 de 2000, regulamentando o registro de medicamentos fitoterápicos e definindo medicamento fitoterápico tradicional, e nº 48/2004 também sobre registro de medicamento fitoterápico (BRASIL, 2006c).

No âmbito dos debates, as Conferências Nacionais de Saúde são apontadas como momentos importantes para as discussões sobre PICs. A seguir, baseado em Del Gobo (2017), que estudou especificamente a presença das PICs nas Conferências que ocorreram entre 1986

⁴¹ O Inamps foi uma instituição que ofertava assistência social e médica pública ao trabalhador que contribuía formalmente com a previdência social. Esse serviço ficou obsoleto após o SUS garantir acesso à saúde universal e gratuita a toda população nacional e a instituição foi extinta em 1993.

e 2015, apresentaremos um resumo dos seus achados sobre as 8ª, 9ª, 10ª, 11ª e 12ª Conferências, abrangendo o período de 1986 a 2003, que foi a última que precedeu a emissão da portaria que instituiu a PNPIC. A tabela 1 abaixo demonstra a quantidade de deliberações e moções aprovadas durante as Conferências.

Tabela 1: Quantitativo de deliberações sobre terapias não biomédicas em Conferências Nacionais de Saúde

CONFERÊNCIA	ANO	Nº DELIBERAÇÕES MAC	Nº MOÇÕES
8ª CNS	1986	4	-
9ª CNS	1992	2	-
10ª CNS	1996	1	-
11ª CNS	2000	6	-
12ª CNS	2003	15	02
13ª CNS	2007	9	01
14ª CNS	2011	7	02
15ª CNS	2015	25	01
TOTAL	1986-2015	69	06

TABELA 1 – Quantitativo de deliberações sobre MAC/MT em Conferências Nacionais de Saúde (1986-2015).
[Organizado pelo pesquisador]

Fonte: Del Gobo (2017, p. 69).

Notemos que o aumento de deliberações na 12ª Conferência (em 2003) ocorreu num período em que já se discutia a formulação de uma política específica junto ao MS. Interessante também notar que não há um fluxo crescente de deliberações ou moções. Moções, de acordo com o autor,

É um tipo específico de proposta apresentada e submetida ao referendo de uma assembleia; em conferências de saúde são textos propositivos que devem ter a aceitação por meio de assinatura, por no mínimo, 20% dos delegados credenciados na conferência e sua aprovação é feita por referendo de mais de 50% dos delegados presentes na Plenária Final (DEL GOBO, 2017, p.75).

Outro quadro interessante elaborado pelo autor é o de terminologias utilizadas nos relatórios para se referir às terapias não-convencionais, somando 13 formas diferentes (quadro 5). O quadro 6 apresenta as PICs que foram nominalmente mencionadas. Notemos que na 8ª Conferência não menciona nenhuma prática específica, o que somente ocorreu na 9ª, quando a fitoterapia foi mencionada. Em 1996, na 10ª Conferência, além da fitoterapia, nominalmente foram citadas a acupuntura e a homeopatia. Em 2000, na 11ª, além dessas, plantas medicinais foi mencionada como separada da fitoterapia. O autor frisa que acupuntura e homeopatia foram mencionadas com respaldo de que eram especialidades reconhecidas pelo CFM. Na última

Conferência que analisaremos aqui, ocorrida em 2003, a 12ª, foram citadas nominalmente, além da anteriores, reflexologia, massoterapia e práticas tradicionais indígenas. Importante destacar que, de todas essas terapêuticas que foram mencionadas nominalmente até 2003, somente as práticas tradicionais indígenas não foram reconhecidas como PICs, haja vista que reflexologia, massoterapia e acupuntura, constituem a PIC Medicina Tradicional Chinesa.

Outro fator a ser frisado é com relação ao termo racionalidade terapêutica que surge nos relatórios da 12ª Conferência, 2003, momento em que, como mencionado, já havia grupo de trabalho instituído para elaboração da política nacional que viria a ser a PNPIC.

A 8ª Conferência, ocorrida em 1986, foi um momento de reorientação da organização do sistema público de saúde para um sistema universal, mais democrático. Nesse contexto, foram aprovadas quatro deliberações, a saber: 1) introduzir práticas alternativas de assistência à saúde, visando ao usuário possibilidade de escolha de tratamento terapêutico; 2) incluir conhecimentos de práticas alternativas nos currículos de cursos superiores de saúde; 3) incorporar os agentes populares de saúde como pessoal remunerado; 4) fomentar pesquisas para conhecimento e utilização dessas práticas.

Quatro anos mais tarde, na 9ª Conferência, em 1992, foram duas propostas deliberadas: 1) com objetivo de acesso universal do sistema único de saúde já instituído por lei, incorporar práticas alternativas, tecnologias populares e ações de promoção de saúde, visando maior acesso, equidade, resolutividade e integralidade; 2) incluir conhecimentos de fitoterapia e outras práticas alternativas de saúde nos currículos dos cursos superiores da área da saúde.

Em 1996, na 10ª Conferência, a única deliberação foi com relação à incorporação no SUS de fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando terapias alternativas e práticas populares.

A 11ª Conferência, em 2000, voltou a ter muitas deliberações.: 1) estimular práticas terapêuticas não hegemônicas como acupuntura, fitoterapia e homeopatia; 2) priorizar a implantação de práticas terapêuticas alternativas e medicamentos naturais e alternativos nas farmácias; 3) financiar pesquisas em fitoterapia; 4) fomentar práticas terapêuticas alternativas e medicamentos naturais e alternativos; 5) incorporar práticas não convencionais de terapias como acupuntura e homeopatia (especialidades médicas); 6) implementar Programa de Fitoterapia na rede pública e regularizar medicamentos fitoterápicos; 7) formar educação permanente para o pessoal de saúde em fitoterapia.

Quadro 5: Termos utilizados para nomear terapias não-convencionais em Conferências Nacionais de Saúde de 1986 a 2015

Termos utilizados para nomear terapias não-convencionais em Conferências Nacionais de Saúde de 1986 a 2015							
1986	1992	1996	2000	2003	2007	2011	2015
Práticas Alternativas de Assistência à Saúde	Práticas Alternativas	Terapias Alternativas	Práticas Terapêuticas Alternativas	Práticas Complementares e Alternativas de Saúde	Terapias Alternativas Prática Alternativas		Práticas Alternativas
		Práticas Populares	Práticas Terapêuticas não Hegemônicas	Práticas e Cuidado à Saúde Alternativas, Holísticas, Naturais e Complementares	Medicina Alternativa		Medicinas Alternativas
			Práticas não Convencionais de Terapêutica	Núcleo de Programa de Saúde Integrativa com Serviço Público	Programa de Saúde Integrativa		
			Terapias Naturais	Medicina natural	Medicina Preventiva Natural		
				Práticas Integrativas de saúde			Práticas Integrativas em Saúde
					Práticas Integrativas e Complementares	Práticas Integrativas e Complementares	Práticas Integrativas e Complementares

Fonte: Adaptado de Del Gobo (2017, p. 83).

Quadro 6: Terapias não-convencionais nominalmente mencionadas nas Conferências Nacionais de Saúde 1986 a 2015

Terapias não-convencionais nominalmente mencionadas durante as Conferências Nacionais de Saúde de 1986 a 2015							
1986	1992	1996	2000	2003	2007	2011	2015
	Fitoterapia	Fitoterapia	Fitoterapia	Fitoterapia	Fitoterapia		Fitoterapia
		Homeopatia	Homeopatia	Homeopatia	Homeopatia		Homeopatia
		Acupuntura	Acupuntura	Acupuntura	Acupuntura		Acupuntura
			Plantas Medicinas	Plantas Medicinas	Plantas Medicinas		Plantas Medicinas
					Medicina Antroposófica		Medicina Antroposófica
					Termalismo /Crenoterapia		
				Reflexologia			
				Massoterapia			Massagem
				Práticas Tradicionais Indígenas	Práticas Terapêuticas de Matriz Afro-indígena		
					Equoterapia		Equoterapia
						Terapia Comunitária	
							Osteopatia
							Arteterapia
							Musicoterapia

Fonte: Adaptado de Del Gobo (2017, p. 83).

Em 2003, dois elementos importantes foram o já mencionado Grupo de Trabalho instituído pelo MS para elaboração do que viria ser a PNPIC e a publicação das estratégias da OMS para inserção de MTC nos sistemas de saúde no ano anterior (WHO, 2002). O texto da OMS é importante porque trouxe definições de MTC e MAC, bem como estabeleceu algumas diretrizes e orientações de como os Estados membros devem proceder com relação a estas terapêuticas.

Assim, foram deliberadas, na 12ª Conferência: 1) garantir a implantação de práticas alternativas e saúde como acupuntura, fitoterapia, homeopatia, massoterapia, reflexologia e práticas tradicionais indígenas; 2) garantir acesso a medicamentos fitoterápicos e homeopáticos e acesso à informação sobre eficácia e efetividade comprovadas por meio de método de investigação científica adequados a essas racionalidades terapêuticas; 3) aumentar os medicamentos fitoterápicos nas farmácias e implantar a homeopatia; 4) normatizar e reconhecer as atividades dos facilitadores das práticas integrativas em saúde; 5) reconhecer as parteiras da Amazônia e outros atores relacionados ao parto em outras regiões; 6) fomentar educação permanente aos profissionais de saúde em fitoterapia, plantas medicinais, homeopatia, acupuntura e práticas integrativas em saúde; 7) viabilizar estudos sobre práticas consideradas holísticas, alternativas, naturais, complementares e homeopatia; 8) investir em pesquisa sobre medicamentos homeopáticos e da flora brasileira; 9) garantir “acesso à informação dos usuários acerca das novas modalidades de promoção, manutenção e recuperação da saúde desenvolvidos pelo SUS, como medicina natural, fitoterapia, práticas tradicionais indígenas, práticas complementares e alternativas de saúde (DEL GOBO, 2017, p. 75).

Os demais eventos mencionados pela literatura dizem respeito às reuniões do CNS que serão foco de análise no capítulo 5.1, a partir da teoria ator-rede e da abordagem do agenciamento.

Logo abaixo, apresentamos um quadro com os eventos aqui mencionados, adaptados, principalmente, de Bulsing (2013) e Del Gobo (2017).

Quadro 7: Cronologia dos eventos mencionados durante o capítulo que foram importantes, segundo a literatura

Ano	Documento/Evento
1972	Criação da Associação Brasileira de Acupuntura
1973-1974	Visita da OMS à China (observação positiva de práticas não biomédicas no sistema de saúde)
1976	Informe Lalonde (importância de determinantes sociais)
	OMS cria Programa de Medicina Tradicional
	Criação do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) (um dos atores da Reforma Sanitária Brasileira)

1978	Declaração de Alma-Ata, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978
1979	Criação da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva) (um dos atores da Reforma Sanitária Brasileira)
	Criação da Associação Médica Brasileira de Homeopatia
1980	Conselho Federal de Medicina reconhece homeopatia como especialidade médica
1981	34ª Assembleia Mundial de Saúde (aparece determinantes sociais), Inaugurado primeiro ambulatório de acupuntura (no RJ)
	Ministério da Saúde insere a pesquisa de plantas da flora brasileira como um dos estudos prioritários
1982	Ministério da Saúde cria o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais do Centro de Medicamentos
1983	CFM regula carga horária de cursos de especialização em homeopatia
1985	Novamente, CFM regula carga horária de cursos de especialização em homeopatia
	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional reconhece a acupuntura como ato profissional
	Convênio INAMPS, FIOCRUZ, UERJ, Instituto Hahnemanniano para inserir acupuntura, fitoterapia e homeopatia nos serviços públicos de saúde no RJ
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde (pela 1ª vez, aparecem as terapias não biomédicas)
1988	Capítulo da Saúde na Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988; criação do SUS
	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), Resoluções 4, 5 e 8/1988, fixam normas e diretrizes para o atendimento em Homeopatia, Acupuntura, Fitoterapia
1990	Lei n. 8080 e n. 8142 que regulam o SUS
1991	CFM reconhece que a fitoterapia deve ser administrada sob supervisão médica (baseado na resolução CIPLAN de 1988)
1992	CFM reconhece a acupuntura como ato médico
	9ª Conferência Nacional de Saúde (pela 1ª vez, é mencionada, nominalmente, uma terapia não biomédica: fitoterapia)
1994	ANVISA cria Grupo de Estudos de Produtos Fitoterápicos
1995	CFM reconhece a acupuntura como especialidade médica
	ANVISA institui normas para registro de produtos fitoterápicos
1996	10ª Conferência Nacional de Saúde (além de fitoterapia, acupuntura e homeopatia, também são mencionadas nominalmente)
1999	Ministério da Saúde inclui consultas médicas em acupuntura e homeopatia na tabela SIA/SUS
2000	ANVISA regula medicamentos fitoterápicos tradicionais
	11ª Conferência Nacional de Saúde (mencionada fitoterapia e plantas medicinais separadamente, além de acupuntura e homeopatia aparecem como especialidades médicas)
2003	OMS lança documento sobre estratégias para inserção de MTC (WHO, 2002) (recomendação de valorização e inserção dessas terapias no sistema de saúde)
	12ª Conferência Nacional de Saúde (1ª vez aparece termo racionalidades médicas e mencionam nominalmente: acupuntura, homeopatia, fitoterapia,

	plantas medicinais e pela 1ª vez, massoterapia, reflexologia, práticas tradicionais indígenas)
	Reunião de entidades médicas com ministro da saúde; MS institui grupo de trabalho para elaboração do que viria a ser a PNPIC
2004	ANVISA regula medicamentos fitoterápicos
2005-2006	Reuniões do Conselho Nacional de Saúde para debate sobre o texto da política; Institucionalização da política por meio de portaria (serão trabalhados no próximo capítulo)

Fonte: Adaptado de Bulsing (2013) e Del Gobo (2017).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar como a PNPIC está sendo feita pelos variados atores nos variados contextos, isto é, analisar os processos que fazem a PNPIC emergir na realidade em múltiplas versões;

3.2 Objetivos Específicos

- conhecer quais são os atores envolvidos na rede sociotécnica que envolve a PNPIC e compreender como as suas ações se entrelaçam para dar vida à essas versões;
- desvendar as múltiplas versões pelas quais a PNPIC ganha vida na realidade nos variados contextos;
- demonstrar a heterogeneidade de materiais que constituem os processos de surgimento da política e compreender os processos sincréticos que fazem emergir uma PNPIC aparentemente singular e estável;
- apresentar a PNPIC institucionalizada como um ator que influencia e é influenciado por outros atores na rede de relações e como uma versão que silenciou outras durante o processo de surgimento e que pode ser contestada;
- aplicar a teoria ator-rede e a abordagem do agenciamento na análise da PNPIC e das PICs.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Esta pesquisa se caracteriza como qualitativa, descritivo-analítica a partir de dados secundários, de caráter sócio-histórico, de abrangência geográfica específica, cuja população participante configura uma amostragem não probabilística por conveniência.

Com análise de abrangência nacional e elencando a etnografia como principal método de pesquisa e análise, partimos de uma amostragem por conveniência que está intimamente relacionada com a teoria ator-rede, a qual segue a ação dos atores que estão conectados na rede que faz emergir a PNPIC na realidade. Desse modo, os atores somente são exatamente identificados por meio da aplicação do método etnográfico. Como uma descrição densa da realidade que procura desvendar os atores, as ações que efetivam e seus significados, a etnografia nos permite seguir as ações dos atores que encontramos na rede de conexões que constituem a PNPIC, nos variados contextos (gestão, acadêmico, político, profissional etc.).

Importante mencionar que, uma vez que todas as entidades relacionadas com a PNPIC são passíveis de inclusão, somada a uma abordagem em que cada um desses atores enseja uma miríade de outros atores que o constituem, foi preciso estabelecer limites para fechar um enquadramento analítico (SHORE; WRIGHT, 2011). Por isso, optamos por incluir na análise aquelas entidades que identificamos serem as mais relevantes para a compreensão do fenômeno, a partir de 4 espaços etnográficos nos quais percebemos serem relevantes para compreender a PNPIC, a saber: 1) reconhecimento, formulação e institucionalização da política pública (nos âmbitos nacional, estaduais e municipais); 2) sua efetivação na prática (a partir do exemplo do contexto da pandemia da COVID-19); 3) regulamentação profissional (conselhos federais dos profissionais de saúde); e, 4) evidências científicas sobre sua eficácia ou falta de eficácia.

O caráter qualitativo desta tese resulta da perspectiva descritiva e analítica trazida pela etnografia, a partir de dados secundários obtidos por meio de sistemas informacionais e documentos.

4.2 Procedimentos da pesquisa

Para abordar um assunto multilocalizado como as PICs e a PNPIC seguindo seu fluxo de movimento, utilizamos dados secundários de variadas fontes de informações provenientes de diversos espaços obtidas por meio da internet, quais sejam: documentos oficiais (tais como: legislação, discursos de pessoas-chaves e instituições, entrevistas e textos de pessoas autorizadas, notas e resoluções de instituições como os conselhos federais dos profissionais de saúde, relatórios de secretarias, etc.), sites institucionais, mídias sociais, eventos (científicos ou divulgação), textos acadêmicos impressos ou digitais.

Nossa busca virtual pelos dados partiu do texto da política obtido no site do Diário Oficial da União e dos documentos disponíveis no site do MS. Seguindo este fio condutor, isto é, as ações que a política institucionalizada vem realizando quando entra em contato com outros atores, seguimos para buscas sobre as pesquisas acadêmicas na base de dados disponíveis no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), bem como nas bases de dados da *Scielo*, *Lilacs*, Biblioteca Virtual de Saúde, PUBMED, MEDLINE, *Elvesier*, etc.

Conforme novas informações foram surgindo, outros locais virtuais foram integrando o campo etnográfico, tais como, os sites do CNS, do ObservaPics, do Cabsin, da RedePics e do Instituto Questão de Ciência (IQC), por exemplo. Outro tipo de informações foi obtido dos cursos on-line disponíveis no site da Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

Diante dos acontecimentos decorrentes da pandemia de COVID-19 e das alterações que suscitou nas atividades das políticas públicas de saúde, novos espaços etnográficos se constituíram como interessantes e pertinentes para compreender a PNPIC em sua multiplicidade, tal como o www.youtube.com, por exemplo, cujos vídeos se configuram como uma das principais vias de execução da PNPIC no período (ver capítulo 5.4).

4.2.1 Implicações da etnografia simétrica, da teoria ator-rede e da abordagem do agenciamento para o tema

Nos termos até aqui apresentados, esta tese tem como objetivo analisar o modo como as PICs e a PNPIC vêm sendo feitas na realidade nacional, seguindo a ação das entidades que as constituem e seus efeitos no movimento da realidade. Desse modo, pretende-se, para além de uma nova abordagem sobre o tema, aprofundar na compreensão de como a política pública de

saúde se apresenta na realidade e como orienta, por consequência, as ações dos demais atores. A avaliação de política pública, nesse sentido, segue um caminho menos ortodoxo e que vem firmando seu espaço no campo de análise crítica de políticas públicas (*critical policy studies*) (SAVAGE, 2020; CLARKE *et al.*, 2015), desvencilhando-se de apontar frustrações, lacunas, erros, acertos ou completudes a partir de algo idealizado (institucionalizado) que deveria ter sido implementado.

Importante frisar que muitos autores já vêm desenvolvendo pesquisas de fundo comparativo, no sentido de apontar discrepâncias entre o documento institucionalizado (o texto da política) e as variadas realidades encontradas pelo país. Procurando entender as PICs e/ou a PNPIC na prática e tendo como referência uma PNPIC padrão, eles apontam, por exemplo, para pouca compreensão por parte dos gestores ou por parte dos profissionais de saúde sobre a PNPIC (THIAGO; TESSER, 2011; DALMOLIN; HEIDEMANN; FREITAG, 2019), para a pouca afinidade dos gestores com a política (SANTOS, *et al.*, 2011; SANTOS; TESSER, 2012), para a existência de práticas terapêuticas não-convencionais que não estão contempladas no documento da política (TONIOL, 2015), para dificuldades financeiras para efetivar as ações previstas (ou possibilitadas) (SOUSA; AQUINO; BEZERRA, 2017).

Ao seguir a ação dos atores envolvidos por meio da etnografia, compreendemos a característica multilocal da política pública e como essas versões localizadas estão interagindo e influenciando-se mutuamente, constituindo o que é chamado de PNPIC. O que corresponde ir para além das ações de agentes e/ou instituições governamentais. Ao tratar a política pública como estando distribuída por variados locais (MELLARD; van MEIJL, 2017), atentamos para o fato de que ela está sendo feita por instituições e pessoas que podem não ser dos setores governamentais responsáveis pela execução de políticas públicas de saúde. Com isso, ampliamos a compreensão de política pública estritamente operada por organismos e agentes do governo.

Esta tese avança nesse sentido e trata de algumas importantes instituições não-governamentais que, atualmente, estão no centro dos processos de emergência da PNPIC na realidade, tais como o Cabsin e o IQC – incluímos também o ObservaPics, ligado à FIOCRUZ.

Além das contribuições até aqui mencionadas, perceber a realidade como resultado do entrelaçamento das ações efetivadas por atores heterogêneos que dão vida às versões contextualizadas da realidade, tem a vantagem de reconhecer que PICs e PNPIC não são, cada uma delas, um único objeto singular, concreto e estável, existente por si só que direciona e organiza a conduta das pessoas.

A multiplicidade, como característica essencial da realidade, é ressaltada e demonstra o modo como os entrelaçamentos vão transformando e influenciando as ações das entidades envolvidas. Compreender as PICs e a PNPIC a partir de suas múltiplas versões é importante porque, como apontam Mellaard e van Meijl (2017) para o caso da violência doméstica, se por um lado, as versões apontam para os significados que os atores atribuem à elas, pois agem buscando fazer “como a realidade deve ser”, por outro, estas versões que emergem na realidade influenciam as ações dos atores envolvidos, influenciando, no nosso caso, dentre outros, o bem-estar do paciente, que deve ser a finalidade tanto de uma prática de saúde, quanto de uma política pública de saúde. Nas palavras de Gill, Singleton e Waterton (2017, p. 6⁴²): “Muitos analistas de políticas específicas, tanto como ‘analistas de política’, têm argumentado que política é um produto do contexto social, econômico e político, no qual é produzido, muitas vezes, reproduzindo-os”.

Portanto, esse tipo de compreensão permite análises e avaliações mais acuradas e, conseqüentemente, possibilidades de redirecionamentos mais benéficos para os envolvidos.

Desse modo, como atores de dinâmicas sociais, PNPIC e PICs são tomadas a partir das suas ações nas relações que estabelecem com os demais atores envolvidos na rede, e do modo como influenciam e sofrem influências dos demais no fluxo de relações. Assim, elas “movimentam e são movimentadas por políticas, documentos, práticas, relações heterogêneas, escritas acadêmicas, disputas de classes profissionais, dúvidas em profissionais e usuários do SUS quanto à ontologia sobre que saúde e que cuidado faz fazer” (SANTOS, 2016, p. 178).

A abordagem a partir da rede sociotécnica é interessante de ser adotada num estudo interdisciplinar como o proposto aqui, porque ultrapassa as fronteiras rígidas estabelecidas entre objeto das ciências humanas e objeto das ciências da natureza, conseqüentemente, amplia os conhecimentos dos campos de pesquisa.

Como mencionamos, a análise das PICs e da PNPIC a partir da teoria ator-rede ainda são poucas, embora essa perspectiva já venha sendo utilizada em estudos realizados no campo da saúde, conforme apontam Cavalcante e colaboradores (2017, p. 1) para o campo dos estudos em enfermagem: “No ambiente de práticas complexas onde os enfermeiros e as tecnologias da saúde operam, a Teoria Ator-Rede tem emergido como um referencial teórico-metodológico de relevante notoriedade”. Outros a têm utilizado nas análises de fenômenos ligados ao mundo da saúde ou de políticas de saúde (ROSSI; PEREIRA, 2014; ROLAND; GIANINI, 2014; NOBRE

⁴² Texto original em inglês: “Many analysts of specific policies as well as ‘policy analysts’ have argued that policy is a product of, and often re-performs, the social, economic and political context in which it is produced” (Gill; Singleton; Waterton, 2017, p. 6).

et al., 2016; SANTOS, 2016; FORNAZIN; JÓIA, 2015; MAGALHÃES; AMPARO-SANTOS, 2020).

Muito embora os estudos no campo da Saúde Coletiva venham demonstrando que as PICs não se restringem a um fenômeno estritamente técnico-científico, chamando a atenção para influências socioculturais, a maioria dos estudos dão ênfase na parte física/técnica das PICs, enfatizando os resultados alcançados, a percepção que os profissionais possuem sobre os resultados e como os resultados legitimam tal prática para ser inserida no sistema público de saúde. A maioria dos estudos, com efeito, emergem PICs como evidências, procurando justificar sua inclusão no sistema público de saúde a partir de resultados quantificáveis.

Podemos elencar, portanto, algumas contribuições que a abordagem aqui proposta traz para o estudo da saúde e da análise de políticas públicas de saúde, sobretudo no que se refere ao contexto das PICs e da PNPIC:

- reconhecer que PICs e PNPIC são múltiplas e não singulares;
- compreender que, enquanto realidades, PICs e PNPIC são resultado de ações de atores envolvidos que, conjuntamente, fazem emergir versões delas, o que contribui para a compreensão da multiplicidade das políticas públicas;
- reconstruir a rede de relações (compreendendo com maior amplitude os atores, suas ações e suas influências) que permitem a existência das PICs como práticas de saúde, bem como da PNPIC como política pública (cartografia);
- reconhecer de modo mais concreto e amplo a interdependência de vários elementos que constituem o campo prático da saúde;
- compreender de modo mais amplo e profundo que políticas públicas não são um todo coeso em um processo linear e hierárquico, mas que emergem em múltiplas versões e em múltiplos significados, por isso os desencontros entre o documento (legislação) e a prática;
- contribuir para desnaturalizar a prática médica e a prática do paciente, e as perceber como uma possibilidade dentre outras que poderiam ter sido (se os entrelaçamentos entre os atores que a constituíram ocorressem de modo diferente).

4.3 Critérios éticos

Os dados para esta pesquisa foram obtidos em locais de domínio público (legislações, literatura acadêmica, materiais técnicos, audiovisuais, etc.), grande parte disponível na rede mundial de computadores e sem contatos com pessoas. A pesquisa foi aprovada pelo “Comitê de Ética em Pesquisa” da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio do Parecer nº 3.678.367, de 01 de novembro de 2019; pelo “Colegiado de Curso” do Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio da Resolução nº 151, de 10 de maio de 2019; e, pela “Secretaria Municipal de Saúde” de Campo Grande, por meio do “Termo de Parceria para Pesquisa na Área da Saúde” e “Termo de Responsabilidade e Autorização”, ambos de 23 de abril de 2019 – ver Anexos B, C e D.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O argumento desenvolvido até aqui é o de que somente conseguimos perceber a PNPIC em seu movimento, ou seja, quando se associa a outros atores num fluxo de entrelaçamento de ações que faz emergir as realidades com as quais nos deparamos. Portanto, a PNPIC precisa de um movimento para emergir à realidade. Os capítulos que seguem se referem ao detalhamento e aprofundamento desse argumento.

Como mencionado na Introdução, os resultados e as discussões apresentados a seguir estão divididos em cinco capítulos: o 5.1 debate o processo de institucionalização da política; o 5.2 analisa as conexões da PNPIC com outras políticas de saúde do Ministério da Saúde; o 5.3 analisa a relação entre a política nacional e as políticas em PICs de estados e municípios; o 5.4 analisa como a PNPIC foi feita durante o primeiro ano da pandemia da COVID-19; o 5.5 sintetiza as características da regulamentação de terapias não-convencionais no país, destacando os conselhos federais de profissionais de saúde; o 5.6 analisa as evidências e debates científicos sobre a eficácia e a ausência de eficácia das terapias não-convencionais na rede de relações da PNPIC e das PICs.

Embora haja a divisão em capítulos, as discussões apontam para a mesma conclusão, qual seja, a de que a PNPIC é emergida na realidade a partir da ação dos atores envolvidos nos determinados contextos, sendo dependente da interação com outros atores para vir à tona na realidade, demonstrando a potencialidade da política em contribuir para a emergência de realidades plurais que poderiam não vir à tona sem ela. Nesse sentido, a política é despida de uma roupagem autossuficiente e é percebida como um ator que interage com os demais em situações concretas, tais como na clínica, na gestão, na academia, na política. Sendo um ator dentre outros, eles se influenciam mutuamente, constituindo a realidade aparente que pode ser dispositivo jurídico, especialização e mercado profissionais, recursos financeiros, objeto de pesquisa, oferta terapêutica etc.

Vale a pena lembrar que as discussões apresentadas a seguir enfatizam possibilidades de analisar a PNPIC a partir da sua potencialidade em contribuir na emergência de realidades, ao invés de tomá-la como um objeto que, em situações concretas, afasta-se ou aproxima-se do documento que lhe deu nascimento institucional. Com isso, pretendemos demonstrar a criatividade e a fluidez da política, revelando sua dependência de outros atores para emergir na realidade e poder tentar influenciar seu público-alvo.

5.1 Adentrando na rede de relações da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde

O objetivo deste capítulo é o de apresentar a PNPIC institucionalizada como uma versão que foi vencedora ao silenciar outras. Num primeiro momento, trazemos uma apresentação teórica da nossa percepção sobre a PNPIC: como uma versão vencedora que passa por processos de tradução (ressignificada) ao ser apropriada por outros atores; como sendo percebida pelos atores em versões diferentes da versão do documento (tais versões podem contestá-lo); e, como sendo um ator que influencia nas redes de relações em que está envolvida ao mesmo tempo em que é influenciada.

O segundo momento será dedicado à uma etnografia das atas das reuniões do CNS que ocorreram entre final de 2005 e início de 2006, as quais debateram sobre o texto da política. Nosso objetivo é o de analisar o processo de sincretismo que faz emergir uma política aparentemente singular e estável a partir da pasteurização da pluralidade de atores, de tipos de atores (heterogeneidade material), de ações que eles performam (visando como a política deveria ser) e de relações que estabeleceram entre si.

Posteriormente, procuraremos compreender os aspectos físicos (materialidade que emerge com a política), sociais (relações sociais – socialidade – que se estabelecem para a constituição da política) e retóricos/políticos (argumentação que faz a PNPIC e as PICs emergirem como política pública de saúde). Para tanto, utilizaremos como exemplo o reiki, reconhecido como uma das PICs em 2017 (BRASIL, 2017), e as práticas tradicionais indígenas que foram mencionadas na 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003. Práticas tradicionais indígenas, práticas terapêuticas de matriz afro-indígena e equoterapia foram as únicas terapias mencionadas nas Conferências que ocorreram antes das portarias de 2017 e 2018 – que não foram reconhecidas como PICs pela PNPIC (ver capítulo 2.2).

5.1.1 Agenciamentos e processos que instituem

Multiplicidade e possibilidades são os termos que melhor se aproximam das características da PNPIC que pretendemos destacar. Entretanto, se por um lado, não devemos perder a percepção de que o documento formalizado é uma versão da política, por outro, a versão da PNPIC como política institucionalizada por meio de documentos (portarias

ministeriais e demais dispositivos jurídico-administrativos dela decorrentes) não é simplesmente mais uma dentre as possibilidades que podem emergir dos entrelaçamentos das ações dos atores. Em primeiro lugar, porque mesmo antes de ter sido formalizada pela instância governamental, isto é, ainda durante os movimentos que antecederam maio de 2006, a versão institucionalizada sempre esteve no horizonte da ação dos atores que agiram visando como a ação governamental (política pública de saúde) “deveria ser”.

Posteriormente à emergência da versão institucionalizada, inúmeras realidades foram vislumbradas e/ou emergidas como resultado de interações entre esta e outros atores. Relembremos os exemplos já mencionados: PNPIC na versão documento interagindo com o sistema político eleitoral emerge como capital político; interagindo com políticas e/ou ações educacionais emerge como formação acadêmica; interagindo com o mundo do trabalho emerge como especialidade profissional; interagindo com gestão emerge como recursos financeiros.

Mesmo internamente à própria instância governamental, relatórios de monitoramento, por exemplo, fazem emergir uma versão de PNPIC quantificável em números de atendimentos e locais de oferta (BRASIL, 2020a), cujos dados são captados por meio de sistemas de informação de saúde que, por sua vez, foram constituídos vislumbrando que a política pública de saúde como um todo deveria ser mensurável. Isto é importante se considerarmos que uma das principais diferenças entre as terapêuticas não-convencionais e a biomedicina é que aquela teria maior interesse e foco no cuidado, na prevenção e na promoção de saúde, diferentemente da intervenção e da cura preconizada pela medicina convencional (EUROCAM, 2020; SOUSA *et al*; 2012).

Dados referentes ao cuidado, à prevenção e à promoção de saúde, até o momento, não estão sendo objeto de preocupação dos mecanismos governamentais de monitoramento e avaliação da política. A falta de movimentação em considerar esses aspectos talvez seja porque são variáveis difíceis de quantificação, uma vez que representam aspectos mais sociais relacionados à compreensão individual e coletiva acerca de bem-estar, cuidado, saúde, doença.

Como veremos, nossa etnografia também aponta que a versão institucionalizada é um dos elementos que conectam todas as demais versões que foram emergidas ou as vencidas que foram silenciadas.

Tal centralidade, vale ressaltar, não lhe garante privilégio hierárquico analítico que a faz funcionar como um padrão comparativo, isto é, seja considerada “a política” em relação às atividades executadas nas situações concretas. Isto porque sua entrada em determinado contexto, como numa unidade de atendimento de saúde, por exemplo, é devido ao agenciamento

por outro ator ou conjunto de atores que se movimentam em direção a como a oferta pública de saúde deveria ser. Somente após sua entrada na rede de relações é que ela passa a ter capacidade de influenciar as ações das outras entidades, ao passo em que, sendo um ator na rede, sua ação também está passível de ser influenciada.

Como já mencionamos, o ator nunca é o ponto de partida de uma relação ou de um fluxo de relações (MOL, 2010), pois está inserido num continuum de relações. E, uma vez inserido no fluxo de relações, participa da dinâmica dos movimentos exercendo maior ou menor influência e sendo mais ou menos influenciado. Por isso, percebemos as PICs e a PNPIC como envolvidas num fluxo de relações.

Cloatre (2018) e Cloatre e Cowan (2019) mencionam que as vantagens de se perceber a lei a partir da teoria ator-rede é conseguir percebê-la como fluída, múltipla e intrinsecamente dependente das interações com outros atores que compõem o contexto em que está agindo. Com isso, destacam a importância de desnudar a lei da potência de ordenar a realidade *de per si*, como algo onipotente, e enfatizam o caminho de pensá-la contextualmente. Esses autores apontam que é interessante perceber a lei fora do seu campo de ação direta, ou seja, para além dos tribunais ou dos espaços em que ela se destaca dentre os principais atores, e é isso que a teoria ator-rede possibilita ao seguir a ação dos atores. Basicamente, eles chamam atenção para a importância de se desenhar o que denominamos por cartografia por onde a lei se movimenta e é tornada presente. Isso se aplica inteiramente à PNPIC como dispositivo jurídico-administrativo.

É nesse sentido que conseguimos perceber a ação da PNPIC como política institucionalizada em, por exemplo, espaços acadêmicos de formação, de especialidade profissional e de pesquisas. Tomando a literatura atual, o que encontramos nesses espaços é apropriação da PNPIC pelos atores já envolvidos que, ao a agenciarem, efetuam uma tradução do seu significado. Desse modo, fazem emergir uma versão de PNPIC como orientadora de outras políticas e/ou ações governamentais (no caso, educacionais e trabalhistas) e como inserida num debate médico global influenciado pelas “regras” vigentes da medicina baseada em evidências⁴³ e/ou pelos documentos relacionados às terapias não-convencionais emitidos por organismos internacionais, tais como a OMS (WHO, 2002; 2013) que recomendam a valorização e a inserção dessas práticas no cuidado à saúde e ao bem estar das pessoas.

Mesmo no próprio espaço estatal, a apropriação da PNPIC por estados e municípios em seus respectivos dispositivos jurídicos, demonstra uma tradução da política lhe atribuindo o

⁴³ Medicina baseada em evidências será analisada no capítulo 5.6.

significado de abrir possibilidades para a inserção e o reconhecimento como PICs de práticas que não foram assim tornadas pelo MS. Exemplos são as políticas estaduais do Mato Grosso (2011), Rio Grande do Sul (2012), Espírito Santo (2013), Rio Grande do Norte (2011), da Bahia (2020), bem como municipais como de São Paulo ou Florianópolis ou de Santo Ângelo, no sul do país, cuja política municipal inseriu “a bioterapia, a bioenergética, a iridologia, a hipnose, a alfaterapia, a oligoterapia, a radiestesia, entre outras (Santo Ângelo, 2012)” (TONIOL 2015, p. 38).

Outro aspecto a ser considerado acerca de uma política é com relação à quando ela é considerada existente. Shore e Wright trazem um excelente exemplo que, embora extenso, merece ser reproduzido:

[percebendo a política como] (...) processo de tradução e contestação, podemos perguntar: quando podemos dizer que uma política existe? O estudo de um projeto de construção de um novo sistema de transporte em Paris, realizado por Bruno Latour, oferece um interessante modo de conceitualizarmos isso. Seguindo todas as fases de pesquisa e desenvolvimento, ele apontou que, a cada estágio, o projeto tinha que ser recriado com um novo grupo de experts, novos aportes financeiros e institucionais e novos apoiadores políticos. Por exemplo: quando eles tinham contornado sérios problemas de engenharia e já tinham protótipos de carros circulando pelo campo, eles pensavam que tinham um projeto viável. Mas, traduzir isto em um esquema logístico que poderia operar pelas vias e trilhos de Paris, requeria trazer novos profissionais com novos critérios e modos de ver o problema. De repente, a viabilidade do projeto teria que ser revista (...) A resposta é que política, mais do que o projeto de Latour, é um processo envolvendo inúmeros atores propondo como as pessoas devem se relacionar umas com as outras, conduzir eles mesmos e serem governados (SHORE; WRIGHT (2001, p.14)⁴⁴.

Do mesmo modo, podemos perguntar: quando a PNPIC passou a existir? Embora institucionalizada em 2006, o diagnóstico elaborado pelo próprio Ministério (BRASIL, 2006c) e a literatura apontam para a existência de terapêuticas não-convencionais no sistema público de saúde, mesmo sem que houvesse um documento institucionalizado. Não menos importante, conforme já pontuamos no capítulo anterior, já havia atendimentos de homeopatia e acupuntura institucionalizados, tanto pelo próprio governo federal (BRASIL, 1999), quanto por governos estaduais – como no Rio de Janeiro, do Espírito Santo (2011), de Minas Gerais (2009), do Distrito Federal que, desde 1993, em sua Lei Orgânica “define serem atribuições da Secretaria

⁴⁴ Texto original em inglês: “But if a policy is a narrative in a continual process of translation and contestation, we might ask when can a policy be said to exist? Bruno Latour’s study of a project to build a new transport system in Paris offers an interesting way to conceptualise this. Tracing all the phases of research and development, he found that at each stage the project had to be re-created with a new range of experts, new financial and institutional backers, and new political supporters. For example, when they had overcome serious engineering problems and had prototype yellow cars running round a field, they thought they had a viable project. But to translate this into a logistical scheme that could operate on the roads and rails of Paris required bringing in new professions with new criteria and ways of seeing the problem. Suddenly the viability of the project had to be proved once again (...) The answer is that ‘policy’, even more than Latour’s ‘project’, is a political process involving many actors all proposing how people should relate to each other, conduct themselves and be governed” (SHORE; WRIGHT, 2001, p. 14).

Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) ‘promover e fomentar práticas alternativas de diagnósticos e terapêuticas, de comprovada base científica, entre outras, a homeopatia, acupuntura e fitoterapia’” (DISTRITO FEDERAL, 2014, p. 7).

A presença dessas terapêuticas no sistema público de saúde – mesmo que antes de 1988 não fosse universal, pois não havia SUS – demonstra que a sua inserção não teve início com a institucionalização da PNPIC. Entretanto, pode-se dizer que esse tipo de terapia passou a ter mais respaldo legal a partir de um “nome”, PICs, sobretudo aquelas que foram reconhecidas pela política nacional. Como pontuado por Toniol (2015, p. 24), “é preciso muito trabalho e empenho de leis, portarias, agentes estatais e regulações para transformar uma ‘terapia alternativa/complementar’ em ‘prática integrativa e complementar’”.

É preciso mencionar que há uma complexa fronteira envolvendo a legalidade ou ilegalidade de práticas concebidas como terapêuticas, conforme pontuada por Cloatre (2018) para o contexto francês. No Brasil, essa linha não bem demarcada é evidente no fato do próprio sistema público de saúde ofertar práticas concebidas como terapêuticas antes de haver algum dispositivo legal. Esse ponto será tratado no capítulo 5.3 quando analisarmos a relação entre a política nacional e as estaduais e das capitais.

A própria política e os estudos descrevem a PNPIC como resultado de um conjunto de eventos pregressos, sem os quais dificilmente teríamos a política atualmente. Apresentando a quantidade e o detalhamento de eventos anteriores, como vimos no capítulo 2.2, estudiosos, geralmente, trazem eventos que remontam à década de 1960.

Para além de pensar esses eventos como uma sequência que culminou na PNPIC, sugerimos percebê-los como versões dentro de um fluxo de movimento que influenciaram e foram influenciadas por outros atores nas situações concretas. Cada evento, portanto, emergindo de processos de silenciamento de outras versões possíveis, nos moldes como descreveremos o momento de institucionalização da política por meio de documento em 2006.

Dois exemplos que podemos mencionar são as práticas tradicionais indígenas de saúde e o termalismo/crenoterapia. Como mencionamos há pouco, as práticas tradicionais indígenas foram mencionadas na Conferência Nacional de Saúde de 2003, a 12ª, como terapêutica a ser incentivada pelo sistema de saúde – numa ação de como o sistema deveria ser. Entretanto, foi a única das terapêuticas nominalmente citadas durante as conferências que ocorreram entre 1986 e 2003 que não foi considerada como PICs. O oposto ocorreu com o termalismo/crenoterapia, que nunca foi nominada nos relatórios finais dessas Conferências,

mas que foi reconhecida como PIC pela política nacional e somente após estar inserida na PNPIC foi mencionada Conferência de 2007 (DEL GOBO, 2017).

Esse fato demonstra que foi aventada pela conferência nacional a versão que reconhecia as práticas indígenas como PIC, mas foi silenciada mais por questões políticas do que por razões técnicas de evidências científicas, como sugeriremos mais adiante, haja vista que esta questão técnica não parece ter sido de grande importância para inserção de qualquer uma das 29 PICs.

Seguindo por este caminho, arriscamos sugerir que os eventos nacionais podem ser percebidos como a própria política em versões não institucionalizadas, embora institucionalizadas – portarias, conferência –, haja vista que o documento da PNPIC não inaugura a oferta dessas terapêuticas no sistema público de saúde, nem tampouco, após sua emissão, nas situações concretas são ofertadas apenas as PICs reconhecidas por ela.

Notemos que as Resoluções do CIPLAN que inserem fitoterapia, acupuntura e homeopatia no sistema público de saúde em 1988 (BRASIL, 1988b; 1988c; 1988d) e a Portaria nº 1.230/1999 (BRASI, 1999) que insere atendimentos em acupuntura e homeopatia no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), regulam o sistema de saúde no país inteiro. Na medida em que o levantamento elaborado pelo MS (BRASIL, 2006c) aponta que nem todos os municípios possuíam oferta desse tipo de terapêuticas em 2003, tais dispositivos regulatórios podem ser percebidos como política nacional? Tais documentos não regulam somente o que já estava em curso, mas possibilita e incentiva sua oferta onde ainda não havia, como faz a PNPIC.

Não menos importante, tomando os debates e os documentos das instâncias de discussão sobre saúde, essas terapêuticas também emergiram antes e continuam sendo emergidas após a publicação do documento.

A exemplo do estudo de Latour citado acima, dependendo do momento em que elas emergem, há graus de heterogeneidade de atores envolvidos, de complexidade das relações que estabelecem, de multiplicidade de versões que emergem no momento imediato e, posteriormente, quando interagem em outros contextos, também há graus de processos sincréticos e silenciadores que visam estabilizar a versão, escondendo a pluralidade de sua aparência.

Exemplo disso é que, após a institucionalização da PNPIC, muitos estados e cidades pelo país começaram a instituir suas próprias políticas de PICs. Nesses movimentos, podemos perceber, ao menos, três aspectos importantes para a institucionalização da política que torna mais complexa sua heterogeneidade, relacionalidade, multiplicidade e sincretismos.

Um deles diz respeito à inserção de parlamentares regionais e locais que foram envolvidos como atores. Como consequência, o segundo aspecto é que, diferentemente da política nacional que foi uma ação do executivo (portarias ministeriais), muitas das políticas locais e regionais decorreram de processos democráticos complexos, envolvendo elementos do mundo político eleitoral, tais como, os ritos próprios da institucionalização de leis e as articulações políticas com o agenciamento de partidos políticos e parlamentares nas negociações dos projetos de lei debatidos em plenárias, emergindo versões da PNPIC como capital político. Não podemos esquecer da existência de projetos de lei na câmara dos deputados propondo que a PNPIC seja tornada lei e outros projetos de lei envolvendo as PICs (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2020; 2019a; 2019b; 2019c; 2018; 2016; 2015; 2012. Ver capítulo 5.3⁴⁵).

Outro aspecto diz respeito à conexão das instituições organizadas pelos praticantes dessas terapias não-convencionais que se aproximam de candidatos e políticos eleitos em busca de apoio político para formalizarem políticas regionais e locais, algo que também foi observado na França por Cloatre (2018). Além do fato de serem capital político, essas organizações utilizam o fato da própria PNPIC estabelecer a responsabilidade dos entes federados em formalizar suas próprias políticas.

A seguir, a partir das atas das reuniões do CNS e outros referenciais bibliográficos, aplicando a teoria ator-rede e a abordagem do agenciamento, analisaremos de modo mais detalhado os movimentos que imediatamente antecederam a institucionalização da PNPIC em 2006. Com isso, pretendemos esclarecer um pouco mais nossa percepção da política institucionalizada como uma versão.

5.1.2 Etnografia das reuniões do Conselho Nacional de Saúde: heterogeneidades, relacionalidade, multiplicidade e sincretismos

O ano era o de 2006. Precisamente em 04 de maio a Portaria nº 971, assinada no dia anterior pelo Ministro da Saúde, foi publicada nas páginas 20 a 25, da Seção 1, do Diário Oficial

⁴⁵ Veremos no capítulo 5.6 que o Observatório de Políticas Públicas do Instituto Questão de Ciência (IQC) realizou uma pesquisa sobre todos os projetos que tramitaram ou estão tramitando no Congresso Nacional sobre terapias não-convencionais. Até o mês de outubro de 2022, esses projetos de lei totalizaram 283 propostas entre aprovadas, rejeitadas e ainda tramitando (Disponível em: <https://observatorio.iqc.org.br/dados/nao-rotulado/numero-de-propostas-legislativas-relacionadas-as-pics-apresentadas-por-ano/?todos> e <https://observatorio.iqc.org.br/artigos/saude/mais-de-140-projetos-ligados-as-praticas-complementares-tramitam-no-legislativo-somando-cerca-de-10-das-propostas-ligadas-ao-sus/> . Acesso em 15 nov. 2022). Além disso, uma das ações do Observatório é acompanhar e disponibilizar informações mensais sobre a movimentação desse tipo de projeto na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. Ver: <https://observatorio.iqc.org.br/>.

da União, instituindo as PICs como política pública de saúde (BRASIL, 2006d). Entretanto, contrariando as decisões aprovadas nas reuniões nº 160 e 161 de 2005 e nº 162 de 2006 do CNS, o texto publicado não fazia qualquer menção à antroposofia, gerando mal-estar entre os conselheiros e o próprio Ministério. Os ânimos se acalmaram somente dois meses depois, em 17 de julho, quando o MS emitiu a Portaria nº 1.600, criando o “Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS” e reconhecendo a antroposofia como uma PIC e inserindo-a na PNPIC (BRASIL, 2006b).

O momento de institucionalização de uma política é privilegiado porque, através dele, é possível perceber o fluxo de movimentos dos atores na constituição de um documento que faz surgir uma versão da política ao silenciar outras possibilidades, num processo sincrético de purificação das pluralidades que resulta numa aparente singularidade e racionalidade. O objetivo agora, é percorrer os movimentos de institucionalização da PNPIC por meio de um dispositivo jurídico, apresentando como as performances dos atores envolvidos fizeram emergir uma versão, dentre outras vislumbradas por parte das entidades empenhadas na elaboração de um documento.

Os eventos que analisaremos já foram tratados e mencionados por outros estudos, dentre os quais destacamos Silva (2017), Silva e colaboradores (2020), Bulsing (2013), Toniol (2015), Del Gobo (2017), cujos dados e análises contribuíram muito com nossa reflexão. Entretanto, como já mencionamos, ao utilizarmos a etnografia da teoria ator-rede e a abordagem do agenciamento, conseguimos desvendar e evidenciar a pluralidade por trás da aparente singularidade e naturalidade como a PNPIC e as PICs emergem na realidade. Desse modo, conseguimos aprofundar nas análises da política pública e realizar outros questionamentos, sobretudo, relacionados à pluralidade que a compõe, às potencialidades que ficaram pelo caminho e a como as versões que emergiram atuaram e influenciaram a ação de outras entidades.

Portanto, iremos analisar esse momento de institucionalização a partir das quatro características que seriam inerentes à realidade (LAW; SINGLETON, 2014; LAW *et al.*, 2016), relembremos: heterogeneidade, relacionalidade, multiplicidade e sincretismos, isto é, movimentos de silenciamento de concepções sobre como a PNPIC deveria ser.

Uma das razões para a nossa etnografia compreender a PNPIC como uma versão, é que, após dois meses de institucionalizada, houve a primeira alteração do dispositivo jurídico que reconheceu e estabeleceu somente quatro terapêuticas como PICs (Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia, Plantas Mediciniais e Fitoterapia e Termalismo Social/Crenoterapia),

sendo que, somente depois, num acréscimo, foi reconhecida e acrescentada a Medicina Antroposófica (BRASIL, 2006a; 2006b)⁴⁶.

Isto tem muita relevância porque, geralmente, esse fato não tem sido considerado pelo próprio órgão estatal ou pela academia. A publicação de apresentação da PNPIC elaborada pelo Ministério, ainda em 2006 (BRASIL, 2006c), apenas no último parágrafo do 1º Capítulo, destinado ao histórico e sem dar destaque, menciona a existência de duas portarias que consolidaram a política.

Quadro 8: Terapias não-Convencionais inseridas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde durante o ano de 2006

Terapias não-Convencionais inseridas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde durante o ano de 2006	
Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006 – Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (1ª Portaria)	Portaria nº 1600, de 17 de julho de 2006 – Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS) (2ª Portaria)
Medicina Chinesa	Medicina Antroposófica (Observatório de Experiências)
Homeopatia	
Plantas Medicinais e Fitoterapia	
Termalismo/Crenoterapia (Observatório de Experiências)	

Fonte: Autor (2023).

Essa percepção não é diferente na academia. Pesquisadores seguem esse mesmo caminho de purificação (extrair a pluralidade) e mencionam a existência de duas portarias como parte da história, sem muita problematização ou reflexão, e, invariavelmente, tomam como certo que as cinco terapias foram as primeiras PICs da PNPIC. A falta de problematização sobre esse fato leva a um apagamento da pluralidade existente no processo de sua constituição, desenhando uma aparência de singularidade.

Nesse sentido, tanto o Ministério quanto os estudiosos destacam que as únicas alterações teriam ocorrido apenas com as portarias de 2017 e 2018 (BRASIL, 2017; 2018), as quais reconheceram e acrescentaram mais terapêuticas como PICs. É esse tipo de aprofundamento que uma etnografia permite demonstrar ao desnaturalizar a realidade.

Nossa descrição densa, portanto, começa por desvendar algumas entidades que fazem esta realidade surgir, demonstrando a heterogeneidade de atores que atuam e que gostaríamos

⁴⁶ Embora Medicina Antroposófica e Termalismo/Crenoterapia terem sido incorporadas como “Observatório de Experiências” em 2006, a Portaria nº 702/2018 as insere plenamente como PICs (BRASIL, 2018a).

de dar destaque: MS, CNS, outras políticas públicas (imunização, fitoterapia), vírus, doenças, capital político, entidades de classe como a Associação Brasileira de Medicina Antroposófica, textos, documentos, espaços físicos, conselheiros do CNS (representantes do Ministério e demais instituições). Será a partir desses atores que demonstraremos a relacionalidade, a multiplicidade de versões que dialogam e emergem e os processos sincréticos que purificam e estabilizam uma versão como “a política”.

A Ata nº 165 da reunião que ocorreu em 11 e 12 de maio de 2006, poucos dias após a publicação da primeira portaria (em 4 de maio), informa que, questionado, o MS justificou a não menção da antroposofia na Portaria nº 971 devido a uma incerteza sobre a concordância da Medicina Antroposófica em relação aos benefícios de vacinas. Nos termos do representante do Ministério:

(...) para que não tenhamos o risco de que amanhã alguém diga “o SUS está apontando a possibilidade de um tipo de medicina que é contra uma política que sob ela não há nenhuma dúvida” e é graças a essa política (de vacinação) que nós erradicamos varíola, pólio, derrubamos os indicadores de incidência de doença, então, foi por esse questionamento (CNS, 2006b, p.7. grifo nosso).

De acordo com Silva (2017), teria havido um mal-entendido rapidamente solucionado pela Associação Brasileira de Medicina Antroposófica que emitiu documento afirmando sua posição a favor do calendário de vacinação nacional e ser a favor de tal tipo de medicalização, o que impulsionou a emissão da segunda portaria.

O receio do MS em incluir a antroposofia no rol de PICs era o de que a PNPIC poderia prejudicar a política de vacinação sobre a qual “não há nenhuma dúvida”. Ao agir sobre uma versão da PNPIC como política pública e agenciando a Política Nacional de Imunização em sua argumentação, o Ministério efetuou um sincretismo de hierarquia, isto é, estabeleceu valores para ambas as políticas, considerando a de Imunização como superior e mais importante do que a de PICs que, nesse caso, sofreu alteração unilateral.

Em pesquisa de referência na área da antropologia da saúde, Mol (2002) descreveu processos de estabilização nos processos saúde-doença – que ela denominou de coordenação e nós optamos pelo termo sincretismo⁴⁷. Tentando compreender como a aterosclerose era feita num hospital holandês, ela utilizou o caso de coordenação por hierarquia quando as versões eram conflituosas.

A autora demonstrou que a aterosclerose era emergida como reclamações do paciente na consulta clínica (por meio das ações do médico que entrevista e emite o diagnóstico e do

⁴⁷ Embora os dois termos procurem descrever o mesmo fenômeno, optamos por sincretismos porque o texto de Law e colaboradores (2016) é mais detalhado em relação a tipos e consequências no fluxo de relações.

paciente que traz as queixas e responde às perguntas feitas pelo médico) e era emergida de outra maneira pelas ações do setor de exames radiográficos (com o resultado dos exames demonstrando imagens que apontam a existência ou não de obstrução de artérias).

Quando havia conflitos entre essas versões (a aterosclerose como queixa e aterosclerose como artéria obstruída), o movimento adotado pelos médicos do Hospital Z, na Holanda, apontou que a aterosclerose da clínica se sobrepunha a do laboratório. Quando a clínica apontava para um diagnóstico com pouca reclamação e a radiografia apontava para uma obstrução arterial considerável – com indicação para cirurgia, por exemplo –, a tendência dos médicos era a de avaliar os riscos de realização e recuperação de uma cirurgia diante do bem-estar do paciente – o qual também era consultado –, tendo o diagnóstico clínico, isto é, o modo como a aterosclerose emergia na clínica, maior importância.

No caso da aterosclerose investigada por Mol, o enquadramento de discussão era o bem-estar do paciente⁴⁸, agenciando uma versão de cirurgia enquanto bem-estar para o paciente e outra versão de cirurgia enquanto atuação sobre um corpo biológico.

No nosso caso, o sincretismo hierárquico ocorre no universo da política. Para o representante do Ministério,

Na vida privada, as pessoas têm liberdade de escolher qualquer forma terapêutica que lhes pareça adequada – cromoterapia, exame de íris – há uma gama imensa hoje à disposição das pessoas. **É diferente quando o sistema público de saúde diz para as pessoas que aquilo pode, vamos dizer assim, ser usado, pelo menos, que não faça dano. Se não há debate sobre a eficácia, mas pelo menos que não cause dano** (CNS, 2006a, p.6. grifo nosso).

Agenciando uma versão da PNPIC como capital político, há o receio de haver questionamento sobre uma contradição efetuada pelo próprio Ministério e pelo governo como um todo.

Este evento deixa evidente o posicionamento do Ministério sobre o que e como a PNPIC deve ser: complementarista, para usar as palavras de Toniol (2015). Esta visão complementarista é atribuída pelo MS, inclusive, à Medicina Tradicional Chinesa, a despeito de ser considerada, pela própria PNPIC, como um sistema médico complexo e, portanto, contendo em si própria cosmologia, “doutrina médica [visão que define o que é doença, o que é tratável, etc.], morfologia humana [anatomia do corpo humano], dinâmica vital [fisiologia

⁴⁸ Para uma discussão acerca de bem-estar para o paciente ver Mol (2002, 2008). Por hora, basta entender que não se restringe ao bom funcionamento biológico do corpo.

humana], sistema de diagnóstico, sistema de intervenção terapêutica” (LUZ, 1993, p. 4)⁴⁹. Para o Ministério, a medicina biomédica continua sendo hegemônica.

A posição do Ministério de superioridade hierárquica na estrutura decisória sobre a política, por meio do seu poder de veto ou aprovação dos consensos das reuniões do CNS, também fica evidenciado nesse episódio. Por se tratar de portaria e não de lei, a política foi instituída diretamente pelo executivo e é esta instância que tem o poder da caneta.

Outros movimentos podem ser percebidos a respeito da institucionalização da política por meio dessa fala. O representante do Ministério menciona que alguma terapêutica que não tenha eficácia comprovada pode fazer parte ou ser recomendada pela política pública, desde que “Se não há debate sobre a eficácia, mas que **pelo menos não cause dano**”, ou seja, mesmo que não haja comprovação científica acerca de sua ação benéfica sobre organismo, que não prejudique o paciente.

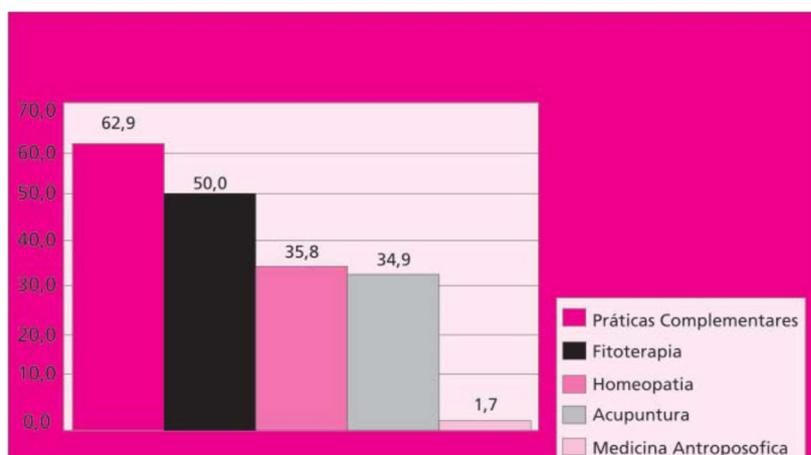
Mas não é bem assim. Se recuarmos um tanto no tempo e nos debruçarmos sobre o levantamento realizado pelo próprio Ministério, já mencionado, que visava diagnosticar “as racionalidades já contempladas no Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006c, p. 76) por meio de questionários em 2004, veremos que muitas práticas já estavam presentes, mas foram ignoradas no documento institucionalizado.

Os resultados do diagnóstico apontaram para grande presença do que foi denominado, pelo documento e pelo questionário, por “Práticas Complementares”, que incluíam: Reiki, Lian-gong, Tai-chi-chuan, Auto-massagem, Do-in, Shiatsu, Yoga, Shantala, Tui-na, Lien-chi, conforme podemos ver na figura 13.

Na medida em que, segundo o Ministério (BRASIL, 2006c), o diagnóstico-pesquisa foi relevante e utilizado como referência para a formulação da PNPIC, é interessante questionar por que o reiki, a terapêutica mais ofertada, a shantala e a ioga que surgiram nas respostas foram incluídas somente em 2017, enquanto o Termalismo Social/Crenoterapia não mencionado no diagnóstico, ao contrário, foi inserido. Se surgiram expressivamente nas respostas, isto é, já existiam no SUS, será que estas três terapêuticas estavam trazendo algum “dano” aos pacientes?

⁴⁹ O texto da política publicado no Diário Oficial da União, utiliza o termo “sistema médico complexo”, enquanto o documento de apresentação do ministério utiliza o termo “sistema médico integral” e em nota menciona que: “Compreende-se por Sistemas Médicos Complexos as abordagens do campo das PIC que possuem teorias próprias sobre o processo saúde/doença, diagnóstico e terapêutica. LUZ.T.M, Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva, São Paulo, Editora Hucitec, 2003” (BRASIL, 2006c, 10).

Figura 9: Distribuição por modalidade, em porcentagem das Práticas Integrativas e Complementares nos municípios e estados brasileiros.



Fonte: Brasil (2006c p. 79).

Figura 10: Distribuição das modalidades de Práticas Complementares nos estados e municípios brasileiros.



Fonte: Brasil (2006c, p. 79).

Aliás, o documento de apresentação da PNPIC elaborado pelo Ministério (BRASIL, 2006c, p. 4), divergindo dos resultados do diagnóstico que ele próprio elaborou e destacou, esquece do volume da presença dessas práticas na época e menciona que:

Esta política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar **experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais destacam-se aquelas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia** (grifo nosso).

O Termalismo Social/Crenoterapia nem foi mencionado no diagnóstico e sua inserção como PIC partiu de solicitação e discussão nas reuniões nº 159 e 160 do CNS que discutiram o

texto da política, nas quais “salientou a necessidade de incluir na PMNPC⁵⁰ o termalismo, que engloba a crenologia e a crenoterapia (campos da medicina que utiliza as águas minerais com fins terapêuticos), de forma a aproveitar o manancial de águas minerais do Brasil, que era o maior do mundo” (CNS, 2005a, p. 4). Desse modo, o “Relatório Final do Seminário ‘Águas Minerais do Brasil’, em outubro [de 2005], indica a constituição de projeto piloto de Termalismo Social no SUS” (CNS, 2005a, p.12) e passou a ser um dos documentos relevantes destacados no documento da política (BRASIL, 2006c, p.12; 2006a, p. 21).

Agenciando as características geográficas do país e as discussões sobre a importância da hidrografia em sua argumentação, aqueles que vislumbravam o Termalismo Social/Crenoterapia reconhecido como PIC pela PNPIC conseguiram com que não houvesse questionamentos sobre sua inserção⁵¹. Por outro lado, reiki, ioga e shantala que surgiram significativamente na rede de assistência à saúde como apontou o diagnóstico, foram ignoradas. Isso coloca em questionamento sobre o papel (a ação) dos resultados do diagnóstico para a institucionalização da PNPIC em 2006.

Outro aspecto ignorado sobre o diagnóstico é com relação à Medicina Antroposófica que surgiu ofertada timidamente nas respostas (1,7%), se comparada à oferta de Reiki naquele momento, para ter recebido destaque de sua presença na rede de atendimento, conforme excerto acima. O destaque dado à presença da antroposofia nas unidades de atendimento e sua inserção na política em relação à exclusão do reiki, parece ter se dado por dois motivos: o primeiro é que o movimento que impulsionou a institucionalização foi o encontro entre “representantes das Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e **Medicina Antroposófica**” e o MS (BRASIL, 2006c, p. 6. grifo nosso); o segundo, seria o fato de que, na época, essas outras terapêuticas possuíam poucas ou ainda recentes entidades representativas consolidadas, ao contrário das associações médicas (TONIOL, 2015; TAVARES, 2012). A Associação Brasileira de Medicina Antroposófica foi fundada em 1982.

Silva (2017) menciona que um elemento importante foi a presença de representantes das associações médicas trabalhando na Diretoria de Atenção Básica do Ministério naquela época, os quais foram os responsáveis por articular a reunião com o dirigente do órgão. A autora, apoiada por entrevistados, avança a possibilidade de que a reunião com o ministro e o impulso para definição de cronograma para elaboração de um texto da política, deve-se ao fato de serem

⁵⁰ “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares” era a denominação anterior da PNPIC que vigorava na minuta elaborada pelo Grupo de Trabalho instituído pelo MS e que foi debatida no CNS.

⁵¹ Lembramos que, geralmente, os autores mencionam a Resolução CIPLAN nº 6 ou 7 de 1988, que regulamentaria a aplicação do termalismo no sistema público de saúde, documento que não encontramos. Entretanto, tais resoluções não são mencionadas nas atas e somente o são no texto final da política.

associações médicas. Isto é totalmente coerente se considerarmos os vários movimentos anteriores que não surtiram efeitos, como os documentos de reuniões de instâncias de discussão sobre saúde que mencionaram terapias não-convencionais, a saber: Conferência Nacional de Saúde, Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação, portarias do próprio MS incluindo códigos para homeopatia e acupuntura como procedimento no SIA/SUS (SILVA, 2017; SILVA *et al.*, 2020).

Diante desse contexto, suspeitamos do papel vazio, não influenciador e apenas protocolar dos resultados do diagnóstico, haja vista que três das PICs que foram inseridas em 2006 estavam relacionadas às associações médicas (Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia e Medicina Antroposófica) que lideravam as discussões com o Ministério, uma que já constava significativamente no SUS e nas práticas populares (Plantas Medicinais e Fitoterapia) e uma que foi inserida durante as reuniões do CNS com respaldo, destaca-se, também, de argumento ambiental (Termalismo Social/Crenoterapia).

Outro ponto a se destacar sobre a fala do representante do Ministério é com relação a “se não há debate sobre eficácia”. Em meio aos debates sobre a institucionalização da política, em meados de 2005, um dos mais renomados periódicos na área médica, *The Lancet*, publicou um editorial com o título “O Fim da homeopatia”⁵² (THE LANCET, 2005. Tradução nossa), acompanhado por artigos (SHANG *et al.*, 2005; McCARTHY, 2005; VANDENBROUCKE, 2005) que apontavam para a falta de evidências científicas com relação à eficácia da homeopatia. Interessante que, a despeito da relevância do *The Lancet*, as afirmações sobre a ineficácia dessa terapia não mereceram atenção durante os debates sobre a PNPIC.

A ausência deste debate científico internacional nos debates sobre uma política específica para terapias não-convencionais, seria explicada por que a homeopatia é considerada especialidade médica pelo CFM (1995)? Seria porque uma das associações médicas que iniciaram as tratativas com o MS era a Associação Médica Homeopática Brasileira? Seria porque, conforme Tesser (2012, p. 252), um dos caminhos de legitimação de uma terapia é “uma situação social específica e que injete legitimidade social e status oficial em alguma prática/saber, relativizando, assim, exigências dos paradigmas instituídos e dos atores sociais a eles atrelados”? Neste último caso, a situação social específica decorreria do uso centenário da

⁵² Texto original em inglês: “The end of homoeopathy” (THE LANCET, 2005).

homeopatia, do fato de ser especialidade médica e da existência de cursos de especialização e residência médica disponíveis em universidades brasileiras renomadas.

Além dessa ausência de menção durante os debates sobre a institucionalização da política, é importante pontuar que a homeopatia vem sendo descredenciada de sistemas de saúde públicos em países relevantes, como na Austrália, França e Inglaterra, cujos relatórios elaborados por instituições de saúde desses países apontaram falta ou fragilidade de evidências científicas com relação à eficácia da homeopatia (FRANCE, 2019; ENGLAND, 2017; AUSTRALIAN, 2015).

Nos Estados Unidos da América, baseado em relatório elaborado pela “Federal Trade Commission”, a partir de 2016, os produtos homeopáticos passaram a informar sobre a ausência ou a pouca evidência científica sobre sua eficácia, visando alertar o consumidor (FEDERAL TRADE COMMISSION, 2016).

Entretanto, esses debates não têm influenciado a PNPIC.

Voltando as atas das reuniões do CNS, elas não mencionam que o termalismo já aparecia como uma terapia do sistema público de saúde em Resolução do CIPLAN de 1988:

Em 1988, dois anos após a histórica VIII Conferência Nacional de Saúde e ano da promulgação da Constituição Cidadã, deu-se também a primeira tentativa de normatização da oferta de PICs no sistema de saúde, por meio das resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) nºs 4, 5, 6, 7 e 8/88 (COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO, 1988), que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia (SILVA, 2017, p. 54).

A menção à resolução do CIPLAN somente aparece no texto da política, o que se deve, acreditamos, a um documento que foi entregue ao Ministério, conforme a representante do Ministério na reunião de dezembro de 2005 “Informou que a Conselheira Zilda Arns Neumann enviou documento com diretrizes sobre o termalismo” (CNS, 2005c, p. 20). Por isso, ao invés de enfatizar a resolução do CIPLAN nas discussões, consideramos mais importante destacar a força da valorização do meio ambiente e não menosprezar sua ação na argumentação, pois no âmbito da discussão de práticas terapêuticas com características holísticas, não somente o ser humano, mas também o seu entorno tem muita relevância. É nesse sentido que os aspectos ambientais brasileiros tiveram impacto sobre a emergência de uma terapêutica que até então não figurava como possibilidade de ser reconhecida como PIC.

Segundo Silva (2017), outro elemento interessante e que não deve ser desconsiderado é que o Ministro da Saúde à época, Humberto Costa, teria estado à frente da Secretaria Municipal de Saúde de Recife durante a inserção de serviço especializado de terapias não-convencionais.

Gostaríamos de acrescentar mais um elemento que parece ter influenciado a institucionalização de uma política para esses tipos de terapias. No final do século XX e início do XXI, o país teve importante e crescente aproximação com a Organização das Nações Unidas (ONU). Destacamos ao menos três movimentos que permitem aventar a hipótese de que a PNPIC foi também impulsionada por esse processo de aproximação com o sistema ONU. O primeiro, diretamente relacionado à PNPIC, é que a inserção dessas terapêuticas nos sistemas de saúde nacionais é recomendação da OMS, mencionada pelo próprio texto da política. O segundo é que a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho, que trata sobre direitos de povos tradicionais, que data de 1989, somente foi inserida no sistema jurídico do país em 2004 após a aprovação pelo Congresso Nacional que resultou no Decreto nº 5.051 de 2004⁵³. O outro movimento, e que foge muito do *modus operandi* de legislações nacionais, é a publicação da PNPIC nos idiomas inglês, espanhol e mandarim (BRASIL 2008; 2008; 2008), num movimento de publicização global da política, fato observado por Toniol (2015)⁵⁴.

Até aqui, esperamos que tenha ficado claro:

- a heterogeneidade de entidades que compuseram a institucionalização da PNPIC, tanto alguns dos principais, quanto de outros que foram agenciados e passaram a compor a rede de relações, tais como a Política Nacional de Imunização, o próprio Termalismo Social/Crenoterapia, a geografia brasileira, a importância da hidrografia;

- a relacionalidade entre eles, a partir das ações que cada um efetivou, seja no veto do Ministério à antroposofia e sua demonstração de poder hierárquico, o questionamento do CNS sobre o veto, o movimento da Associação Médica Brasileira de Antroposofia agenciando a política de imunização e se colocando em posição decisória inferior, a força da valorização do meio ambiente para as PICs;

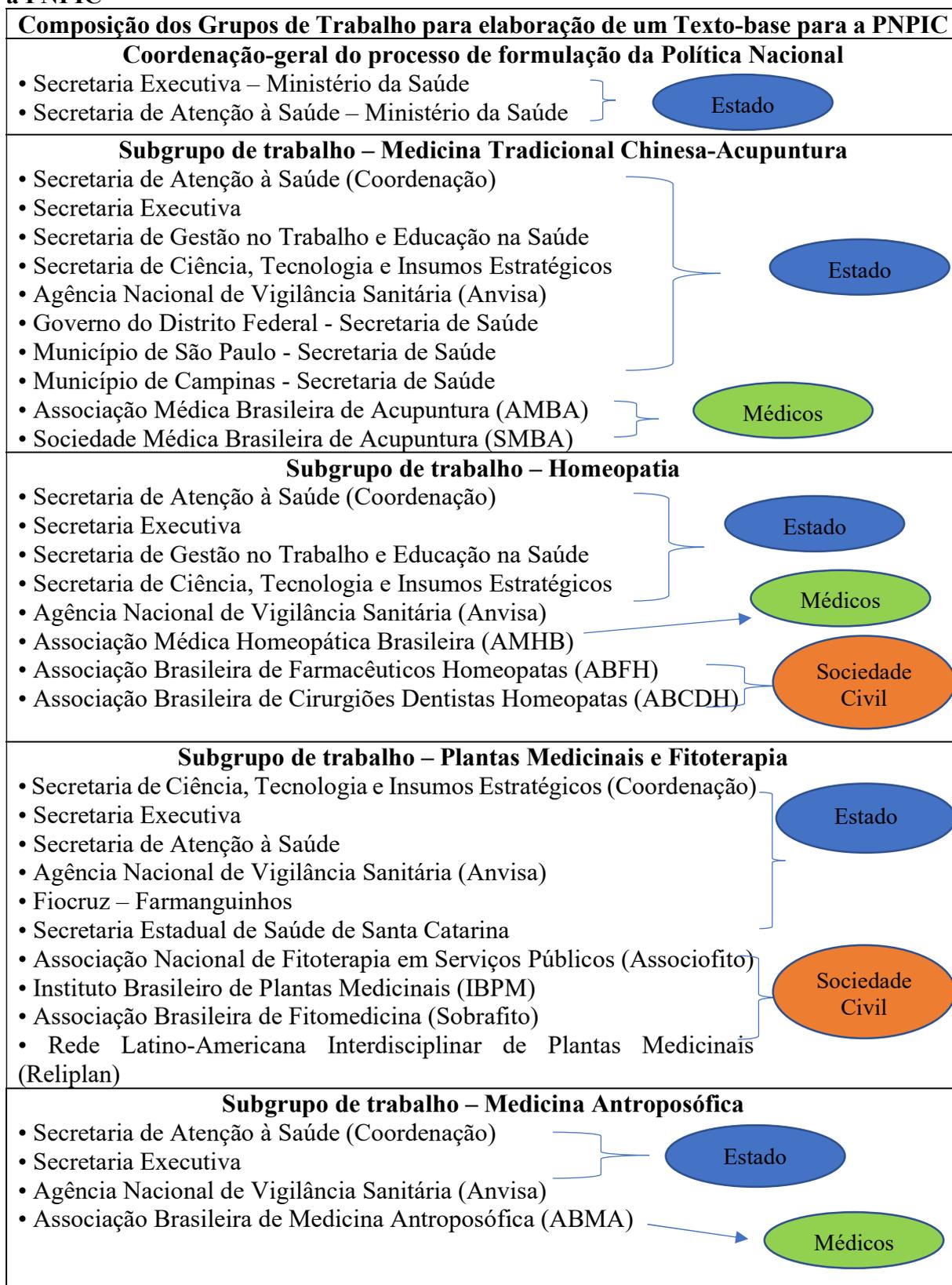
- a multiplicidade de versões que emergiram e se relacionaram, tais como a PNPIC como política pública e capital político pelo Ministério; a antroposofia como PICs e como terapêutica que pode ser utilizada pela população porque não causaria dano, mas não como contestadora de outras políticas públicas sustentadas pelo Estado; o reiki, a ioga e a shantala como práticas complementares no diagnóstico, mas não como PICs; o diagnóstico como documento sem influência, mas com destaque no documento da política; o Termalismo Social/Crenoterapia como PICs.

⁵³ O decreto foi revogado pelo de nº 10.088, de 2019 que consolida os atos normativos referentes à Organização Internacional do Trabalho.

⁵⁴ Em geral, os documentos da OMS são publicados em árabe, espanhol, francês, inglês, mandarim e russo.

5.1.3 Denominação da Política

Quadro 9: Composição dos Grupos de Trabalho para elaboração de um Texto-base para a PNPIC



Fonte: Adaptado de Brasil (2006, p. 7-9).

Vejam, agora, o silenciamento das concepções de como a PNPIC deveria ser como consequência da emergência de uma versão percebida como singular, embora, como já mencionado, não livre de questionamentos quando apropriada nos variados espaços pelos variados atores.

Apesar de até aqui já demonstrarmos processos de silenciamento, gostaríamos de dar destaque para um ponto ainda não tratado, mas de extrema relevância, a saber: a discussão sobre se a política deveria ser médico-centrada ou multiprofissional.

A discussão acalorada sobre a denominação da própria política, e que já foi tratada por outros pesquisadores, é um ótimo exemplo. Inicialmente, a política tinha a denominação “Política Nacional de **Medicina** Natural e Práticas Complementares (PNMNPC)”, e gostaríamos de destacar as discussões em torno do termo “medicina”, o qual, segundo argumentações, restringia a política à atuação dos profissionais médicos. Embora a técnica do MS afirmasse que PNMNPC se tratava de um termo técnico e que poderia ser discutido (CNS, 2005a), acreditamos que o emprego do termo era consequência natural e expressão da influência das associações médicas que estavam à frente das relações com o MS. A hegemonia das associações médicas, demonstradas pela composição dos subgrupos de trabalho para elaboração da minuta da política (Quadro 9), foi abalada quando a discussão desse texto chegou para apreciação dos conselheiros do CNS.

Diferentemente, a composição do CNS envolve representantes de várias entidades, ampliando assim a gama de entidades diretamente envolvidas com a elaboração do texto, reduzindo os profissionais médicos a poucos representantes (Grupo II-C, quadro 10).

Quadro 10: Composição do Conselho Nacional de Saúde em 2006, de acordo com as Portarias nº 2257/2003 e s/nº/2004

Composição do Conselho Nacional de Saúde na Época da Institucionalização da Política em 2006, de acordo com as Portarias nº 2257/2003 e s/nº/2004 (BRASIL, 2003; 2004)	
	a) Entidades Nacionais de Portadores de Patologias e Deficiências:
	- Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas por Hanseníases – MORHAN;
	- Federação Brasileira de Hemofilia - FBH;
	- Sociedade Brasileira de Ostomizados - SBO;
	- Federação Nacional de Associação de Diabéticos - FENAD;
	- Associação Franco Baságlia - AFB;
	- Federação Brasileira de Hemofilia – FBH;
	- Entidade Nacional de Patologias e Deficiências - ONEDEF;

I – Representantes dos Usuários

- Federação Nacional das Associações de Pais Amigos dos Excepcionais – FENAPAES;
- Organizações não Governamentais - ONG/AIDS;
- União dos Cegos do Brasil - UCB;
- Associação Brasileira de Acessibilidade - ABRA;
- Federação Nacional de Associação de Diabéticos - FENAD;
- Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil - FARBRA;
- Associação dos Celíacos do Brasil – ACELBRA;
- Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi - FENASP;
- Associação Brasileira das Associações de Síndrome de Down - ABASD;
- Associação Brasileira de Alzheimer - ABRAZ;

b) Confederações Nacionais de Entidades Religiosas:

- Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB;

c) Centrais Sindicais:

- Central Única dos Trabalhadores – CUT;
- Força Sindical;

d) Entidades Nacionais de Aposentados e Pensionistas:

- Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas – COBAP;

e) Entidades Nacionais de Trabalhadores Rurais:

- Confederação Nacional dos Trabalhadores de Agricultura – CONTAG;

f) Entidades Nacionais de Associação de Moradores e Movimentos Comunitários:

- Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM;

g) Entidades Nacionais de Empresários da Indústria:

- Confederação Nacional da Indústria – CNI;

h) Entidades Nacionais de Empresários do Comércio:

- Confederação Nacional do Comércio – CNC;

i) Entidades Nacionais de Empresários da Agricultura:

- Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil – CNA;

j) Sociedades Nacionais para Pesquisa Científica:

- Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Pública – ABRASCO;

l) Entidades Nacionais de Organizações Indígenas:

- União das Nações Indígenas - UNI/Acre;
- Conselho Estadual dos Povos Indígenas/SC - CEPIN;
- Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo- APOINME;

m) Entidades Nacionais de Movimentos Organizados de Mulheres em Saúde:

- Rede Feminista de Saúde

n) Movimentos Nacionais Populares (Portaria s/nº/2004):

- Movimentos Populares de Saúde;
- Movimento dos Sem Terra;
- Central de Movimentos Populares

a) Entidades Nacionais de Trabalhadores da Saúde:

- Federação Nacional dos Farmacêuticos - FENAFAR;

<p>II - Representantes dos trabalhadores em saúde:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Federação Nacional de Enfermagem – FNE; - Conselho Federal de Odontologia – CFO; - Conselho Federal de Serviço Social - CFSS; - Conselho Federal de Biologia - CFBIO; - Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CNTSS; - Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN; - Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN; - Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN; - Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO; - Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa; - Conselho Federal de Psicologia; - Conselho Federal de Nutricionistas – CFN; - Federação Interestadual dos Odontologistas <p>b) Comunidade Científica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pessoa física (William Saad Hossne) <p>c) Entidade Nacional dos Representantes dos Médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Federação Nacional dos Médicos - FENAM; - Conselho Federal de Medicina; - Associação Médica Brasileira – AMB;
<p>III - Representantes dos gestores e prestadores de serviços de saúde</p>	<p>a) Gestores Federais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Saúde; - Ministério da Educação; - Ministério da Previdência Social; - Ministério do Trabalho e Emprego; - Ministério da Assistência Social; - Ministério do Meio Ambiente; - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; - Ministério da Ciência e Tecnologia; - Ministério das Cidades; - Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; - Ministério do Esporte; - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; - Secretaria Especial de Políticas para Igualdade Racial Um representante; <p>b) Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS</p> <p>c) Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS:</p> <p>d) Prestadores de Serviços de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Federação Nacional de Seguros Privados de Capitalização - FENASEG; - Federação Brasileira de Hospitais - FBH; - Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE; - Confederação das Santas Casas de Misericórdia Hospitais e Entidades Filantrópicas; - Confederação Nacional da Saúde; - UNIMED

Médicos

Após algumas discussões e propostas, não somente o termo “medicina” foi excluído, mas a denominação da política sofreu alteração drástica, tornando-se PNPIC, considerada mais inclusiva em relação aos demais profissionais de saúde e mais de acordo com a realidade concreta do SUS.

Os debates acerca da definição do profissional adequado para atuar na PNPIC, perpassaram outros pontos, expressões e termos utilizados no documento. A expressão “conforme legislação vigente” foi substituída de todo o documento, pois “o Fórum [Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores na Área da Saúde – FENTAS] solicitou a supressão do trecho ‘de acordo com a legislação vigente’, porque a legislação vigente centrava-se apenas nos médicos, desconsiderando as demais profissões da saúde” (CNS, 2005c, p.20).

Ainda, o termo “médico” foi substituído em muitas ocasiões por um mais abrangente como “profissionais de saúde” ou “multiprofissional”, por exemplo, também no sentido de abranger a todos os profissionais de saúde que atuam no SUS.

Esses movimentos demonstram como uma versão de política institucionalizada centrada no profissional médico, foi perdendo espaço e sendo silenciada em favor de uma versão profissionalmente mais abrangente.

Um exemplo emblemático é o termo médico em relação à acupuntura. A Associação Brasileira de Acupuntura solicitou alteração do termo alegando que não se poderia restringir a prática da acupuntura aos médicos e, acusou-os de quererem garantir reserva de mercado (CNS, 2005b; SILVA, 2017). Outra conselheira “acrescentou que a odontologia, segundo o Decreto Lei de sua criação, poderia utilizar-se de práticas complementares como por exemplo a acupuntura e a fitoterapia” (CNS, 2005b, p. 4). Entre outros argumentos utilizados houve, inclusive, o de “que o Conselho Federal de Medicina, no processo consulta nº 1.588-28/85, afirmou que a acupuntura não era uma especialidade médica” (CNS, 2005b, p. 3).

Fica evidente que o título da política estava diretamente relacionado com os profissionais que atuariam nela.

Lembremos que a PNPIC é um ator numa rede de relações e, como tal, influencia e é influenciada em sua relação com os demais. Assim, a versão de PNPIC multiprofissional atuou restringindo e, ao mesmo tempo, abrindo possibilidades de ações das outras entidades. Nesse sentido, embora vencidos na formulação do documento da PNPIC, como já mencionado por muitos estudos, após a institucionalização da política, associações médicas impetraram

processos judiciais, em instâncias estaduais e federais, tentando impedir que profissionais não médicos executassem atividades de acupuntura.

Enquanto a versão multiprofissional da política restringiu a ação dos médicos no sentido de silenciar uma versão médico-centrada, ao ser formulada como dispositivo jurídico, possibilitou, dentre outros, o caminho judicial.

5.2 A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS AÇÕES E POLÍTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Um ator numa rede de relações pode inibir ou proporcionar possibilidades de ação de outros atores, num movimento contínuo de fazer emergir realidades. A etnografia que segue as ações da PNPIC, tomando-a como um fio condutor que conecta outras entidades, permite perceber como suas ações vêm contribuindo para o fortalecimento ou para o fomento de realidades que seriam distintas ou nem existiriam sem sua influência, bem como perceber os agenciamentos de novos atores na constituição das novas realidades. Ao mesmo tempo, é possível perceber as múltiplas versões pelas quais a política vem sendo manifestada devido ao entrelaçamento das ações dos atores.

Os capítulos que seguem tratam de como a PNPIC vem contribuindo para a emergência de realidades previstas pelo documento que a institucionalizou, tais como emergência de mecanismos de monitoramento/avaliação e especialidades profissionais. Também, procura desvendar como a política vem contribuindo para a emergência de realidades não previstas pelo documento, as quais emergem na mesma medida em que a política é apropriada pelos atores nos variados contextos, tais como inclusão pelas políticas locais e regionais de terapêuticas não reconhecidas como PICs pela PNPIC ou disputas judiciais envolvendo categorias profissionais.

Para tanto, apontaremos algumas realidades que o documento da política prevê influenciar, evidenciando como ela vem influenciando e como novos atores vão sendo agenciados para constituírem essas realidades. Na medida em que a política não é autoexecutável, é preciso não se esquecer de que a sua performance – que inclui influenciar a partir de suas ações e ser influenciada pelas ações de outros – se deve à sua característica de estar disponível para ser agenciada por outros atores que a agenciam e se apropriam dela, atribuindo-lhe significados até certo ponto arbitrários – previstos ou não –, e à sua capacidade de influenciar outras entidades em determinados contextos – previstos ou não. Por isso, não são todas as realidades previstas no documento que emergem como previsto.

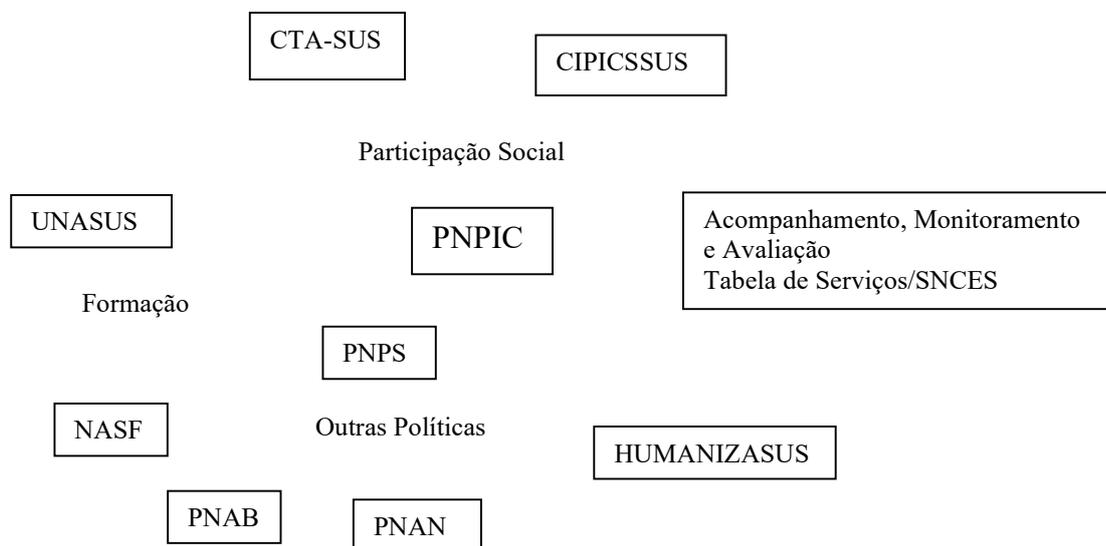
Essas realidades, como veremos, não se restringem a espaços externos ao governo federal, mas também dizem respeito às ações praticadas pelo próprio governo federal, tais como a Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013 e 2019, ou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), do MS entre 2013 e 2014, os quais, cada qual a seu tempo e a seu

modo, incluíram questionamentos sobre o uso e a oferta de terapêuticas que, até então, não eram ou não são reconhecidas pela PNPIC.

Nosso intuito não é o de esgotar todas as associações que contribuem para a capilaridade da PNPIC, mas analisar algumas dessas associações em relação ao documento da política e às realidades emergentes. Nesse sentido, este capítulo tem a função de apresentar como o documento da política prevê associações que vêm ocorrendo com outras políticas e ações do governo federal e se esta influência está ou não ocorrendo.

Por meio da etnografia que segue as ações da política institucionalizada, novos atores vão sendo desvendados e é possível compreender melhor como esses emaranhados de práticas vão fazendo emergir as versões da PNPIC.

Figura 11: Capilarização da PNPIC nas ações do Ministério da Saúde



Fonte: Autor (2023).

5.2.1 O documento da política e sua propensão em influenciar realidades

Publicado como Portaria nº 971 de 2006 (BRASIL, 2006a), o texto da política continua sendo o mesmo, pois, as três alterações efetuadas até o momento tiveram como objetivo somente reconhecer mais terapêuticas como PICs (BRASIL, 2006b, 2017, 2018).

Com relação às duas últimas alterações, um ponto salta aos olhos: se os resultados da PMAQ-2013/2014 serviu como justificativa para inclusão de terapêuticas que já estavam sendo ofertadas em unidades de saúde pública por estados e municípios, mas ainda não eram reconhecidas pela política nacional, resta saber por que 14 dessas terapias foram reconhecidas

em 2017 enquanto outras 10 somente um ano depois? Haja vista que a mesma pesquisa fundamentou o reconhecimento dessas 24 novas PICs, não seria mais coerente inserir todas de uma vez? Uma pesquisa mais aprofundada poderia demonstrar como o PMAQ foi apropriado pelos atores envolvidos.

A análise do documento da política de 2006 (BRASIL, 2006a) mostra que ele está dividido em texto principal e anexos. Entretanto, propomos dividi-lo em três partes, conforme segue:

a) A primeira parte, com características de documento jurídico, inicia com preâmbulo, seguido de “considerandos” e de artigos propriamente ditos.

No que tange aos “considerandos”, incluem o embasamento legal agenciando o conceito de integralidade do SUS estabelecido no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a lei de regulação do SUS em seu “art. 3º da Lei nº 8.080/90, que diz respeito às ações destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, como fatores determinantes e condicionantes da saúde” (BRASIL, 2006a, p. 20).

Além do embasamento legal, os “considerandos” apresentam as justificativas históricas, sociais, políticas e culturais, destacando o estímulo da OMS para inserir esse tipo de terapêuticas nos sistemas de saúde nacionais, além da menção às “Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” [que] preconiza[m] o desenvolvimento de políticas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso” (BRASIL, 2006a, p. 20) a tais terapêuticas.

Apresenta ainda um resumo sucinto sobre as quatro terapêuticas reconhecidas como PICs (Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e Termalismo Social/Crenoterapia) mencionando “que a melhoria dos serviços, o aumento da resolutividade e o incremento de diferentes abordagens configuram, assim, prioridade do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS e, por conseguinte, aumentando o acesso” (BRASIL, 2006a, p. 20).

Em seguida, nos três artigos que compõem o documento há a aprovação da PNPIC, recomendando estados e municípios que instituem ações regionais e locais, definindo que todos os setores do “Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da Política ora aprovada, devam promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas” (BRASIL, 2006a, p. 20).

b) A segunda parte, corresponde ao item um do anexo único e é um texto introdutório que contextualiza as PICs no âmbito nacional e mundial, além de conceituá-las como sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, nos moldes de Luz (1994).

É dado destaque às quatro PICs reconhecidas pela política, elencando um rol de documentos que incluem dispositivos jurídicos e administrativos, relatórios de eventos importantes na área de ações de saúde ou não, visando demonstrar que a política tinha base em acontecimentos pretéritos e representaria avanço e continuidade. Explica mais detalhadamente cada uma das PICs em termos de conceitos, compreensão do processo saúde-doença, histórico nacional, relação com categorias profissionais, formação técnica ou acadêmica e presença no SUS.

c) A terceira e última parte do documento, refere-se aos itens 2, 3, 4 e 5 do anexo único, quais sejam: objetivos, diretrizes, implantação das diretrizes para cada uma das PICs e, por fim, responsabilidades de cada ente federado (união, estados e municípios).

Segundo o documento, são quatro os objetivos da política:

2.1 Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

2.2 Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

2.3 Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.

2.4 Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (BRASIL, 2006a, p. 22).

Foram definidas 11 Diretrizes gerais da política, das quais grifamos aquelas que terão destaque neste trabalho:

- 1) Incentivo à inserção de PICs em todos os níveis de atenção à saúde, especialmente na atenção básica; **o caráter multiprofissional de atuação, respeitando os variados níveis e os profissionais que atuam no SUS**; fortalecimento e implementação de ações já em execução; criação e mecanismos de financiamento; **elaboração de normativas; articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e outras políticas no Ministério**;
- 2) **Desenvolvimento de estratégias de formação técnica em acordo com os princípios da Educação Permanente**;

- 3) Divulgação de informações para profissionais, gestores e pacientes, considerando abordagens mais apropriadas, como metodologias participativas, cartilhas etc., ou abordagens inovadoras que incluam “diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação” (BRASIL, 2006a, p. 22); apoio técnico e financeiro para profissionais que atuem com ações de comunicação nos programas de Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde; inclusão de PICs na agenda de comunicação social do SUS; e, identificação e apoio à ações de comunicação popular em saúde já existentes;
- 4) **Estímulo às ações intersetoriais para a execução as ações;**
- 5) **Fortalecer a participação social;**
- 6) Possibilitar acesso à medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, seguindo critérios sanitários; elaborar a Relação Nacional de Plantas Medicinais e a Relação Nacional de Fitoterápicos; promover o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos; seguir critérios de segurança, qualidade, eficácia e eficiência e as boas práticas de manipulação de acordo com a legislação vigente;
- 7) Garantir insumos necessários ao desenvolvimento das PICs;
- 8) “Incentivo à pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados” (BRASIL, 2006a, p.22);
- 9) **Prover instrumentos de monitoramento e avaliação;**
- 10) Promover cooperação nacional e internacional em PICs, visando experiências práticas, pesquisas e formação;
- 11) Garantir qualidade de fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Tendo como referência as diretrizes gerais, foram estabelecidas diretrizes específicas para cada uma das quatro PICs.

É difícil não perceber que a ordem na qual as PICs são apresentadas no documento segue as associações médicas que se reuniram com o Ministério para constituir a proposta da política: MTC-Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinas e Fitoterapia e, por fim, Termalismo Social/Crenoterapia.

Foram definidas oito diretrizes específicas para MTC-Acupuntura, sete para Homeopatia, nove para Plantas Medicinais e Fitoterapia e apenas uma para Termalismo

Social/Crenoterapia. Enquanto as diretrizes das três primeiras comportam as 11 diretrizes gerais, a única diretriz do Termalismo Social/Crenoterapia está restrita a mapear experiências, constituir intercâmbios, monitorar ações já existentes, divulgação e capacitação. Talvez a escassez de diretrizes com relação a esta última seja porque Termalismo Social/Crenoterapia foi introduzida na política durante as reuniões do CNS, enquanto as demais foram tratadas em grupos de trabalho que elaboraram a minuta do texto.

Após as diretrizes específicas, seguem atribuições institucionais para gestores nos três níveis federados: federal, estaduais e municipais. Dentre as atribuições, destacamos a inserção da PNPIC no respectivo nível federativo, ou seja, que governos e municípios devem “Apresentar e aprovar proposta de inclusão da PNPIC no Conselho Estadual [ou Municipal, para os municípios] de Saúde” (BRASIL, 2006c, p. 59). Dito de outra forma, embora no documento não haja impedimento de criação de leis, tal inserção deveria ocorrer por meio de portarias do executivo aprovando resoluções dos respectivos conselhos de saúde, a exemplo do que ocorreu no âmbito federal.

De todas as PICs que foram inseridas posteriormente na política, a Medicina Antroposófica foi a única que teve atribuída uma Diretriz, nos moldes da diretriz do Termalismo Social/Crenoterapia, sendo que as demais tiveram apenas suas descrições definidas. Deve-se ressaltar que Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia foram inseridas em 2006 como observatório de experiências, mas em 2018 passaram a integrar o rol de PICs nos seguintes termos:

Inicialmente integrado ao SUS, pela PNPIC, como Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica [e Termalismo Social/Crenoterapia] no SUS, articulação institucional voltada para o desenvolvimento de metodologias apropriadas ao acompanhamento e à avaliação de experiências em medicina antroposófica presentes no SUS, bem como ao monitoramento desses serviços e à divulgação dos resultados, envolveu as três esferas de gestão no SUS em sua articulação. Agora, passa a integrar formalmente o rol de PICS institucionalizadas no Sistema (BRASIL, 2018, p. 75).

Vejamos a seguir como a PNPIC atuou como possibilitadora de emergência de realidades no âmbito das ações do MS, agenciando outras entidades e sendo agenciada por elas.

5.2.2 Inserção das PICs no sistema de serviços no SUS

A PNPIC estabeleceu que os atendimentos em PICs fossem registrados pelos profissionais, pois, com exceção de homeopatia, acupuntura e fitoterapia, o termalismo e a antroposofia ainda não possuíam códigos específicos, por isso, “Houve a necessidade de realizar um rearranjo nos sistemas de informação para que outros dados fossem registrados” (SIMIONI, 2009, p. 66).

Assim, ainda em 2006, após as duas primeiras portarias da PNPIC – a que institucionalizou a política (em maio) e a que inseriu a antroposofia (em julho) – o primeiro documento ministerial influenciado pela PNPIC foi a Portaria nº 853, de 17 de novembro de 2006, emitida pelo próprio MS, que inseriu as PICs na Tabela de Serviços e Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do SUS:

(...) Considerando a necessidade de identificar integralmente os procedimentos da PNPIC SUS relativos a Medicina Tradicional Chinesa-acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e Práticas Corporais nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde, resolve:

Art.1º - Incluir na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 – Práticas Integrativas e Complementares compondo-o com as seguintes classificações: (...)

Artigo 2º - Incluir na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES de Informações do SUS, no serviço de código 007 – Farmácia, a classificação de código 003 – Farmácia com Manipulação Homeopática, que é compatibilizada com o profissional Farmacêutico com especialização em Homeopatia.

Art. 3º – Incluir na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, os procedimentos abaixo relacionados, passando a ser compostos da seguinte forma: (BRASIL, 2006, s.p.).

Quadro 11: Serviços em PICs e Profissionais autorizados a realizá-los conforme Portaria nº 853/2006

Serviços em PICs e Profissionais autorizados a realizá-los conforme Portaria nº 853/2006 (BRASIL, 2006)	
Prática Integrativa e Complementar	Profissional autorizado a administrar
Acupuntura	A depender do serviço: médico acupunturista, biólogo, biomédico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo clínico (psicólogo acupunturista, psicólogo da saúde, psicoterapeuta, terapeuta), farmacêutico em geral
Fitoterapia	A depender do serviço: todos os médicos, todos os odontólogos
Outras técnicas em Medicina Tradicional Chinesa	A depender do serviço: médico acupunturista, todos os enfermeiros, biomédico, biólogo, fisioterapeuta, psicólogo clínico (psicólogo acupunturista, psicólogo da saúde, psicoterapeuta, terapeuta), farmacêutico em geral
Práticas corporais/Atividade física	Qualquer profissional de saúde
Homeopatia	A depender do serviço: médico homeopata, farmacêutico em geral
Termalismo/crenoterapia	Todos os médicos
Medicina Antroposófica	A depender do serviço: todos os médicos, todos os enfermeiros

Fonte: Adaptado da Portaria nº 853/2006 (BRASIL, 2006)

Conforme quadro 8 acima, a portaria ainda definiu qual profissional poderia realizar cada um dos procedimentos em PICs.

Este dispositivo cumpriu a inserção das PICs nos sistemas de informação, conforme previsto no objetivo 2.1 e na diretriz 8 do texto da política, bem como incrementou a base legal do caráter multiprofissional da política. Uma vez registradas nos sistemas de informação de saúde, passou a ser possível dar visibilidade, monitorar e, posteriormente, avaliar os atendimentos em PICs (SIMIONI, 2009; AMADO *et al* 2014).

Até o momento, houve quatro atualizações da tabela de serviços/classificações do SNCES do SUS que afetou os serviços em PICs. Em 2008, foram poucas as alterações, conforme quadro 12 abaixo:

Quadro 12: Alterações relacionadas às PICs na Tabela de Serviços/Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do SUS/Portaria nº 853/2006 (BRASIL, 2006), estabelecidas pela Portaria nº 154/2008 (BRASIL, 2008)

Alterações relacionadas às PICs na Tabela de Serviços/Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do SUS/Portaria nº 853/2006 (BRASIL, 2006), estabelecidas pela Portaria nº 154/2008 (BRASIL, 2008)	
Práticas Integrativas e Complementares	Profissional autorizado a administrar a partir de 2008
Acupuntura	Foi acrescentado: biólogo analista em micróbios
Outras técnicas de Medicina Tradicional Chinesa	Foi acrescentado: biólogo analista em micróbios
Fitoterapia	Foi excluído: odontólogo Foi acrescentado: farmacêutico

Fonte: Autor (2023)

Em 2009, ocorreu apenas adequação de profissionais. Mas, em 2017, três dias após a publicação da Portaria nº 849/2017 (BRASIL, 2017) que inseriu mais 14 PICs, a tabela de serviços/classificações do SNCES foi atualizada já com a inserção das novas terapias e com novos profissionais. A rápida publicação da atualização sugere que ambas as portarias devem ter sido elaboradas conjuntamente ou de forma articulada, pois, haja vista os três dias de diferença na publicação no Diário Oficial da União, as portarias foram assinadas pelo Ministro da Saúde com apenas um dia de diferença.

Gostaríamos de dar atenção para dois pontos. O primeiro é que “Práticas Corporais/Atividade Física” foi alterado para “Práticas Corporais e Mentais”, no sentido de, ao que parece, adequar-se às novas PICs. O segundo ponto é que, mesmo para as PICs já reconhecidas, é visível o aumento de profissionais que foram autorizados a administrá-las, percebendo uma evidente relação entre PIC e profissional como, por exemplo: a inserção de Naturologia como PIC fez com que emergisse a permissão para que o profissional naturólogo atue com várias terapêuticas, conforme quadro 13 abaixo.

Quadro 13: Portaria que define quais profissionais de saúde podem atuar com PICs no SUS, segundo Portaria nº 633/2017

Portaria que define quais profissionais de saúde podem atuar com PICs no SUS, segundo Portaria nº 633/2017	
Prática Integrativas e Complementar	Profissional autorizado a administrar
Acupuntura	a depender do procedimento: médicos clínicos, médicos em medicina diagnóstica e terapêutica, enfermeiros e afins, fisioterapeutas, psicólogos e psicanalistas, biomédico, cirurgião dentista (clínico geral, cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família), farmacêutico, farmacêutico em práticas integrativas e complementares, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, naturólogo
Fitoterapia	a depender do procedimento: médicos clínicos, médicos em medicina diagnóstica e terapêutica, enfermeiros e afins, biomédico, cirurgião dentista (clínico geral, cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família), farmacêutico, farmacêutico em práticas integrativas e complementares, fisioterapeuta geral, fisioterapeuta acupunturista, fisioterapeuta do trabalho, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, naturólogo, psicólogo clínico, psicólogo do trabalho, psicólogo acupunturista, assistente social
Outras técnicas em Medicina Tradicional Chinesa	qualquer ocupação da área da saúde
Práticas corporais mentais	qualquer ocupação da área da saúde
Homeopatia	a depender do procedimento: médicos clínicos, médicos em medicina diagnóstica e terapêutica, enfermeiros e afins, cirurgião dentista (clínico geral, cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família), farmacêutico, farmacêutico em práticas integrativas e complementares
Termalismo/Crenoterapia	a depender do procedimento: médicos clínicos, médicos em medicina diagnóstica e terapêutica, enfermeiros e afins, fisioterapeutas, biomédico, cirurgião dentista (clínico geral, cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família), farmacêutico, farmacêutico em práticas integrativas e complementares, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, naturólogo, psicólogo clínico, psicólogo do trabalho, psicólogo acupunturista, assistente social
Antroposofia aplicada à saúde	a depender do procedimento: médicos clínicos, médicos em medicina diagnóstica e terapêutica, enfermeiros e afins, fisioterapeutas, biomédico, cirurgião dentista (clínico geral, cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família), farmacêutico, farmacêutico em práticas integrativas e

	complementares, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, musicoterapeuta, naturólogo, psicólogo clínico, psicólogo do trabalho, psicólogo acupunturista, assistente social, técnico de enfermagem, técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família, técnico em saúde bucal da estratégia de saúde da família, agente comunitário de saúde
Práticas Expressivas	qualquer ocupação da área da saúde
Ayurveda	médicos clínicos, médicos em medicina diagnóstica e terapêutica, enfermeiros e afins, fisioterapeutas, cirurgião dentista (clínico geral, cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família), farmacêutico, farmacêutico em práticas integrativas e complementares, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, naturólogo, psicólogo clínico, psicólogo do trabalho, psicólogo acupunturista, assistente social
Naturopatia	médicos clínicos, médicos em medicina diagnóstica e terapêutica, enfermeiros e afins, fisioterapeutas, cirurgião dentista (clínico geral, cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família), farmacêutico, farmacêutico em práticas integrativas e complementares, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, naturólogo, psicólogo clínico, psicólogo do trabalho, psicólogo acupunturista, assistente social

Fonte: Adaptado da Portaria nº 633/2017 (BRASIL, 2017)

Em 2018, após a inclusão das novas PICs, também houve atualização sobre os profissionais que podem atuar com as PICs. Gostaríamos de destacar que a Portaria nº 1988/2018 (BRASIL, 2018) também altera “Práticas corporais mentais” para “Práticas corporalmente” e acrescenta fisioterapeuta, biomédico, terapeuta ocupacional para atuar com homeopatia, conforme quadro 14.

Além da possibilidade de registro, monitoramento e avaliação, ao estabelecer a relação entre determinado serviço e determinado profissional, a emergência das PICs na tabela de serviços do SUS incitou que os respectivos conselhos federais dos profissionais de saúde tomassem posicionamento mais assertivo com relação à atuação do profissional nas PICs. Mesmo que alguns desses conselhos já tivessem estabelecido a atuação em relação à alguma terapia não-convencional, com a PNPIC e o reforço da tabela de serviços, conselhos passaram a nominar as terapias como PICs (ver capítulo 5.5). Ainda, a tabela de serviços passou a dar maior base legal para a formação dos profissionais.

Quadro 14: Portaria que define quais profissionais de saúde podem atuar com PICs no SUS, segundo Portaria nº 1988/2018

Portaria que define quais profissionais de saúde podem atuar com PICs no SUS, segundo Portaria nº 1988/2018	
Prática Integrativas e Complementar	Profissional autorizado a administrar
Acupuntura	a depender do procedimento: médicos clínicos, médicos em medicina diagnóstica e terapêutica, enfermeiros e afins, fisioterapeutas, psicólogos e psicanalistas, biomédico, cirurgião dentista (clínico geral, cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família), farmacêutico, farmacêutico em práticas integrativas e complementares, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, naturólogo
Fitoterapia	a depender do procedimento: médicos clínicos, médicos em medicina diagnóstica e terapêutica, enfermeiros e afins, biomédico, cirurgião dentista (clínico geral, cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família), farmacêutico, farmacêutico em práticas integrativas e complementares, fisioterapeuta geral, fisioterapeuta acupunturista, fisioterapeuta do trabalho, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, naturólogo, psicólogo clínico, psicólogo do trabalho, psicólogo acupunturista, assistente social
Outras técnicas em Medicina Tradicional Chinesa	qualquer ocupação da área da saúde
Práticas corpo-mente	qualquer ocupação da área da saúde
Homeopatia	a depender do procedimento: médicos clínicos, médicos em medicina diagnóstica e terapêutica, enfermeiros e afins, cirurgião dentista (clínico geral, cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família), farmacêutico, fisioterapeuta, biomédico, terapeuta ocupacional
Termalismo/Crenoterapia	qualquer ocupação da área da saúde
Antroposofia aplicada à saúde	qualquer ocupação da área da saúde
Práticas Expressivas	qualquer ocupação da área da saúde
Ayurveda	qualquer ocupação da área da saúde
Práticas Naturais	qualquer ocupação da área da saúde
Práticas Manuais	qualquer ocupação da área da saúde
Práticas Psicodinâmicas	qualquer ocupação da área da saúde
Ozonioterapia	cirurgião dentista
Aromaterapia	qualquer ocupação da área da saúde
Imposição de Mãos	qualquer ocupação da área da saúde

Fonte: Adaptado da Portaria nº 1988/2018 (BRASIL, 2018)

5.2.3 Participação social

A participação social relacionada às PICs foi inserida no CNS por meio da Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (CIPICSUS), conforme previsto na Resolução do CNS nº 371, de 14 de junho de 2007 (CNS, 2007), cerca de um ano após a institucionalização da PNPIC. A inserção da participação social cumpriu com a 5ª diretriz da política. Desde então, a comissão já passou por várias reformulações e a configuração atual do triênio 2019-2022, conforme quadro 15 abaixo, contendo representantes de usuários, gestores e trabalhadores da saúde.

Quadro 15: Composição da Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (CIPICSUS), conforme Resolução nº 629, de 11 de outubro de 2019 (CNS, 2019)

Composição da Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (CIPICSUS), conforme Resolução nº 629, de 11 de outubro de 2019 (CNS, 2019)	
Titular	Suplente
a) Coordenação: Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS) - Usuário;	a) Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) - Trabalhador/Profissional de Saúde;
b) Coordenação-Adjunta 1: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) - Trabalhador/Profissional de Saúde;	b) Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV) - Trabalhador/Profissional de Saúde;
c) Coordenação-Adjunta 2: Central de Movimentos Populares (CMP) - Usuário;	c) Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR) - Trabalhador/Profissional de Saúde;
d) Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) - Trabalhador/Profissional de Saúde;	d) Conselho Federal de Odontologia (CFO) - Trabalhador/Profissional de Saúde;
e) Conselho Federal de Psicologia (CFP) - Trabalhador/Profissional de Saúde;	e) Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB) - Trabalhador/Profissional de Saúde;
f) Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO) - Trabalhador/Profissional de Saúde;	f) Associação Brasileira de Enfermeiros Acupunturistas e Enfermeiros em Práticas Integrativas (ABENAH) - Trabalhador/Profissional de Saúde;
g) Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN) - Trabalhador/Profissional de Saúde;	g) Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME) - Usuário;
h) Associação Brasileira de Naturologia (ABRANA) - Trabalhador/Profissional de Saúde;	h) Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) - Usuário;
i) Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB) - Usuário;	i) Associação Brasileira dos Ostromizados (ABRASO) - Usuário;
j) Pastoral da Pessoa Idosa (PPI) - Usuário;	j) Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ) - Usuário;

k) Confederação das Mulheres do Brasil (CMB) - Usuário;	k) Rede Nacional Lai Lai Apejo - Saúde da População Negra e Aids - Usuário;
l) Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG) – Usuário	l) Fórum dos Residentes (FNRS) - Usuário;
m) Pastoral da Saúde Nacional - Usuário;	m) Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) - Gestor/Prestador;
n) Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos (COBAP) - Usuário;	n) Ministério da Educação - Gestor/Prestador;
o) Federação Nacional da Associação de Celíacos do Brasil (FENACELBRA) - Usuário;	o) Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Gestor/Prestador; e
p) Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais, Travestis e Intersexos (ABGLT) - Usuário;	p) Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE) - Gestor/Prestador.
q) Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS) - Gestor/Prestador; e	
r) Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS) - Gestor/Prestador	

Fonte: Adaptado da Resolução nº 629/2019 (CNS, 2019)

Quadro 16: Membros da Câmara Técnica Assessora em PICs do Ministério da Saúde

Membros da Câmara Técnica Assessora em PICs do Ministério da Saúde
I - Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família – coordenação
II - Coordenador(a) Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e seu Substituto(a)
III - Representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde
IV - Representante do Ministério da Educação
V - Representante da Fundação Oswaldo Cruz
VI - Um profissional representante, de preferência ser coordenador de PICS, de cada macrorregião do país
VII - Representante da Organização Pan-Americana da Saúde
VIII - O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Movimento Popular em Saúde (MOPS), a Frente Parlamentar Mista de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e Felicidade e a Rede PICS Brasil, poderão, cada qual, indicar um único representante
Art. 4º Quando necessário, representantes integrantes de segmentos do Poder Público, autarquias, da comunidade científica ou da sociedade, oriundos de instituições públicas e privadas, que estejam envolvidos técnica e cientificamente com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, poderão ser especialmente convidados a participarem, pontualmente, do tema em discussão

Fonte: Adaptado da Portaria nº 42/2021 (BRASIL, 2021)

O quadro 16 acima, apresenta a composição de outra instância que, embora predominantemente composta por representantes do governo, acrescentamos como participação social é a “Câmara Técnica Assessora em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” (CTA-PICS), instituída recentemente pela Portaria nº 42, de 13 de julho de 2021. No artigo 1º, a portaria define a função da Câmara como sendo “prestar consultoria e assessoramento ao Secretário de Atenção Primária à Saúde em matérias específicas de interesse do Departamento de Saúde da Família com a finalidade de avaliar, discutir e propor critérios e ações integradas para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)” (BRASIL, 2021, s.p.).

5.2.4 Formação em terapias não-convencionais

Um fato curioso foi o MS, entre 2007 e 2008, formar cerca de mil profissionais de saúde em cursos de capacitação em Terapia Comunitária, no âmbito da PNPIC (TEMPORÃO, 2009 seminário). Interessante pensar que a única formação profissional no âmbito da PNPIC realizada pelo Ministério até 2016, foi de uma terapia não-convencional que ainda não era reconhecida como PICs pela política nacional. Vale ressaltar que o diagnóstico do MS de 2004 não menciona terapia comunitária como estando sendo ofertada no sistema público de saúde (BRASIL, 2006c).

É preciso pontuar que estamos nos referindo aos cursos de formação organizados pelo governo federal no âmbito da PNPIC, pois, nos níveis estadual e municipal, já ocorriam iniciativas de cursos de capacitação em PICs ou outras terapias não-convencionais. A título de exemplo, vejamos as experiências de formação mencionadas no 1º Seminário Internacional em PICs, realizado em 2008, organizado pelo próprio MS: curso de Especialização em Homeopatia em Rio Branco (Acre); Residência em Acupuntura e capacitação em automassagem no Distrito Federal; em Campinas (São Paulo) havia capacitação em Medicina Tradicional Chinesa (liang gong, acupuntura Yamamoto (para médicos), tai chi chuan); capacitação em fitoterapia para médicos Residentes, profissionais de saúde e usuários no Recife (Pernambuco); capacitação de profissionais de saúde e de outras áreas em fitoterapia e em práticas corporais chinesas para profissionais de saúde em Pindamonhagaba (São Paulo) (BRASIL, 2009).

O 1º Seminário Internacional de PICs foi organizado pelo MS no âmbito das ações da PNPIC (BRASIL, 2009) e no relatório do evento foi apontada, dentre outras, a questão da formação dos profissionais em nível de graduação:

O desenvolvimento recente da PNPIC no Brasil, aliado ao domínio histórico da medicina e outras práticas de saúde convencionais no país, acarretam enormes

desafios no que tange à formação e à capacitação de recursos humanos para esta área, cabendo de forma urgente, entre outras medidas, a inserção do ensino das PICs no ensino de graduação dos cursos de saúde, a capacitação e aperfeiçoamento das equipes de saúde em todos os níveis do sistema (BRASIL, 2009, p. 44).

A inserção de disciplinas específicas na formação acadêmica decorria do fato de que as PICs ainda não estavam nas grades curriculares, bem como, até o momento do seminário, “nenhuma categoria profissional assumiu as ações termiais como uma ação da saúde” (SIMIONI, 2009, p. 69).

É preciso mencionar que até os dias atuais não houve muita alteração, pois são poucos os cursos de graduação ou pós-graduação que possuem alguma disciplina relacionada à PICs na grade curricular (TESSER; SOUZA, 2021).

Desde 2016, portanto, são ofertados cursos de formação na Universidade Aberta do SUS – UNASUS – e, atualmente, constam seis cursos abertos ao público em geral e em parcerias entre Ministério e outras instituições, quais sejam:

Quadro 17: Cursos em terapias não-convencionais ofertados pelo UNASUS

Cursos em terapias não-convencionais ofertados pelo UNASUS				
Curso	Carga Horária	Início da Oferta	Alunos matriculados até 20/09/2021	Ofertado por
Qualificação em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica - Módulo I	100	01/08/2018	24.688	UFPA/ RETiSFito/ PNPIC/ Fiocruz/ SUS/MS
Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: Práticas Corporais e Mentais da Medicina Tradicional Chinesa	60	19/10/2016	17.576	UFRN/CdP/ COMMUNITAS/ MS
Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos para Agentes Comunitários de Saúde	60	18/07/2017	80.605	UFRN/CdP/ COMMUNITAS/ MS
Gestão de Práticas Integrativas e Complementares	80	03/08/2017	14.477	UFRN/CdP/ COMMUNITAS/ MS
Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: Medicina Tradicional Chinesa	80	18/10/2016	21.787	UFRN/CdP/ COMMUNITAS/ MS
Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: Antroposofia Aplicada à Saúde	80	04/03/2016	11.175	CdP/ COMMUNITAS/ MS

Fonte: Autor (2023).

No 1º Seminário Internacional ainda foram apresentadas experiências de ofertas em PICs pelo SUS desenvolvidas por municípios brasileiros. Gostaríamos de evidenciar que todas as experiências de ofertas de PICs convidadas e apresentadas incluíam terapias não-convencionais ainda não reconhecidas como PICs pela PNPIC, conforme quadro 18 abaixo:

Quadro 18: Terapias não-convencionais ofertadas por municípios e estados apresentados durante o 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares, 2008

Terapias não-convencionais ofertadas por municípios e estados apresentados durante o 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares, 2008	
Município da Experiência	Terapia não-convencional ofertada (Grifo para terapias ainda não reconhecidas pela PNPIC em 2008)
Rio Branco (Acre)	Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, práticas corporais, bioenergética, ioga, nutrição saudável, massagem, arteterapia, musicoterapia, práticas educativas diversas
Campinas (São Paulo)	Acupuntura, homeopatia, fitoterapia, lian gong, chikung, meditação, tai chi chuan, ginástica postural e harmônica, ioga, dança circular, osteopatia
Brasília (Distrito Federal)	acupuntura, automassagem, liang gong, meditação, tai chi chuan, homeopatia, medicina e terapias antroposóficas, shantala, arteterapia e musicoterapia
Pindamonhagaba (São Paulo)	homeopatia, medicina tradicional chinesa, fitoterapia, arteterapia e segurança alimentar
Recife (Pernambuco)	homeopatia, lian gong, tai chi chuan, automassagem, fitoterapia, alimentação saudável, bioenergética, dança e percussão
Várzea Paulista (São Paulo)	acupuntura, fitoterapia, lian gong, shantala, massoterapia, terapia comunitária
Estado do Amapá (única unidade da federação a apresentar)	acupuntura, homeopatia, auriculoterapia, fitoterapia, geoterapia, hipnoterapia, massoterapia, pilates, quiropraxia, reiki, reeducação postural global, bioginástica, ioga, shiatsu, reflexologia, shantala, pilates, quiropraxia, reiki, reeducação postural global (RPG), trofoterapia e dietoterapia, ioga

Fonte: Adaptado de Brasil (2009).

Os exemplos de ofertas de terapias não-convencionais e processos de formação nesse tipo de terapias por estados e municípios brasileiros mencionados durante o Seminário de 2008, confirmam que a política nacional é um ator que incrementa realidades que já haviam emergido sem ela. O incremento decorre, por um lado, da legitimidade respaldada por uma política nacional que, por outro lado, em sua versão não restritiva, performa não interferindo na não legalidade de terapias ainda não reconhecidas pela PNPIC. Exemplos como esses são interessantes para refletir sobre legalidade e ilegalidade de práticas percebidas como terapêuticas não-convencionais, como veremos no próximo capítulo.

5.2.5 Outras políticas e ações em saúde do governo federal

Visando obedecer ao artigo 2º e à Diretriz 1 da PNPIC, políticas e ações de saúde pública do MS passaram a dialogar com a política passando por atualizações, enquanto outras já foram institucionalizadas contemplando a PNPIC.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi institucionalizada em março de 2006 (BRASIL, 2006), antes da PNPIC que é de maio daquele ano, e quando foi atualizada em 2009 não estabeleceu conexão com a PNPIC, deixando de cumprir a articulação entre políticas do Ministério estabelecida pela PNPIC. Foi somente em setembro de 2017 que a conexão foi feita com as PICs aparecendo como uma das atribuições dos profissionais que atuam na Atenção Básica conforme a PNAB:

V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e **incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares** (BRASIL, 2017. Grifo nosso)

Fora esta passagem e a menção da Portaria nº 971/2006 nos “considerandos”, PICs e PNPIC não são mais mencionadas na PNAB de 2017.

A Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), também de 2006, foi atualizada em 2014 e passou a ter como um de seus objetivos específicos a valorização das PICs e dos saberes populares e tradicionais de saúde (BRASIL, 2014).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado do 2008, detalha ações de PICs de responsabilidade da equipe do NASF que seriam interessantes para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, conforme segue:

São ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF:

(...) Ações das Práticas Integrativas e Complementares – Ações de Acupuntura e Homeopatia que visem à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, ampliando o acesso ao sistema de saúde, proporcionando incremento de diferentes abordagens, tornando disponíveis outras opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS.

Detalhamento das ações:

- desenvolver ações individuais e coletivas relativas às Práticas Integrativas e Complementares;
- veicular informações que visem à prevenção, à minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado;
- incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio das ações individuais e coletivas referentes às Práticas Integrativas e Complementares;
- proporcionar Educação Permanente em Práticas Integrativas e Complementares, juntamente com as ESF, sob a forma da coparticipação, acompanhamento

supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de Educação Permanente;

- articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;
- contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência;
- identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho educativo em Práticas Integrativas e Complementares, em conjunto com as ESF;
- capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no processo de divulgação e educação em saúde referente às Práticas Integrativas e Complementares;
- promover ações ligadas às Práticas Integrativas e Complementares junto aos demais equipamentos públicos presentes no território – escolas, creches etc.; e
- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional.

(BRASIL, 2008, p.48).

Ainda, sem fazer relação com PICs ou PNPIC, sugere que atividades individuais e coletivas de dança, shantala e ioga – que viriam a ser reconhecidas como PICs em 2017 – também trariam melhoria de qualidade de vida e deveriam fazer parte das ações do NASF.

De acordo com o MS, podem compor as equipes do NASF: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas⁵⁵.

Institucionalizada em 1999, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), na versão atualizada de 2014, aponta que “devem ser consideradas outras racionalidades terapêuticas possibilitando a incorporação das práticas integrativas e complementares nos cuidados relativos à alimentação e nutrição no SUS” (BRASIL, 2013) na organização da atenção nutricional.

A Política Nacional de Humanização do SUS (HumanizaSUS) menciona que, ao lado de outras políticas, a PNPIC contribui com a “prioridade [d]a expansão e qualificação da atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família” (BRASIL, 2009, p. 11).

O Caderno Técnico de Apoio à Implantação e Implementação do Programa Academia da Saúde de 2019 menciona as atividades de PICs como “possibilidades de práticas de cuidado em saúde” (BRASIL, 2019, p. 90).

⁵⁵ <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/perguntasfrequentes/> acessado em 20/09/2021.

Importante mencionar que a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) (BRASIL, 2013), geralmente mencionada como importante elemento para capacitação e informação sobre PICs, não está articulada com a PNPIC em seu documento. A PNEPS-SUS é uma importante política para cumprir as Diretrizes 1, 2 e 3 e objetivo 2.4 da PNPIC e, inclusive, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS) integra a CIPICS-CNS, conforme quadro 15.

5.2.6 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Vejamos com um pouco mais de detalhes o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujo resultado de 2013/2014 é considerado um documento-chave para justificar o acréscimo de novas PICs na PNPIC. Este mecanismo de monitoramento e avaliação foi instituído em 2011,

com objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011, p. 79).

Dividido em quatro fases, o PMAQ-AB tem como diretriz a adesão voluntária de equipes de atenção à saúde e de gestores, pois, pressupõe que “o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos” (BRASIL, 2011, p.79). A primeira fase corresponde ao processo de adesão ao programa e os processos de avaliação e monitoramento ocorrem na segunda e na terceira fase, enquanto processos de repactuação correspondem à quarta fase.

Interessa-nos analisar as fases 2 e 3 que correspondem, respectivamente, à autoavaliação e à avaliação externa realizada por instituições de ensino definidas pelo MS.

Já ocorreram três aplicações do PMAQ-AB, denominados ciclos, quais sejam: 2011/2012, 2013/2014 e 2016/2017⁵⁶. Em cada ciclo, foram lançados manuais e instrumentos de avaliação (questionários) a serem respondidos e é por meio deles que percebemos a influência da PNPIC. Embora não seja nosso interesse analisar os resultados dos ciclos, é importante lembrar que a adesão ao programa não é obrigatória, portanto,

No 1º ciclo (2011/2012) participaram 17.482 Equipes de Atenção Básica (eAB) e 12.458 Equipes com Saúde Bucal (eSB). No 2º ciclo (2013/2014) aderiram 30.523 eAB, 19.946 eSB e 1.813 equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família Atenção Básica (NASF-AB). Já no 3º Ciclo (2016/2018) foram 38.865 eAB, 25.090eSB e 4.110 NASF (BRASIL, 2018, s.p. site).

Os instrumentos de avaliação são estruturados conforme quadro 19 abaixo:

⁵⁶ No site do ObservaPics há uma aba sobre o PMAQ.

Quadro 19: Estrutura do Instrumento de Avaliação PMAQ 2013 e 2017 (2º e 3º ciclos)

Estrutura do Instrumento de Avaliação PMAQ 2013 e 2017 (2º e 3º ciclos)		
Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão Municipal	A – Implantação e implementação da atenção básica no município
		B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C – Gestão do trabalho
		D – Participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão de Atenção Básica	E – Apoio institucional
		F – Educação permanente
Gestão e Equipe de Atenção Básica¹	Unidade Básica	G – Monitoramento e avaliação
		H – Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos
Equipe de Atenção Básica²	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica ³
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde
		M – Participação, controle social e satisfação do usuário
		N – Programa Saúde na Escola (para as equipes participantes do Programa) ⁴

Fonte: Brasil (2017, p. 22).

1 No instrumento de 2012 (1º ciclo), não havia separação entre Unidade de Análise “Gestão e Equipe de Atenção Básica”, as três primeiras Dimensões e as Subdimensões de ‘A’ a ‘I’ estavam relacionadas à “Gestão”.

2 No instrumento de 2012 (1º ciclo), a denominação desta Unidade de Análise era “Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde”.

3 No instrumento de 2012 (1º ciclo), era denominado “Perfil da Equipe”.

4 No instrumento de 2012 (1º ciclo) não havia este item.

Os instrumentos de avaliação de 2013 e 2017 também compartilham as mesmas menções às PICs, trazendo apenas uma alteração com relação ao instrumento de 2012:

Quadro 20: Práticas Integrativas nos Instrumentos de Avaliação PMAQ 2013 e 2017

Práticas Integrativas nos Instrumentos de Avaliação PMAQ 2013 e 2017		
Subdimensão	PICs no PMAQ 2012 – 1º ciclo	PICs no PMAQ 2013 e 2017 – 2º e 3º ciclos (alterações grifadas)
G – Subdimensão: monitoramento e avaliação – M&A	A gestão da Atenção Básica organiza e adota ações de monitoramento no âmbito da Atenção Básica”, tendo em vista as áreas técnicas de atendimento, dentre as quais, estão as PICs (item 2.10)	A gestão da Atenção Básica organiza e adota ações de monitoramento no âmbito da Atenção Básica”, tendo em vista as áreas técnicas de atendimento, dentre as quais, estão as PICs (item 2.9).
I – Subdimensão: Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos	pergunta se a unidade de saúde dispõe materiais e insumos para a execução de PICs, no sentido de ampliar a atenção, a escolha da terapêutica e possibilitar acesso ao usuário. Tais insumos estão descritos no Anexo G.	Não aparece nominalmente no item, mas no Anexo D
L – Subdimensão: Atenção integral à Saúde	A equipe de atenção básica conhece a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e identifica, durante seus atendimentos ou no território, indivíduos que também fazem uso de seus recursos terapêuticos – menciona cada uma das 5 PICs de 2006 (item 4.57)	se a equipe busca identificar indivíduos que utilizam PICs no território de atendimento (item 4.50). Pergunta se as PICs são utilizadas pela equipe para uma abordagem clínica ampliada (item 4.52)
Anexos	Anexo G: Materiais, insumos para práticas integrativas e complementares (referência para o item 3.14) [referem-se aos utilizados pela Medicina Tradicional Chinesa] agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados, copos de ventosa, equipamento para eletroacupuntura, esfera vegetal para acupuntura auricular, esfera metálica para acupuntura auricular, mapas de pontos de acupuntura, moxa (carvão e/ou artemísia)	Anexo D: Insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde (referência para o item 3.9) [referem-se aos utilizados pela Medicina Tradicional Chinesa] agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados, copos de ventosa, equipamento para eletroacupuntura, esfera vegetal para acupuntura auricular, esfera metálica para acupuntura auricular, mapas de pontos de acupuntura, moxa (carvão e/ou artemísia)

Fonte: Adaptado de Brasil (2012, 2013 e 2017 instrumentos).

Com relação ao NASF, somente no 2º e 3º ciclos foram aplicados questionários para esta equipe. No questionário de 2013, foi perguntado se a equipe realizava atividade de PICs e

de outras terapias não-convencionais não reconhecidas como PICs pela política conforme quadro 21:

Quadro 21: Práticas Integrativas e Complementares no PMAQ-NASF 2013 (2º ciclo)

Práticas Integrativas e Complementares no PMAQ-NASF 2013 (2º ciclo)		
IV.17.1	O NASF apoia e desenvolve ações relacionadas a quais práticas integrativas e complementares?	Sim
		Não
IV.17.2	Quais ações são realizadas?	Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura
		Medicina Tradicional Chinesa/ Auriculopuntura
		Medicina Tradicional Chinesa/ Práticas Corporais (Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, Tui-Ná), e/ou mentais (Meditação)
		Plantas medicinais e fitoterapia
		Homeopatia
		Medicina Antroposófica
		Termalismo Social/Crenoterapia
		Outro
IV.17.2	O NASF realiza outras práticas que não estão contempladas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares?	Sim
		Não
IV.17.3	O NASF realiza outras práticas que não estão contempladas na Política nacional de Práticas Integrativas e Complementares?	Reiki
		Yoga
		Ayurveda
		Florais
		Do-In/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia
		Shantala
		Talassoterapia
		Biodança
		Musicoterapia
		Dança Circular
		Naturopatia
		Terapia comunitária
		Terapia com argila
		Sistema Rio Aberto (movimento vital expressivo)
Arterapia		
Outro(s)		
Não realiza		

Fonte: Adaptado de Brasil (2013, p. 27. Grifo do autor)

No instrumento de avaliação a ser respondido em 2017, também foi perguntado se a equipe realiza atividades de terapias não-convencionais não reconhecidas pela PNPIC, mas, diferentemente de 2013, não mencionou que algumas não eram reconhecidas como PICs, conforme quadro 22 abaixo:

Quadro 22: Práticas Integrativas e Complementares no PMAQ – 2017 (3º ciclo) – com destaque para as terapias não-convencionais não reconhecidas pela PNPIC

Práticas Integrativas e Complementares – 2017 (3º ciclo) – destacadas as terapias não biomédicas não reconhecidas pela PNPIC		
IV.14.1 - estratégico	O NASF apoia e desenvolve ações relacionadas a práticas integrativas e complementares?	Sim
		Não
IV.14.2	Quais práticas desenvolve?	Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura
		Reiki
		Yoga
		Ayurveda
		Florais
		Do-In/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia
		Shantala
		Talassoterapia
		Biodança
		Musicoterapia
		Dança Circular
		Naturopatia
		Terapia comunitária
		Terapia com argila
		Sistema Rio Aberto (movimento vital expressivo)
		Arterapia
		Osteopatia
Quiropraxia		
Aromaterapia		
Meditação (Mindfulness ...)		
Bioenergética		
Outro(s)		

Fonte: Adaptado de Brasil (2017, p. 87. Grifo do autor)

5.2.7 Pesquisa Nacional de Saúde

As pesquisas nacionais sobre a saúde/o comportamento de saúde do brasileiro é realizada por meio de entrevistas pessoalmente realizadas nos domicílios, sendo que “As

informações da PNS serão utilizadas para subsidiar a formulação das políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2015, p. 12).

Foram realizadas pesquisas em 2013 e 2019, ambas contendo perguntas sobre as PICs reconhecidas pela PNPIC. Após pergunta ampla sobre o uso de alguma PIC nos últimos 12 meses, é interessante perceber que o detalhamento das perguntas sobre PICs sempre estavam relacionadas com doenças específicas, conforme quadro 23:

Quadro 23: Perguntas envolvendo PICs no Questionário Pesquisa Nacional de Saúde – 2013

Perguntas envolvendo PICs no Questionário Pesquisa Nacional de Saúde – 2013	
J53. Nos últimos 12 meses, ____ utilizou alguma prática integrativa e complementar, isto é, tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia etc.?	
J54. Qual tratamento _____ fez uso? 1. Acupuntura; 2. Homeopatia; 3. Plantas medicinais e fitoterapia; 4. Outro (Especifique: _____)	
J57. Este tratamento foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?	
Perguntas sobre doenças que inseriam acupuntura dentre as respostas possíveis	Q81. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da artrite ou reumatismo?
	Q86. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do problema na coluna?
	Q90. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do DORT?

Fonte: Adaptado de Brasil (2013).

Na pesquisa aplicada em 2019, há inclusão de PICs das portarias de 2017 e 2018, bem como ampliação de doenças relacionadas, conforme quadro 24 abaixo:

Quadro 24: Perguntas envolvendo PICs no Questionário Pesquisa Nacional de Saúde – 2019

Perguntas envolvendo PICs no Questionário Pesquisa Nacional de Saúde – 2019	
J53a. Nos últimos 12 meses, ____ utilizou alguma prática integrativa e complementar, isto é, tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, tai chi chuan, lian gong ou outra prática integrativa e complementar a saúde?	
J54. Qual tratamento _____ fez uso? 1. Acupuntura 2. Homeopatia 3. Plantas medicinais e fitoterapia 4. Outro (Especifique: _____)	
J54a. Qual tratamento ____ fez uso: 1. Acupuntura; 2. Homeopatia; 3. Plantas medicinais e fitoterapia; 4. Auriculoterapia; 5. Meditação; 6. Yoga; 7. Tai chi chuan, Lian gong, Qi gong; 8. Terapia comunitária integrativa; 9. Outro (Especifique _____)	

J57. Este(s) tratamento(s) foi (eram) feito(s) através do Sistema Único de Saúde (SUS)?	
Fazer uso de acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, meditação, yoga, tai chi chuan, liang gong ou alguma outra prática integrativa e complementar. Era opção de resposta para:	Q18a. Em algum desses atendimentos para hipertensão , algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?
	Q46a. Em algum desses atendimentos para diabetes , algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?
	Q81a. Em algum dos atendimentos para artrite ou reumatismo , algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?
	Q86a. O que o(a) Sr(a) faz atualmente por causa do problema na coluna ?
	Q90a. Em algum dos atendimentos para DORT , algum médico ou profissional de saúde lhe deu algumas dessas recomendações?
	Q96a. Quais tratamentos o(a) Sr(a) faz atualmente por causa da depressão ?
	Q114a. Quais tratamentos o(a) Sr(a) faz atualmente por causa da doença mental ?

Fonte: Adaptado de Brasil (2019). Grifo do autor)

5.2.8 Cadernos de Atenção Básica

Os Cadernos de Atenção Básica (CAB) são publicações do Departamento de Atenção Básica do MS, cujo objetivo geral é contribuir para o fortalecimento das ações empreendidas pelos profissionais de saúde. Algumas das edições tratam das PICs.

A primeira publicação relacionada com a PNPIC foi o CAB nº 27, publicado em 2010, tratando das “Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família” e dispendendo um capítulo específico sobre as PICs no NASF. No capítulo, há sucinta descrição da PNPIC e das PICs reconhecidas, com exceção do Termalismo Social/Crenoterapia que somente é mencionado na descrição da política.

O CAB nº 31, intitulado “Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica”, foi publicado em 2012 sendo que

este Caderno de Atenção Primária, contendo histórico das políticas nacionais e informações sobre normas, serviços e produtos relacionados à fitoterapia na Estratégia Saúde da Família/atenção básica, busca estimular a implantação de novos programas no SUS, com melhoria do acesso da população a produtos e serviços seguros e de qualidade; sensibilizar e orientar gestores e profissionais de saúde na formulação e implantação de políticas, programas e projetos; e estruturar e fortalecer a atenção em fitoterapia, com ênfase na atenção básica/Saúde da Família (BRASIL, 2012, p. 9).

Saúde Mental foi o tema do CAB nº 34, em 2013, e dispensou um capítulo específico para as PICs. Após um sucinto resumo da PNPIC, passa a tratar de cada uma das PICs, com exceção do Termalismo Social/Crenoterapia. Para cada terapia, há um resumo explicativo e exemplo de como pode auxiliar no tratamento de transtornos mentais.

5.2.9 Algumas Considerações

Procuramos demonstrar a emergência de algumas situações previstas nos objetivos e nas diretrizes da PNPIC no âmbito do governo federal. Chamamos atenção para o fato de que para cada uma das novas realidades que emergem são necessárias novas associações e agenciamentos de novos atores. Lembramos que estamos tratando de documentos e que, para contribuírem para a emergência de realidades concretas, dependem de novas associações.

Com relação ao registro, à avaliação e ao monitoramento das ações em PICs no sistema público de saúde, são necessárias interações entre softwares (ou ajuste no software já existente para inclusão de novos códigos, janelas de digitação), documentos (formulários, tabelas de classificação, portarias), pessoas (que executam a PIC e que alimentam o sistema), saberes (tanto para executar a PIC, quanto para manusear o sistema). Se, por um lado, são os dispositivos jurídicos e/ou administrativos (portarias ministeriais, normativas, manuais) que procuram direcionar como essas realidades devem emergir, por outro, o modo como os novos atores atuarão e como os novos agenciamentos ocorrerão são difíceis de prever com exatidão, tal como as falhas de registro no sistema pelo profissional ou a falta de janelas específicas para inserir PICs que são ofertadas (SOUSA *et al.*, 2012; LIMA; SILVA; TESSER, 2014).

Ainda, para se ter o que monitorar e avaliar, é preciso ter profissionais com formação e autorizados pelos seus respectivos conselhos profissionais para atuarem com PICs, o que enseja novas associações e novos atores (conselhos, documentos – normativas dos conselhos –, formação técnica – instituições de formação, Conselho Nacional de Educação, Ministério da Educação).

Mencionamos os cursos ofertados pelo UNASUS porque é uma ação diretamente relacionada ao MS que, também, agenciam uma série de atores e ensejam associações diversas (internet, softwares, instituições de ensino).

No que tange à participação social, muitas entidades são agenciadas para participarem ativamente da política, tanto da CIPICSUS-CNS quanto da CTA-PICs, e muitas delas não compõem o CNS, instância na qual foi debatida a PNPIC em 2006.

A exigência de articulação com outras políticas e ações do próprio MS, também vai agenciando novos atores e exigindo novas associações, tais como o NASF que já emerge articulado com a PNPIC ao prever que os profissionais da equipe NASF devem realizar ações em PICs. Constituído posteriormente à PNPIC, o Programa Academia da Saúde também já prevê atividades de PICs, sobretudo as relacionadas com práticas corporais. A associação com a PNPIC também ocorre no HumanizaSUS de 2009.

Como esperado, a articulação entre as ações e políticas do Ministério não ocorre de modo automático, pois políticas e ações anteriores a 2006, mesmo quando atualizadas não se associaram com a PNPIC tão prontamente. É o caso da PNAB, criada no início de 2006, pouco antes da PNPIC, mas que estabeleceu relação com a política somente em 2017, a despeito ter passado por uma atualização de 2009. As primeiras atualizações da PNAN e da PNPS que ocorreram após a PNPIC estabeleceram a interação entre essas políticas e as PICs somente em 2014.

Alertamos que um ponto é a associação entre os documentos, que foi tratado aqui, outra é compreender como essas ações estão sendo feitas nas situações concretas.

Essa capilarização da PNPIC demonstra que a política pública necessita de uma rede de relações constituída por associações que fazem com que ganhe vida emergindo na realidade em versões contextualizadas. Uma das maneiras de se compreender tais versões é que elas podem ser analisadas separadamente, tais como: PNPIC e sistemas de informações de saúde (SOUSA *et al.*, 2017; CAZARIN *et al.*, 2017), custos da PNPIC (CARVALHO NETO *et al.*, 2018), ou PNPIC e formação profissional (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019; NASCIMENTO *et al.*, 2018).

5.3 POLÍTICAS ESTADUAIS E DAS CAPITAIS DE ESTADOS EM TERAPIAS NÃO-CONVENCIONAIS

No item cinco do documento que institucionalizou a PNPIC estão previstas responsabilidades institucionais nos níveis federal, estadual e municipal. Dentre as responsabilidades dos gestores estaduais previstas no item 5.2 estão: “Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares na rede de saúde” e “Apresentar e aprovar proposta de inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no Conselho Estadual de Saúde.” (BRASIL, 2006a; 2006c). A mesma redação de aplica com relação aos gestores municipais, cujas responsabilidades estão previstas no item 5.3, com a ligeira diferença do nível estadual para o municipal.

Da redação do texto, depreende-se que as políticas municipais e estaduais em PICs devem ser capitaneadas pelo poder executivo, a exemplo do que ocorreu no nível federal. Entretanto, como já mencionamos, nem todos os estados e nem todos os municípios assumiram tal responsabilidade, embora todos os estados e a maioria dos municípios ofertem serviços em PICs no sistema público de saúde (BRASIL, 2020a; BARBOSA *et al.*, 2020). Compreendendo-se que a política só vem à tona quando está associada a outros atores, não se pode esperar a linearidade imediata.

O objetivo deste capítulo é continuar a análise seguindo a capilaridade da PNPIC no âmbito das unidades federativas menores, buscando demonstrar como a PNPIC contribui na constituição de realidades e é influenciada pelas ações dos atores.

Para tanto, diante do universo dos 5.572 municípios brasileiros⁵⁷, nosso recorte analítico abrangeu todas as 26 capitais e todas as 27 unidades da federação – optamos por contabilizar o Distrito Federal como um estado sem capital.

Para seguirmos as associações entre os atores, partimos do dispositivo jurídico atual sobre PICs existente na respectiva capital ou unidade federativa, seja o instituído por meio de lei aprovada pelo legislativo, seja diretamente pelo executivo por meio de portaria ou parecer/resolução do conselho de saúde estadual/municipal ou similar. Para encontrarmos tais documentos, seguimos dois caminhos, a saber: o primeiro foi acessar as informações disponíveis na literatura sobre o tema; o segundo foi pesquisar diretamente nos sites oficiais

⁵⁷ Conforme dados do IBGE acessados no dia 07/04/2022 em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?t=acesso-ao-produto&c=1>.

das prefeituras, dos governos estaduais e das respectivas secretarias de saúde, bem como nos sites das Câmaras de Vereadores e das Assembleias Legislativas.

Uma vez nesses sites, utilizamos os seguintes termos para filtrar nossa busca: “práticas integrativas e complementares”, “práticas integrativas”, “terapias alternativas”, integrativas, acupuntura, fitoterapia, homeopatia. Os termos se referem à denominação utilizada no país para terapêuticas não-convencionais consagrada na PNPIC e às três práticas mais antigas ofertadas pelo sistema público de saúde.

Partindo do dispositivo mais recente encontrado, buscamos encontrar referências a dispositivos anteriores com os quais ele se relaciona e se fundamenta, seja por meio de revogação ou complementação. Foi dessa forma que seguimos a rede de relações.

5.3.1 Modos de institucionalização da política: atos do legislativo ou do executivo

Seguindo nossa metodologia, encontramos dispositivos legais em 12 unidades da federação (quadro 25) e em 12 capitais de estados (quadro 26). Destes, em oito unidades da federação – incluindo o Distrito Federal – há dispositivos estaduais e em suas capitais; em quatro há somente legislação nos estados e não nas capitais; e, cinco capitais possuem legislação apesar de não haver dispositivo no estado em que estão localizados (figura 12).

Os dispositivos legais que analisamos são aqueles que formalizam um conjunto de terapias e não apenas uma ou duas, tais como a Lei nº 4.352/1996 do município do município de Vitória, capital do estado do Espírito Santo, que trata da fitoterapia (PREFEITURA DE VITÓRIA, 1996), ou a Lei nº 13.634/2002 do estado do Paraná que trata sobre acupuntura e homeopatia (PARANÁ, 2002). Embora dispositivos como esses sejam atores relevantes no movimento de institucionalização de uma política voltada às terapias não-convencionais, optamos por nos concentrar em políticas mais abrangentes, o que Toniol (2015) denominou por políticas inclusivistas. Também, não estão considerados municípios e estados que possuem ações em PICs em seus planos municipais ou estaduais, haja vista que todas as capitais e todos os estados ofertam esse tipo de terapia e todos devem mencionar ações em seus planos e relatórios anuais ou plurianuais.

Figura 12: Mapa destacando Estados e Capitais brasileiras que institucionalizaram políticas em Práticas Integrativas e Complementares até 2021



Fonte: Autor (2023).

A figura 12 acima demonstra o panorama do ano de 2021 com relação à institucionalização de serviços em terapias não-convencionais nos estados e nas capitais. Salta aos olhos que a emergência de políticas específicas para esse tipo de terapias nas situações concretas não depende exclusivamente da prescrição da PNPIC, mas, como procuraremos demonstrar, está à mercê da associação da ação de variados atores na rede de relações.

Com relação ao tipo de dispositivo legal em vigor nos estados, as PICs são instituídas por leis em seis – Amapá, Goiás, Mato Grosso, Paraná, Santa Catarina, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte –, em quatro por resolução ou parecer do Conselho Estadual de Saúde (CES) – Espírito Santo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Bahia – e em um – Distrito Federal – por lei e portaria (quadro 25).

Cabem apontamentos sobre Distrito Federal, Rio Grande do Norte e Rio de Janeiro. Com relação ao Distrito Federal, a portaria de 2013, institucionalizou a Política Distrital de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2014), complementando de modo mais detalhado e contemporâneo o inciso IX do artigo 207 da Lei Orgânica do Distrito Federal de 1993, segundo o qual, o sistema público de saúde deve

“promover e fomentar práticas alternativas de diagnósticos e terapêutica, de comprovada base científica, entre outras, a homeopatia, acupuntura e fitoterapia” (DISTRITO FEDERAL, 1993).

Na realidade, a Lei Orgânica garante maior peso legal à Portaria nº 13 de 1989 da Secretaria de Estado da Saúde que instituiu o Programa de Desenvolvimento das Terapias não-Convencionais (PDTNC) (DISTRITO FEDERAL, 2014; MARQUES; PEREIRA NETO, 2010).

No extremo norte do país, em 2011, a Política Estadual de PICs do Rio Grande do Norte foi institucionalizada por meio de portaria da Secretaria de Estado da Saúde Pública e, em 2021, a política foi institucionalizada por meio de lei (RIO GRANDE DO NORTE, 2011; 2021). O estado do Rio de Janeiro, por sua vez, possui duas leis, uma de 2009 que criou o Programa de Terapia Natural e a mais recente de 2021 que instituiu o Programa Estadual de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA), sem que a mais antiga tenha sido revogada, (RIO DE JANEIRO, 2009; 2021).

Quadro 25: Unidades da Federação que possuem Política em PICs, organizadas por ordem de antiguidade da institucionalização

Unidades da Federação que possuem Política em PICs, organizadas por ordem de antiguidade da institucionalização		
	Estado	Instrumento
1	Distrito Federal	Instituto Tecnológico Alternativo 1987 (DF) – efetivou convênio com outras instituições para ofertar acupuntura, fitoterapia, homeopatia, alimentação e outras. Portaria nº 13, de 14 de agosto de 1989, da Secretaria de Estado da Saúde, criou o Programa de Desenvolvimento das Terapias não Convencionais (PDTNC) – institucionalizou o convênio mencionado acima; Lei Orgânica do Distrito Federal de 1993 – artigo 207 estabeleceu a promoção de práticas alternativas em saúde; Portaria nº 107/2013 da Secretaria de Estado de Saúde instituiu a Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde
2	Amapá	Lei nº 1069/2007 – criou Centro de Referência em Tratamento Natural na Secretaria de Estado da Saúde do Amapá; Lei nº 1.370/2009 – criou o Programa Estadual de Práticas Integrativas
3	Espírito Santo	Resolução nº 543/2008 do Conselho Estadual de Saúde instituiu a Política de Práticas Integrativas e Complementares do Estado do Espírito Santo: Homeopatia, Fitoterapia/Plantas Medicinais e Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura
4	Minas Gerais	Resolução nº 1885/2009 da Secretaria de Estado de Saúde instituiu a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares de Minas Gerais, alterada pela Resolução nº 4597/2014 da mesma secretaria para incluir mais práticas terapêuticas
5	Goiás	Lei nº 16.703, de 23 de setembro de 2009 instituiu a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares de Goiás

6	Mato Grosso	Lei nº 9567/2011 criou o Programa de Terapia Natural
7	Rio de Janeiro	Lei nº 5471/2009 criou o Programa de Terapia Natural com as terapias: massoterapia, fitoterapia, terapia floral, acupuntura, hidroterapia, cromoterapia, aromaterapia, oligoterapia, geoterapia, quiropraxia, iridologia, hipnose, trofoterapia, naturologia, ortomolecular, ginástica terapêutica e terapias da respiração; Lei 9345/2021 criou o Programa Estadual de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA) com medicina tradicional chinesa, fitoterapia, homeopatia e outras que poderão ser inseridas
8	Rio Grande do Norte	Portaria nº 274/2011 da Secretaria de Estado de Saúde instituiu a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Norte; Lei nº 10.933/2021 normatiza a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PEPIC/RN
9	Rio Grande do Sul	Resolução CIB nº 965/2013; Resolução nº 14/2014 do Conselho Estadual de Saúde aprovou a Política Estadual de Práticas integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul
10	Paraná	Lei nº 19.785/2018 instituiu diretrizes para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado do Paraná SUS-PR
11	Santa Catarina	Lei nº 17.706/2019 instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Estado de Santa Catarina
12	Bahia	Resolução nº 22/2019 do Conselho Estadual de Saúde; Resolução CIB nº 113/2019; 20/06/2019 instituiu a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia (PEPIC-BA)

Fonte: Autor (2023).

Com relação às capitais, as políticas municipais em PICs foram instituídas em sete por leis e em quatro por portarias do executivo, enquanto no município de São Paulo as PICs estão instituídas por leis de 2004 que institucionalizou a oferta de Terapias Naturais e de 2008 que instituiu o Programa Qualidade de Vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde, além de portaria da Secretaria Municipal da Saúde de 2019 que estabeleceu o fortalecimento e a difusão do Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em toda a Rede de Atenção à Saúde no Município de São Paulo (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2004; 2008; 2019) – ver quadro 26.

Tanto a literatura quanto os documentos legais, em especial os que apresentam o histórico dessas práticas local ou regionalmente, apresentam os profissionais que trazem suas experiências e/ou conhecimentos para o sistema público de saúde, inaugurando espaços terapêuticos não-convencionais que, acrescida de novas conexões e atores, fizeram emergir as políticas atuais.

Exemplos da proatividade desses atores podem ser constatados em Natal, onde esse tipo de terapia teve início com “alguns grupos de profissionais que foram visionários” (OLIVEIRA; MOREIRA; BRITTO, 2017, p. 90); na cidade do Rio de Janeiro onde o “atendimento era realizado no ambulatório da unidade, por iniciativa de profissionais idealistas e perseverantes” (BARROS *et al.*; 2021, p. 55); no Distrito Federal por intermédio da iniciativa do diretor de saúde de Planaltina da época, de um professor da Universidade de Brasília e do conhecimento popular do raizeiro e técnico agrícola responsável pela horta medicinal (FREIRE JÚNIOR; 2021, p. 45); em Vitória pela ação do prefeito da época que contratou uma médica homeopata que já tinha tido experiências com hortas medicinais e homeopatia em cidades do interior do estado do Espírito Santo (SACRAMENTO; 2021, p. 104).

O germe das atuais políticas de oferta de terapias não-convencionais está em iniciativas como essas. Ressalta-se que alguns desses profissionais estavam inseridos no sistema público, enquanto outros não, bem como alguns nem tinham formação na área da saúde (JUSTO; GOMES, 2007; SOUSA, 2013; SOUSA *et al.*, 2012).

Quadro 26: Capitais de Unidades da Federação que possuem Política em PICs, organizadas por ordem de antiguidade da institucionalização

Capitais de Unidades da Federação que possuem Política em PICs, organizadas por ordem de antiguidade da institucionalização		
	Capital de Estado	Instrumento
1	Rio de Janeiro/RJ	Lei Municipal nº 1.162, de 22/12/1987, institui o Serviço de Medicina Alternativa, na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde
2	Belo Horizonte/MG	Lei Orgânica do Município de Belo Horizonte de 1990 prevê atendimento de homeopatia e práticas alternativas reconhecidas; Lei nº 6.712/1994 cria Programa de Integração Terapêutica Lei nº 9.423, de 1º de agosto de 2007, implantou no Sistema Único de Saúde, tratamento alternativo de Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e Termalismo
3	São Paulo/SP	Lei nº 13.717.2004 institui atendimento de terapias naturais; Lei nº 14.682, de 30 de janeiro de 2008, instituiu o Programa Qualidade de Vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde; Portaria nº 204/2019 da Secretaria Municipal de Saúde, que dispõe sobre o programa municipal de práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PMPICS;
4	Florianópolis/SC	Portaria nº 47/2010 da Secretaria Municipal de Saúde implantou normas gerais para o desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares na Rede Municipal de Saúde de Florianópolis; Instrução Normativa nº 004/2010 da Secretaria Municipal de Saúde estabeleceu normas gerais para a inserção das PICs na rede municipal de saúde de Florianópolis;

		Lei nº 10.528/2019 institucionaliza atendimento de práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde de Florianópolis.
5	Recife/PE	Portaria nº 122/2012 da Secretaria Municipal de Saúde
6	Cuiabá/MT	Resolução nº 15/2014 do Conselho Municipal de Saúde criou a Unidade de Referência em PICs em Saúde; Resolução nº 23/2017 do Conselho Municipal de Saúde aprovou a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no SUS-Cuiabá; Lei nº 6.296/2018 instituiu Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no SUS-Cuiabá;
7	Vitória/ES	Lei nº 9.058/2016 instituiu Política Municipal de PICs
8	Natal/RN	Portaria nº 137/2016 da Secretaria Municipal de Saúde Pública instituiu Política Municipal de PICs
9	Porto Velho/RO	Portaria nº 002/2019 da Secretaria Municipal de Saúde institui atendimento das terapias da PNPIC
10	Campo Grande/MS	Lei nº 6.485/2020 instituiu Programa Municipal de PICs e de Educação Popular em Saúde (PMPICEPS)
11	Goiânia/GO	Portaria nº 600/2020 da Secretaria Municipal de Saúde institui a Política Municipal de Saúde, garantindo atendimento em PICs
12	Manaus/AM	Lei nº 2.595/2020 instituiu a Política Municipal de PICs na rede de assistência à saúde do Município de Manaus

Fonte: Autor (2023).

Sobre a oferta de PICs nos municípios, Sousa e Tesser (2021) alertam para o fato de que os dados extraídos dos sistemas de informação podem não condizer com a realidade. Na medida em que a oferta depende da existência de profissional capacitado e os sistemas de informação dão conta do registro do momento do atendimento, pode ser que aquele profissional não esteja mais no atendimento de saúde. Com isso, aquele serviço em PICs que foi registrado no sistema pode não estar mais ocorrendo, embora ainda conste no sistema que tal serviço é/foi ofertado em determinado município durante o período.

5.3.2 Terapias não-convencionais reconhecidas pelas políticas municipais e estaduais

Lembramos que a inexistência de uma política formalizada não vem impedindo que municípios e estados ofertem tais serviços terapêuticos. O percurso histórico regional e local aponta justamente que esses serviços estavam disponíveis no sistema público de saúde muito antes da política nacional ter sido instituída ou de qualquer outro dispositivo legal.

Como vimos, a primeira normativa de âmbito federal que encontramos na literatura e que trata sobre a oferta de terapias não-convencionais pelo sistema público de saúde, foi a Resolução Inamps nº 117 de 1986, que implantou o Programa de Homeopatia, Fitoterapia e

Acupuntura nos postos do Inamps. Não tivemos acesso direto à esta normativa, somente por intermédio da literatura como, por exemplo, Justo e Gomes (2007), Prefeitura Municipal de Porto Alegre (2015).

Entretanto, antes de 1986 já havia oferta de acupuntura, homeopatia e fitoterapia em alguns serviços públicos de saúde que remonta ao início da década de 1980. Nesse caso, por exemplo, estão as ofertas de acupuntura e fitoterapia pelo sistema público de saúde no Rio de Janeiro em 1981 (BARROS et al; 2021) e homeopatia em São Paulo no mesmo ano (JUSTO; GOMES, 2007).

Se ampliarmos a análise para um conjunto mais amplo de terapias não-convencionais além dessas três, encontramos vários exemplos de oferta sem nenhuma normativa federal até os dias atuais. Apesar de tratarmos disso pouco mais adiante, vale mencionar o exemplo mais antigo e o mais recente para contextualizar o leitor: o Distrito Federal começou a ofertar ioga, biodança e radiestesia em 1989, automassagem em 1990, liang gong em 1998, shantala em 2000, meditação em 2003 e arteterapia em 2004 (MARQUES; PEREIRA NETO, 2010); e, a Bahia, cuja política estadual de PICs data de 2019, reconhece uma variedade de terapias não-convencionais, dentre as quais, “as práticas tradicionais e populares: benzedeadas, curandeiros, rezadeiras, parteiras, raizeiros, pajés, videntes, médiuns, orientadores espirituais e praticantes de religiões de matriz africana” (BAHIA, 2019, p. 16).

5.3.2.1 Terapias não-convencionais reconhecidas pelas políticas municipais e estaduais em período anterior à institucionalização da PNPIC – antes de 2006

A maioria da regulamentação nos estados e nas capitais ocorreram após a PNPIC. Tomando como referência o ano de 2006, somente o Distrito Federal e as cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte possuíam algum dispositivo sobre terapias não-convencionais (quadro 27).

No Distrito Federal, a Lei Orgânica de 1993 não definiu uma terapêutica específica, mas um conjunto de terapias sob o rótulo “práticas alternativas de diagnóstico e terapia” exemplificadas com acupuntura, fitoterapia e homeopatia. Vimos que nessa época já havia o Programa de Terapias não-Convencionais e as terapias exemplificadas na lei eram algumas das que já eram ofertadas pelo programa. A partir de então, houve maior embasamento institucional para a continuidade e ampliação de terapias ofertadas. Assim, acupuntura, fitoterapia, homeopatia, ioga, biodança e automassagem, arteterapia, práticas chinesas e ayurvédica

(shantala) começaram a compor o rol de “práticas alternativas de diagnóstico e terapia” ofertadas na capital federal.

Tomando as capitais de estados, no Rio de Janeiro, em 1987, o serviço de medicina alternativa foi institucionalizado para as práticas chinesas de acupuntura, do-in e moxabustão (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 1987).

Quadro 27: Estados e capitais que possuíam dispositivos legais que incluíam mais de duas terapias não-convencionais no sistema público de saúde, antes da PNPIC (2006)

Estados e capitais que possuíam dispositivos legais que incluíam mais de duas terapias não-convencionais no sistema público de saúde, antes da PNPIC (2006)		
	Estado/Capital de Estado	Instrumento
1	Rio de Janeiro/RJ	Lei Municipal nº 1.162, de 22/12/1987, institui o Serviço de Medicina Alternativa, na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde
2	Belo Horizonte/MG	Lei Orgânica do Município de Belo Horizonte de 1990 prevê atendimento de homeopatia e práticas alternativas reconhecidas; Lei nº 6.712/1994 cria Programa de Integração Terapêutica
3	São Paulo/SP	Lei nº 13.717.2004 institui atendimento de terapias naturais
4	Distrito Federal	Instituto Tecnológico Alternativo 1987 (DF) – efetivou convênio com outras instituições para ofertar acupuntura, fitoterapia, homeopatia, alimentação e outras. Portaria nº 13, de 14 de agosto de 1989, da Secretaria de Estado da Saúde, criou o Programa de Desenvolvimento das Terapias não Convencionais (PDTNC) – institucionalizou o convênio mencionado acima; Lei Orgânica do Distrito Federal de 1993 – artigo 207 estabeleceu a promoção de práticas alternativas em saúde

Fonte: Autor (2023).

Em Belo Horizonte, a Lei Orgânica do município de 1990, em seu artigo 144, estabeleceu ser de responsabilidade do poder público o atendimento de “homeopatia e práticas alternativas reconhecidas” pelas unidades de atendimento do SUS no município (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 1990). A Lei municipal nº 6.712/1994 instituiu o “Programa de Integração Terapêutica” para institucionalizar atendimento em homeopatia, fitoterapia, medicina ayurvédica, antroposofia e medicina chinesa, incluindo acupuntura, nas unidades do SUS do município (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 1994). Veremos mais adiante que medicina ayurvédica foi excluída da lei municipal de 2007.

O município de São Paulo institucionalizou atendimento de terapias naturais em 2004: “Dentre as Terapias Naturais destacam-se modalidades, tais como: massoterapia, fitoterapia, terapia floral, acupuntura, hidroterapia, cromoterapia, aromaterapia, geoterapia, quiropraxia,

ginástica terapêutica, iridologia [iridologia?] e terapias de respiração” (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2004).

Mais adiante, voltaremos a tratar dos municípios de Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo que lançaram novos dispositivos instituindo serviços em terapias não-biomédicas após 2006.

Interessante notar que todos os dispositivos antes da PNPIC são leis aprovadas pelo legislativo municipal e sancionadas pelo prefeito ou prefeita. Outro ponto a se destacar é que a maioria das terapias institucionalizadas não apareceram no diagnóstico realizado pelo MS em 2004 (BRASIL, 2006a; 2006c), a saber: moxabustão, terapia floral, hidroterapia, cromoterapia, aromaterapia, geoterapia, quiropraxia, ginástica terapêutica, iridologia e terapias de respiração.

Quadro 28: Terapias não-convencionais institucionalizadas em estados e capitais de estado por meio de dispositivos legais que envolviam mais de duas terapias, antes da PNPIC (2006)

Terapias não-convencionais institucionalizadas em estados e capitais de estado por meio de dispositivos legais que envolviam mais de duas terapias, antes da PNPIC (2006)			
Local	Terapias não-convencionais institucionalizadas e que foram reconhecidas como PICs na PNPIC em 2006	Terapias não-convencionais institucionalizadas e que foram reconhecidas como PICs na PNPIC em 2017 ou 2018	Terapias não-convencionais institucionalizadas e que não foram reconhecidas como PICs pela PNPIC
Distrito Federal	acupuntura, fitoterapia, homeopatia, práticas chinesas	yoga, biodança, automassagem, arteterapia, ayurvédica (shantala)	
Rio de Janeiro	acupuntura, do-in e moxabustão		
Belo Horizonte	homeopatia, fitoterapia, antroposofia e medicina chinesa	medicina ayurvédica	
São Paulo	fitoterapia, acupuntura	massoterapia, terapia floral, hidroterapia, cromoterapia, aromaterapia, geoterapia, quiropraxia, terapias de respiração [consideramos como meditação]	ginástica terapêutica, iridologia

Fonte: Autor (2023).

5.3.2.2 Terapias não-convencionais reconhecidas pelas políticas municipais e estaduais após a institucionalização da PNPIC – após 2006

Após o ano de 2006, houve aumento de institucionalização das terapias não-convencionais por estados e capitais, conforme quadro 29 abaixo:

Quadro 29: Estados e Capitais de Estado que institucionalizaram políticas em terapias não-convencionais após a PNPIC (2006), por ordem cronológica

Estados e Capitais de Estado que institucionalizaram políticas em terapias não-convencionais após a PNPIC (2006), por ordem cronológica		
1	Amapá	Lei nº 1069/2007 – criou Centro de Referência em Tratamento Natural na Secretaria de Estado da Saúde do Amapá; Lei nº 1.370/2009 – criou o Programa Estadual de Práticas Integrativas
2	Espírito Santo	Resolução nº 543/2008 do Conselho Estadual de Saúde instituiu a Política de Práticas Integrativas e Complementares do Estado do Espírito Santo: Homeopatia, Fitoterapia/Plantas Medicinais e Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura
3	Minas Gerais	Resolução nº 1885/2009 da Secretaria de Estado de Saúde instituiu a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares de Minas Gerais, alterada pela Resolução nº 4597/2014 da mesma secretaria para incluir mais práticas terapêuticas
4	Goiás	Lei nº 16.703, de 23 de setembro de 2009 instituiu a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares de Goiás
5	Rio de Janeiro	Lei nº 5471/2009 criou o Programa de Terapia Natural com as terapias: massoterapia, fitoterapia, terapia floral, acupuntura, hidroterapia, cromoterapia, aromaterapia, oligoterapia, geoterapia, quiropraxia, iridologia, hipnose, trofoterapia, naturologia, ortomolecular, ginástica terapêutica e terapias da respiração; Lei 9345/2021 criou o Programa Estadual de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA) com medicina tradicional chinesa, fitoterapia, homeopatia e outras que poderão ser inseridas
6	Florianópolis/SC	Portaria nº 47/2010 da Secretaria Municipal de Saúde implantou normas gerais para o desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares na Rede Municipal de Saúde de Florianópolis; Instrução Normativa nº 004/2010 da Secretaria Municipal de Saúde estabeleceu normas gerais para a inserção das PICs na rede municipal de saúde de Florianópolis; Lei nº 10.528/2019 institucionaliza atendimento de práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde de Florianópolis.
7	Mato Grosso	Lei nº 9567/2011 criou o Programa de Terapia Natural
8	Rio Grande do Norte	Portaria nº 274/2011 da Secretaria de Estado de Saúde instituiu a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Norte;

		Lei nº 10.933/2021 normatiza a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PEPIC/RN
9	Recife/PE	Portaria nº 122/2012 da Secretaria Municipal de Saúde
10	Rio Grande do Sul	Resolução CIB nº 965/2013; Resolução nº 14/2014 do Conselho Estadual de Saúde aprovou a Política Estadual de Práticas integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul
11	Vitória/ES	Lei nº 9.058/2016 instituiu Política Municipal de PICs
12	Natal/RN	Portaria nº 137/2016 da Secretaria Municipal de Saúde Pública instituiu Política Municipal de PICs
13	Cuiabá/MT	Resolução nº 15/2014 do Conselho Municipal de Saúde criou a Unidade de Referência em PICs em Saúde; Resolução nº 23/2017 do Conselho Municipal de Saúde aprovou a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no SUS-Cuiabá; Lei nº 6.296/2018 instituiu Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no SUS-Cuiabá;
14	Santa Catarina	Lei nº 17.706/2019 instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Estado de Santa Catarina
15	Bahia	Resolução nº 22/2019 do Conselho Estadual de Saúde; Resolução CIB nº 113/2019; 20/06/2019 instituiu a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia (PEPIC-BA)
16	Porto Velho/RO	Portaria nº 002/2019 da Secretaria Municipal de Saúde institui atendimento das terapias da PNPIC
17	Campo Grande/MS	Lei nº 6.485/2020 instituiu Programa Municipal de PICs e de Educação Popular em Saúde (PMPICEPS)
18	Goiânia	Portaria nº 600/2020 da Secretaria Municipal de Saúde institui a Política Municipal de Saúde, garantindo atendimento em PICs
19	Manaus	Lei nº 2.595/2020 instituiu a Política Municipal de PICs na rede de assistência à saúde do Município de Manaus

Fonte: Autor (2023).

Nos âmbitos estadual e municipal, quando os respectivos dispositivos legais foram instituídos após a PNPIC, a maioria não se preocupou com a limitação de PICs reconhecidas pela política nacional. Ao que parece, nessas políticas foram incluídas terapias não-convencionais que já eram ofertadas na respectiva rede de saúde pública, independentemente da existência de qualquer dispositivo legal local, regional e/ou nacional que as respaldasse. Ou seja, na maioria dos contextos regionais e locais, a política nacional foi apropriada a partir do significado da possibilidade de regulamentação de terapias não-convencionais que já compunham a realidade vivida nas unidades de atendimento.

Com relação às capitais de estado, as políticas de Cuiabá (2019), Natal (2016), Porto Velho (2019), Vitória (2016) e Manaus (2020) referenciam textualmente seguirem as PICs

recomendadas pela PNPIC. Em Campo Grande, além das 29 PICs da política nacional, acrescenta o termo “e práticas afins” sem detalhar o que isso quer dizer.

Ainda nas capitais de estado, Florianópolis (2010) reconheceu por meio de portaria acupuntura, homeopatia, fitoterapia e “outras PICs”, sem mencionar quais são elas. Entretanto, no artigo dois menciona que PICs compreendem sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, cujas abordagens “buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio de técnicas eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio e a sociedade” (PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS, 2010, s.p.).

Essa definição dada pelo MS, vai retornar em 2019, quando a lei municipal estabeleceu como PICs as práticas que “utilizam basicamente recursos naturais” (PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS, 2019, s.p.) e exemplifica com massoterapia, fitoterapia, terapia floral, acupuntura, cromoterapia, aromaterapia, quiropraxia, iridologia, ortomolecular, ginástica terapêutica, terapias da respiração. Vê-se, portanto, que, a exemplo da portaria de 2010, a lei de 2019 não seguiu o preconizado pela PNPIC.

Recife, em 2012, reconheceu como PICs, além de fitoterapia brasileira, antroposofia, homeopatia e medicina tradicional chinesa (acupuntura, tai chi chuan, lian gong, automassagem, orientação alimentar e fitoterapia), ayurveda (inclui fitoterapia indiana), ioga, meditação e “práticas de reconhecido valor social, mesmo que sigam a mesma racionalidade científica moderna, desde que orientadas pelos princípios descritos no inciso primeiro deste artigo” (PREFEITURA DE RECIFE, 2012, s.p.).

O caso de Belo Horizonte, tratado parcialmente no tópico anterior, teve nova política instituída por lei de 2007 em que reconhece as PICs da PNPIC de 2006 e exclui ayurveda que constava na política municipal de 1994. Também, no Rio de Janeiro, parcialmente tratado, em 2020 a prefeitura emitiu o Decreto municipal nº 47.146/2020 instituindo a Gerência da Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares, cujo objetivo envolve a oferta de PICs nas unidades de atendimento do SUS no município.

O município de São Paulo também instituiu normativa antes e após a PNPIC. A lei de 2008 instituiu o Programa Qualidade de Vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde, em que previa a oferta de medicinas tradicionais, homeopatia, alimentação saudável, plantas medicinais e práticas corporais e meditativas.

Mais recentemente, em 2019, uma portaria atualizou os atendimentos do Centro de Referência em Homeopatia, Medicinas Tradicionais – Práticas Integrativas em Saúde Bosque

da Saúde com homeopatia; medicina tradicional chinesa (acupuntura, distintas práticas corporais e meditativas), automassagem, orientação alimentar, fitoterapia e plantas medicinais; antroposofia; ayurveda, e distintas práticas corporais e meditativas como arteterapia, musicoterapia, biodança e dança circular, naturopatia, reflexoterapia, reiki e imposição de mãos, shantala, ioga, aromaterapia, bioenergética, terapia de florais. Ainda, possibilita que outras terapias podem ser incorporadas.

Passando para os estados, as políticas de Santa Catarina de 2019 e de Goiás de 2009 trazem textualmente sua obediência em acompanhar a definição da política nacional. No Amapá, a lei de 2007 que cria o Centro de Referência em Tratamento Natural (CRTN), também menciona seguir as definições da política nacional, mas utiliza o termo “terapias naturais” e elenca fitoterapia, acupuntura, nutrição e alimentação natural, homeopatia e antroposofia como terapias ofertadas. Em 2009, nova lei instituiu o Programa Estadual de Práticas Integrativas respeitando as PICs pela política nacional.

No Mato Grosso, o “Programa de Terapia Natural” institucionalizado em 2011, reconheceu a oferta das PICs da PNPIC, além de massoterapia, floral, hidroterapia, cromoterapia, aromaterapia, geoterapia, hipnose, quiropraxia, naturologia, técnicas de respiração, todas posteriormente reconhecidas como PICs. Além delas, incluiu oligoterapia, iridologia, ortomolecular, ginástica terapêutica e técnicas de avaliação energética das terapias naturais, ainda não incluídas na PNPIC.

A política estadual do Rio Grande do Sul de 2013, além das cinco terapias da PNPIC de 2006, também inclui floral, reiki, ioga, terapia comunitária, osteopatia, quiropraxia e massoterapia, recomenda ayurveda, shantala, cromoterapia, musicoterapia, aromaterapia e geoterapia, todas posteriormente incluídas na PNPIC em 2017 ou 2018.

No Rio Grande do Norte, a política de 2011 instituída por portaria previu, além das PICs da PNPIC, “práticas corporais transdisciplinares” e “vivências lúdicas integrativas”. A lei de 2021, manteve essas duas terapias e continuou seguindo a política nacional agora com as 29 PICs.

Minas Gerais foi outro estado que teve alteração da política institucionalizada. A primeira resolução de 2009 previa somente as cinco PICs de 2006 e, em 2014, foram acrescentadas shantala, ioga, terapias comunitárias (integrativas) e dança circular, as quais seriam incorporadas posteriormente à política nacional.

A política de 2013 do Espírito Santo, embora traga seu título seja “Política de Práticas Integrativas e Complementares do Estado do Espírito Santo: homeopatia, fitoterapia/plantas

medicinais e medicina tradicional chinesa/acupuntura”, no conteúdo acrescenta, além dessas terapias, ioga, tai chi chuan, liang gong e meditação. Cabe mencionar que as três últimas, muitas vezes, estão contempladas na medicina tradicional chinesa, embora meditação tenha recebido atenção especial em 2017. Além disso, a política capixaba aponta que as PICs podem ser utilizadas como 1ª opção terapêutica de acordo com o projeto terapêutico individual. Esse detalhe é importante porque a própria definição de PICs é ser adjuvante à medicina convencional.

No Rio de Janeiro, há duas políticas. Em 2009, foi instituído o “Programa de Terapia Natural” para ofertar atendimento em acupuntura e fitoterapia que já estavam na PNPIC; massoterapia, terapia floral, cromoterapia, aromaterapia, geoterapia, quiropraxia, hipnose, naturologia e terapias da respiração (meditação) que foram inseridas em 2017 e 2018 na PNPIC; e, oligoterapia hidroterapia, trofoterapia, iridologia, ortomolecular e ginástica terapêutica que não são reconhecidas como PICs pela política nacional. O estado ainda instituiu o Programa Estadual de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA) em 2021, com medicina tradicional chinesa, fitoterapia, homeopatia e outras que poderão ser inseridas a partir das definições do Conselho Estadual de Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde.

O caso da política da Bahia se destaca pela quantidade de terapias reconhecidas além das 29 PICs da PNPIC. As terapias são organizadas em cinco grupos, a saber: 1. Sistemas Médicos Complexos, 2. Práticas Corporais e Vivências Integrativas, 3. Práticas Energéticas/Vibracionais e Meditativas/Contemplativas, 4. Terapias baseadas em produtos naturais/Plantas Medicinais e 5. Práticas Tradicionais e Populares. Desse modo, compõem as PICs da PEPIC-BA, medicina tradicional chinesa, homeopatia, medicina antroposófica, ayurveda categorizadas como sistemas médicos complexos e:

As práticas corporais e vivências integrativas podem ser desenvolvidas em abordagens individuais ou coletivas, na unidade de saúde ou na comunidade, sob as seguintes modalidades: análise bioenergética, apiterapia, **argiloterapia**, arteterapia, biodança, **contação de histórias**, constelação familiar, dança circular, **educação somática**, geoterapia, massoterapia, **medicina germânica**, **medicina-neohipocrática/naturologia/naturopatia**, **microfisioterapia**, musicoterapia, osteopatia, ozonioterapia, quiropraxia, **terapia aquática**, **terapia com animais**, Terapia Comunitária Integrativa (TCI) (...) práticas energéticas/ vibracionais e meditativas/contemplativas: **crystaloterapia**, cromoterapia, **cura magnificada**, **frequências de brilho**, hipnoterapia, imposição de mãos, **johrei**, **passé magnético**, **radiestesia**, reiki, **técnicas imaginativas/visualização criativa** e diferentes tipos de meditação (guiada, yoga, transcendental, mindfulness, **dentre outras**) (...) Terapias Baseadas em Produtos Naturais/Plantas Medicinais (...) Neste grupo estão contempladas a aromaterapia, crenoterapia/termalismo, fitoterapia, naturologia e terapias de florais (...) práticas tradicionais e populares: **benzedeiros**, **curandeiros**, **rezadeiras**, **parteiras**, **raizeiros**, **pajés**, **videntes**, **médiuns**, **orientadores espirituais e praticantes de religiões de matriz africana** (PEPIC-BA, 2019, p. 14, 15, 16. Grifo nosso).

As terapias grifadas não são reconhecidas como PICs pela política nacional.

Quadro 30: Terapias não-convencionais inseridas em políticas de estados e capitais brasileiras que foram ou não foram reconhecidas como PICs pela PNPIC

Terapias não-convencionais inseridas em políticas de estados e capitais brasileiras que foram ou não foram reconhecidas como PICs pela PNPIC		
Local	Terapias não-convencionais que estão inseridas nas políticas de estados e capitais de estado institucionalizadas após 2006 e que SÃO reconhecidas como PICs pela PNPIC em 2006, 2017 e/ou 2018	Terapias não-convencionais que estão inseridas nas políticas de estados e capitais de estado institucionalizadas após 2006 e que NÃO foram reconhecidas como PICs pela PNPIC
Cuiabá (2019)	as definidas pela PNPIC	--*--
Natal (2016)	as definidas pela PNPIC	--*--
Porto Velho (2019)	as definidas pela PNPIC	--*--
Vitória (2016)	as definidas pela PNPIC	--*--
Manaus (2020)	as definidas pela PNPIC	--*--
Campo Grande (2020)	as definidas pela PNPIC e afins	--*--
Florianópolis (2010)	as definidas pela PNPIC e recursos terapêuticos que adotam abordagem integrativa e complementar	--*--
Florianópolis (2019)	práticas que utilizam basicamente recursos naturais, tais como massoterapia, fitoterapia, terapia floral, acupuntura, cromoterapia, aromaterapia, quiropraxia, terapias da respiração	iridologia, ortomolecular, ginástica terapêutica
Recife (2012)	as definidas pela PNPIC e ayurveda	práticas de reconhecido valor social, desde que orientados pela abordagem holística
Belo Horizonte (2007)	as definidas pela PNPIC	--*--
Santa Catarina (2019)	as definidas pela PNPIC	--*--
Goiás (2009)	as definidas pela PNPIC	--*--

Mato Grosso (2011)	as definidas pela PNPIC e massoterapia, floral, hidroterapia, cromoterapia, aromaterapia, geoterapia, hipnose, quiropraxia, naturologia, técnicas de respiração	oligoterapia, iridologia, ortomolecular, ginástica terapêutica e técnicas de avaliação energética das terapias naturais
Rio Grande do Sul (2013)	as definidas pela PNPIC e floral, reiki, yoga, terapia comunitária, osteopatia, quiropraxia e massoterapia, recomenda ayurveda, shantala, cromoterapia, musicoterapia, aromaterapia e geoterapia	--*--
Rio Grande do Norte (2011)	as definidas pela PNPIC e práticas corporais transdisciplinares e vivências lúdicas integrativas	--*--
Rio Grande do Norte (2021)	as definidas pela PNPIC e práticas corporais transdisciplinares e vivências lúdicas integrativas	--*--
Minas Gerais (2009)	as definidas pela PNPIC	--*--
Minas Gerais (2014)	as definidas pela PNPIC e shantala, yoga, terapias comunitárias (integrativas) e dança circular	--*--
Espírito Santo (2013)	as definidas pela PNPIC e yoga, tai chi chuan, liang gong e meditação	--*--
Amapá (2007)	terapias naturais – fitoterapia, acupuntura, nutrição e alimentação natural, homeopatia e antroposofia	--*--
Amapá (2009)	as definidas pela PNPIC	--*--
Município do Rio de Janeiro (2020)	menciona apenas PICs	--*--
Rio de Janeiro (2009)	acupuntura, fitoterapia massoterapia, terapia floral, cromoterapia, aromaterapia, geoterapia, quiropraxia, hipnose, naturologia, terapias da respiração (meditação)	oligoterapia hidroterapia, trofoterapia, iridologia, ortomolecular e ginástica terapêutica

Rio de Janeiro (2021)	medicina tradicional chinesa, fitoterapia, homeopatia e outras	--*--
Município de São Paulo (2008)	medicinas tradicionais, homeopatia, plantas medicinais e práticas corporais e meditativas	alimentação saudável
Município de São Paulo (2019)	homeopatia; medicina tradicional chinesa (acupuntura, distintas práticas corporais e meditativas), automassagem, fitoterapia e plantas medicinais; antroposofia; ayurveda, e distintas práticas corporais e meditativas como arteterapia, musicoterapia, biodança e dança circular, naturopatia, reflexoterapia, reiki e imposição de mãos, shantala, ioga, aromaterapia, bioenergética, terapia de florais e outras	orientação alimentar,
Bahia (2019)	análise bionérgica, apiterapia, arteterapia, biodança, constelação familiar, dança circular, geoterapia, massoterapia, musicoterapia, osteopatia, ozonioterapia, quiropraxia, Terapia Comunitária Integrativa (TCI), cromoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, reiki, e diferentes tipos de meditação (guiada, yoga, transcendental, mindfulness), aromaterapia, crenoterapia/termalismo, fitoterapia, naturologia e terapias de florais	Argiloterapia, contação de histórias, educação somática, medicina germânica, medicina-neohipocrática/naturologia/naturopatia, microfisioterapia, terapia aquática, terapia com animais, cristaloterapia, cura magnificada, frequências de brilho, johrei, passe magnético, radiestesia, técnicas imaginativas/visualização criativa, benzedeiros, curandeiros, rezadeiras, parteiras, raizeiros, pajés, videntes, médiuns, orientadores espirituais e praticantes de religiões de matriz africana

Fonte: Autor (2023).

5.3.3 Algumas considerações

Quando se segue o modo como os atores regionais e locais se apropriam da política nacional, fica mais evidente o movimento de ressignificação, ou tradução, da política. Lembramos que nossa proposta de análise argumenta que somente é possível perceber a existência da PNPIC em seu movimento, ou seja, sempre contextualizada, sempre em relação e associada a outros atores.

Apliquemos essa análise a partir de três pontos que julgamos serem esclarecedores e também porque são realidades não previstas no documento da política.

- a) O primeiro é talvez o mais emblemático e diz respeito ao fato de que nem todos os estados e todas as capitais instituíram política, a despeito da prescrição do texto da política nacional;
- b) O segundo é que a maioria das políticas estão instituídas pelo legislativo e não diretamente pelo executivo, diferentemente do preconizado pela PNPIC;
- c) O terceiro se refere à quantidade de terapias não-convencionais contempladas pelas políticas regionais e locais sob a definição de PICs – com exceção do Mato Grosso –, apesar de não terem sido reconhecidas pela PNPIC.

Com relação ao primeiro, lembremos que o texto da política imputa ao próprio Ministério que as suas ações e políticas devem estar articuladas com a PNPIC, o que não vem ocorrendo, conforme vimos no capítulo anterior. Isso não ocorre justamente porque, para constituir a realidade e fazer parte dela, a política precisa se movimentar, seja influenciando outros atores, seja sendo agenciada. Ao que parece, sua capacidade de influência nas ações do próprio Ministério ainda não está sendo suficiente e somente emerge na realidade dessas ações e políticas de saúde quando agenciadas por outros atores.

Os dados produzidos pelo próprio Ministério e pelos estudiosos, apontam que a falta de um dispositivo legal não vem sendo crucial para a oferta desse tipo de terapia, o que demonstra a pouca relevância de um dispositivo legal para as realidades vividas nas situações concretas. Conforme apontou Tesser (2012), duas das vias de aceitação desse tipo de terapia é pelo uso e pela legitimação social, e podemos dizer que é isso o que vem ocorrendo nessas localidades onde não existe institucionalização de política específica, mas há demanda e oferta de serviços.

Com relação ao tipo de institucionalização, a tradução da política nacional está sendo feita no sentido de possibilitar atingir capital eleitoral, haja vista que muitos locais optaram por processos legislativos. A influência do capital eleitoral pode ser percebida pela natureza do processo de institucionalização de uma lei, o que envolve projetos de lei. Aliás muitos projetos de lei tramitam ou foram arquivados nas assembleias legislativas, nas câmaras de vereadores, na câmara dos deputados ou no senado federal. Eles versam sobre institucionalização de uma política específica, regularização de uma profissão ou inserção de determinada terapia não-convencionais no rol de terapêuticas atendidas pelo sistema público de saúde conforme segue⁵⁸.

⁵⁸ Para um panorama sobre os projetos de lei tramitados no Congresso Nacional, ver IQC (2022).

Quadro 31: Alguns Projetos de Lei sobre Política de PICs na Câmara dos Deputados, nas Assembleias Legislativas e nas Câmaras do Vereadores

Alguns Projetos de Lei sobre Política de PICs na Câmara dos Deputados, nas Assembleias Legislativas e nas Câmaras do Vereadores	
Câmara dos Deputados	PL nº 2.821/2019 – Política Nacional de PICs
Amazonas	PL nº 66/2013 – Plano Estadual de PICs
Amapá	PL nº 187/2016 – cria Centro de Referência em PICs em Saúde do Amapá
Bahia	PL nº 23.462/2019 – cria Política Estadual de PICs em Saúde da Bahia
Mato Grosso do Sul	PL de 24/05/2016 (Deputado Márcio Fernandes) – cria Programa de PICs em MS
Mato Grosso	PL nº 676/2015 – Plano Estadual de Medicina Natural e Práticas Complementares
Pernambuco	PL nº 341/2019 – Política Estadual de PICs do Pernambuco PL nº 1060/2020 – PICs para dissipar estresse dos profissionais de saúde e demais trabalhadores na frente de atendimento da COVID-19 PL nº 343/2019 – PICs no atendimento a pessoas com espectro autista
Rio Grande do Sul	PL nº 209/2021 – PICs no SUS
São Paulo	PL nº 770/2010 – Política Estadual de PICs
Fortaleza/CE	PL nº 218/2020 – Programa de PICs para profissionais que atuam na linha de frente de atendimento ao COVID-19 PL nº 465/2017 – Política pública de estímulo à capacitação de profissionais de saúde em PICs PL nº 251/2013 – Política Municipal de PICs
Curitiba/PR	PL nº 005.00164/2019 – PICs em saúde no município
Porto Velho/RO	PL nº 3.998/2019 – Programa Municipal de PICs e Educação Popular em Saúde
Porto Alegre/RS	PL nº 225/2019 – Política Municipal de PICs

Fonte: Autor (2023).

Não menos importante são as frentes parlamentares relacionadas às PICs, como a Frente Parlamentar Mista em Defesa das PICs em Saúde e da Felicidade na Câmara dos Deputados, composta por deputados e senadores; nas Assembleias Legislativas e Câmara de Vereadores, geralmente com a denominação Frente Parlamentar em Defesa das PICs, como no Rio Grande do Sul ou nos municípios do Rio de Janeiro e de Porto Alegre. As frentes parlamentares não são ordinárias, mas demandadas, e precisam ser requeridas por algum parlamentar ao Presidente do legislativo, para funcionarem por dois anos.

Eventos como audiências públicas ou seminários também são movimentos importantes para articular capital eleitoral, mas, sobretudo, porque são agenciadas entidades que aglutinam

profissionais em torno de uma ou mais terapias. Um exemplo foi o seminário ocorrido na Câmara de Vereadores de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, em 2019, com a presença de políticos e variadas dessas entidades. O seminário compôs o movimento de institucionalização sendo organizado pelo mesmo vereador que propôs o projeto de lei, Dr. Lívio, e é possível supor que um dos resultados do seminário tenha sido a institucionalização da política municipal em 2020.

No âmbito nacional, podemos mencionar como exemplo a recente audiência pública realizada em Brasília em março de 2022, solicitada por um Senador da República com a finalidade de debater com a setores da sociedade acerca da constelação familiar, uma das PICs da PNPIC.

Também é preciso reconhecer que, do ponto de vista político-eleitoral, instituir uma política desse tipo por meio de portaria enseja o risco político de ganhar ou perder eleitorado. Nesse sentido, pode ser que o agente do executivo opte por não dar prosseguimento ao ato, uma vez que o serviço já vem sendo ofertado.

Vê-se, então, uma variedade de novos atores entrelaçando suas ações, tais como prefeitos, governadores, vereadores, deputados estaduais, partidos políticos, profissionais de saúde que atuam localmente, gestores de saúde locais, eleições, associações, pacientes, novas leis, novas portarias, novas terapias etc.

A existência de muitas terapias não-convencionais incluídas nas políticas locais e regionais que não constam na PNPIC é um ponto muito interessante, na medida em que o próprio governo federal reconhece que pode haver terapias não-convencionais sendo ofertadas pelo sistema público de saúde além das PICs. Vimos isso pelo diagnóstico de 2004 que o MS elaborou para os debates sobre a política (ver capítulo 2.2), pelo PMAQ de 2013 e de 2017 e pela Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 e 2019 (ver capítulo 5.2). Ainda, o reconhecimento da existência de oferta de práticas não reconhecidas pela política nacional veio, também, pelas portarias de 2017 e 2018 que afirmam estarem reconhecendo como PICs aquelas terapias não contempladas pela PNPIC, mas que já eram realidade nas unidades de atendimento de saúde.

Por um lado, muitas das terapias ofertadas e/ou incluídas nas políticas locais e regionais, foram reconhecidas como PICs pela política nacional em 2006, 2017 ou 2018. Por outro, conforme apontado por Sousa e Tesser (2021), o reconhecimento de mais PICs em 2017 e 2018 parece ter tido uma motivação mais política do que técnica, na medida em que não houve um debate amplo como ocorreu para a institucionalização da PNPIC em 2006 e não foram orientadas por evidências científicas sobre eficácia dessas terapias.

De qualquer maneira, ao ampliarem o rol de terapias reconhecidas sob o termo PICs, as políticas de estados e municípios contestam as limitações impostas pela PNPIC, resultando na alteração do texto da PNPIC. A apropriação que essas políticas fazem da política nacional não requer ou está sendo feita visando alterar a política nacional, pois, elas prescindem do respaldo federal para atuarem na constituição das realidades locais, conforme demonstra a história de sua existência e o fato de que a maioria dos estados e das capitais de estado não possuem regulamentação sobre PICs.

5.4 ANALISANDO COMO A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EMERGIU DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Devido à importância da pandemia de COVID-19, este capítulo faz uma reflexão sobre os modos como a PNPIC e as PICs foram emergidas durante o ano de 2020. Além de explicar sobre como a política atuou durante a pandemia, é um exemplo de como ela está sendo feita em situações concretas.

A partir de informações coletadas digitalmente, aprofundamos nossa análise da política pública como um processo que institui e é instituído, a partir da teoria ator-rede e da abordagem do agenciamento (SAVAGE, 2018; 2020; BAKER; MACGUIRK, 2017; SHORE; WRIGHT, 2011; LAW, 2006; LAW *et al.* 2016; MELLARD; VAN MEIJL, 2017). Desse modo, tentaremos apresentar uma reflexão sobre como a PNPIC ganhou vida durante as consequências geradas pela disseminação do vírus SARS-CoV-2 e a contaminação da população pela COVID-19 durante o ano de 2020.

Reforçamos que, quando se aborda ações políticas como sendo fluxos de movimentos causados por emaranhados de práticas efetivadas pelos atores envolvidos, é importante levar em consideração tanto atores humanos quanto não-humanos e suas ações (LATOUR, 2005; LAW *et al.*, 2014). Olhando por essa lente aproximada, é possível compreender os caminhos pelos quais, não somente uma ação isolada de uma política pública, mas a própria PNPIC como um todo vem sendo desenhada e redesenhada juntamente com o entrelaçamento dos atores envolvidos em cada contexto em que ela está sendo emergida.

Pode-se, ainda, observar como os resultados dessas ações vão restringindo ou ampliando possibilidades, desvendando a complexidade e heterogeneidade que residem por trás da aparente unicidade, naturalidade e coerência da política. Por exemplo, ao reconhecer uma terapêutica não-convencional como PIC, abre-se a possibilidade de oferta de atendimento, de formação e contratação de profissionais. Ao mesmo tempo, legitimar certos profissionais que podem atuar com esta terapia no SUS gera um movimento de restrição de outros, como, por exemplo, profissionais que não são da área da saúde não estão autorizados a aplicar reiki pelo SUS.

No caso em tela, a pandemia causada pela contaminação do vírus SARS-CoV-2, a busca mundial por caminhos terapêuticos que previnam a contaminação, curem ou minimizem os sintomas, o uso das tecnologias de informação e comunicação (TICs) como uma das principais

vias de comunicação entre pessoas, instituições e governos, e a PNPIC como parte da política pública de saúde brasileira, são alguns dos atores relevantes e que enfatizaremos aqui.

Para este capítulo, realizamos busca exploratória pelo site de busca www.google.com com os unitermos “práticas integrativas pandemia”, “práticas integrativas covid-19”, “práticas integrativas ‘nome do estado’”, “práticas integrativas ‘nome da capital’”. Nos sites governamentais do MS, dos governos dos estados, das prefeituras das capitais de estados e das secretarias estaduais e municipais de saúde, realizamos buscas nas notícias, no setor de saúde, na área dedicada à COVID-19 e pelo sistema de busca próprio dos respectivos com os unitermos: “práticas integrativas” ou “prática integrativa”. Alguns resultados nos redirecionaram para outros canais digitais, como www.youtube.com, onde exploramos os canais governamentais e os Telessaúde. Foram analisados todos os documentos e vídeos com data de postagem no período de janeiro a setembro de 2020, sendo incluídos aqueles que relacionavam PICs e COVID-19.

5.4.1 Contexto da Pandemia de COVID-19

Desde que a OMS declarou a COVID-19 como pandemia por meio de “Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional” em 30 de janeiro de 2020⁵⁹, distanciamento social, higienização das mãos, uso de máscaras e opção por ambientes ventilados foram as formas mais eficazes para conter ou minimizar a contaminação pelo SARS-CoV-2, além da vacina que posteriormente se tornou o principal meio para conter e se proteger da contaminação e minimizar seus sintomas. Nesse contexto, as TICs emergiram como uma das principais formas de interação entre as pessoas e o mundo externo às suas residências, bem como para obter informações atualizadas a respeito dos acontecimentos. Na corrida para descobrir terapias eficazes para prevenir a infecção, curar, controlar os sintomas ou mitigar suas consequências pós-recuperação (COVID longa), redes de produção e trocas de conhecimento científico foram criadas por pesquisadores e instituições para disponibilização e trocas dos conhecimentos a partir de casos empíricos ou resultados de pesquisas.

No campo científico, portanto, a rápida descoberta de que o causador da doença era o vírus SARS-CoV-2, e o compartilhamento imediato do sequenciamento de seu genoma,

⁵⁹ Disponível em: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihremergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihremergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)).

possibilitou o início da corrida por uma vacina e abriu novas possibilidades de entendimento sobre o vírus e a doença que ele causa.

Outro exemplo da ação dos cientistas e instituições científicas foi, e ainda é, a área dedicada exclusivamente à COVID-19 na plataforma digital MedRxiv⁶⁰, que vem publicando artigos científicos ainda não revisados por pares, para que pesquisadores possam compartilhar, comentar e receber comentários de textos antes de serem submetidos à avaliação por especialistas em periódicos científicos. A plataforma fundada pela “Cold Spring Harbor Laboratory” – uma instituição sem fins lucrativos voltada à educação e pesquisa –, pela Universidade de Yale e pelo “British Medical Journal” – um dos mais renomados periódicos do mundo –, tem apoio da “Chan Zuckerberg Initiative” e vem se destacando como uma das principais ferramentas utilizadas pela comunidade científica. Além disso, periódicos mundialmente prestigiados e bases de dados científicos digitais, também passaram a disponibilizar gratuitamente a produção científica sobre a COVID-19, já revisada pelos especialistas. Destaque também deve ser dado ao site da Universidade John Hopkins⁶¹ que, dentre outras, desde o início da pandemia vem acompanhando a disseminação da doença produzindo, dentre outros, um mapa global continuamente atualizado de casos de contaminação e mortes.

No âmbito diplomático, além das informações disponibilizadas no site da OMS, organizações multilaterais continentais como OPAS (2020), União Europeia (EUROPEAN UNION, 2020), União Africana (AFRICAN UNION, 2020) e governos dos países também criaram páginas na internet específicas com materiais e informações que podem ser acessadas diretamente por qualquer pessoa. Importante mencionar que as ferramentas digitais de tradução de idiomas aproximam e dão ampla acessibilidade às informações contidas nesses sites.

Especificamente sobre o contexto brasileiro, em todos os níveis das instâncias governamentais (federal, estadual e municipal), foram criados canais digitais de informação a respeito da COVID-19, geralmente inseridos nos sites específicos dos setores responsáveis pelas políticas de saúde (Ministério da Saúde ou Secretarias de Saúde).

As informações que encontramos nesses sites, apontam para a hegemonia das práticas de saúde convencionais nas ações contra a COVID-19, em detrimento das ações relacionadas à PNPIC, muito embora o CNS tenha emitido, em maio de 2020, recomendação aos setores responsáveis pelas políticas públicas de saúde sobre as PICs (CNS, 2020).

⁶⁰ Ver: www.medrxiv.org.

⁶¹ Ver: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.

Entretanto, assumindo que a PNPIC não é algo autônomo, previamente definido ou somente de responsabilidade dos atores governamentais, mas, ao contrário, como sendo processos dinâmicos contextualizados, constituídos por conjuntos de ações efetivadas por variados atores que se conectam em determinados momentos, de determinadas maneiras e sobre certas condições, visando o surgimento na realidade de versões da política (SHORE; WRIGHT, 2011; MELLARD; VAN MEIJL, 2017), perceber a existência de outros atores e prestar atenção às formas como os entrelaçamentos das suas ações fazem emergir na realidade a PNPIC, torna-se um aspecto importante para se compreender como a PNPIC foi sendo desenvolvida durante o contexto da pandemia no ano de 2020.

5.4.2 PNPIC na pandemia da COVID-19

A pandemia causada pela COVID-19 também deve ser compreendida como um ator num fluxo de relações interagindo com outras entidades, contribuindo para fazer emergir versões de realidades. Uma etnografia da pandemia pode revelar a heterogeneidade de entidades que a constituem e como os variados modos de relacionalidade entre elas fizeram emergir uma multiplicidade de versões que, à primeira vista, parecem ser fenômenos singulares (autônomos) e estáveis (sempre ocorre do modo) devido à purificação que resulta dos processos sincréticos que resultam desses entrelaçamentos.

Uma observação contextualizada demonstra que as consequências da COVID-19 não foram ou não são as mesmas em todos os lugares, como, por exemplo, as taxas de incidência, prevalência ou mortalidade nos países se diferem enormemente. Pelo que afirmam as pesquisas, é a ação de outros atores que influenciam o modo como essas versões surgem, tais como: tecnologias de transporte que facilitam ou dificultam o contato e o deslocamento do vírus SARS-CoV-2; ações individuais ou coletivas que pessoas e/ou governos tomaram para prevenir a contaminação; estruturas, formas de acessibilidade e disponibilidade de serviços e ações de saúde adequados e eficazes; atores econômicos e políticos; vacinas; planejamento das ações de vacinação; dentre outros.

No contexto brasileiro, a pandemia de COVID-19 vem exercendo grande influência no sistema de saúde público brasileiro. No que tange especificamente à PNPIC, devido às medidas de distanciamento social, estados e prefeituras suspenderam por um tempo as atividades de PICs no território e muitas das equipes tiveram que criar formas de continuar o tratamento com pacientes, agenciando novos atores.

Lançando mão de estratégias, até então, pouco utilizadas e, em alguns casos, não utilizadas, os atores envolvidos (profissionais de saúde, instituições e governos) passaram a agenciar as TICs (tecnologias de informação e comunicação) como ferramentas essenciais neste contexto, incrementando a “reconfiguração do mundo como uma consequência da introdução de novos objetos técnico-científicos” (MARRES, 2009, p. 127).

Como já mencionamos, as TICs emergiram como principais via de comunicação entre pessoas e instituições e emergiram também como atores importantes no processo de fazer ações de saúde, como, por exemplo, possibilitando novos modos de fazer consultas, por exemplo. Emitida em abril de 2020 (BRASIL, 2020b), a portaria do MS autorizando o uso de TICs em consultas, denominada de telemedicina, foi impulsionada pela ação que a pandemia exerceu sobre a atuação de profissionais de saúde, influenciando num debate que vem de longa data.

A telemedicina foi uma, mas não a única maneira pela qual a PNPIC passou a ser feita. Soma-se também as variadas formas a partir da internet, tais como vídeos teóricos e/ou com práticas específicas voltados tanto à profissionais quanto ao público em geral, materiais didáticos com explicações teóricas e orientações práticas voltados ao público em geral disponibilizados para download, produção e divulgação de conhecimentos. É sobre algumas dessas formas que discorreremos a seguir. Interessante que em cada uma há novas formas pelas quais PICs e PNPIC foram feitas, a apropriação trouxe ressignificações específicas.

Por exemplo, quando as cartilhas ou os vídeos orientavam sobre uso de fitoterapia ou ayurveda, fizeram emergindo um roteiro prescritivo de uso que não considera variáveis importantes num processo diagnóstico. Se, por um lado, em algumas vezes as cartilhas mencionam que o uso da fitoterapia pode interagir com determinados medicamentos, por outro, não especifica quais são eles. Quanto à ayurveda, não é diferente. As orientações de uso não consideram um dos fundamentos desse sistema médico que são os *doshas*, isto é, os três aspectos que constituem o corpo (*khapa*, *vatta* e *pitta*) que devem estar equilibrados para que o funcionamento fisiológico corporal permaneça em homeostase e, como consequência, as enfermidades estão relacionadas também à falta ou ao excesso desses elementos (LAD, 2012).

As versões didáticas dessas PICs as despem de suas complexidades, tornando-as prescrições a serem consultadas e utilizadas para determinados desconfortos que, ressalta-se, são diagnosticados pelo próprio usuário. A versão didática é a que está mais intimamente coadunada com a autorresponsabilidade da própria saúde, uma das principais características das terapêuticas não-convencionais, conforme vimos na introdução (NASCIMENTO *et al.*, 2011; EUROCAM, 2020).

Para além dessas versões de PNPIC que consideramos mais práticas, em que o diálogo envolvia instituições diretamente com os pacientes e/ou profissionais de saúde, outros espaços em que as PICs e a PNPIC estiveram presentes foram nas discussões mais teóricas/retóricas, as quais visavam definir o espaço que deveria ser ocupado por elas no processo saúde-doença, o que envolvia diálogo entre instituições. Um dos pontos em que essas versões retóricas/políticas foram emergidas foi no próprio mundo da política institucionalizada, envolvendo disputas dentro dos corredores do governo federal entre atores governamentais e não governamentais.

Na medida em que os fluxos de movimento foram criando espaços de relações e surgimentos de novos atores que davam novos direcionamentos, atores como ObservaPics, Cabsin e RedePics emergiram na esteira desses fluxos e foram se configurando como atores centrais nos processos de fazer a PNPIC no período. Assim, ao lado das ações governamentais durante a pandemia, as ações desses três atores e de outros, também são exploradas aqui.

Assim, apresentamos quatro modos por meio dos quais a PNPIC e as PICs foram feitas durante a pandemia no ano de 2020, a saber: 1) versões retóricas em torno do conflito sobre como deveria ser o uso das PICs no alívio dos sintomas da COVID-19; 2) versões retóricas em torno da disputa sobre qual setor do MS deveria fazer a PNPIC, para além do contexto da pandemia; 3) versões práticas em orientações governamentais por meio de dispositivos jurídico-administrativos para profissionais de saúde e público em geral; 4) versões práticas por meio de recomendações e orientações de uso diretamente ao público em geral. Em maior ou menor grau, dependendo do contexto, todos envolveram atores governamentais e não governamentais, além de TICs.

5.4.2.1 Aspectos teóricos/retóricos da PNPIC e das PICs durante a pandemia em 2020

Uso de PICs ante a pandemia de COVID-19

Na Recomendação nº 41, de 21 de maio de 2020, o CNS reconheceu “a importância da comunicação e informação durante a pandemia do Coronavírus” (CNS, 2020, p. 2) e recomendou ao MS e aos Conselhos estaduais e municipais de saúde para divulgarem as evidências científicas sobre a eficácia das PICs produzidas por um consórcio de instituições. O mesmo documento, ainda, recomendava às instâncias governamentais para que tomassem medidas para informar gestores, profissionais e usuários do SUS sobre “informações atualizadas sobre o uso adequado das PICS neste momento de pandemia da COVID-19” (CNS, 2020, p.2).

Houve muitas reações por parte de setores da sociedade acusando o CNS de estar recomendando PICs para o tratamento da COVID-19. Esses setores argumentavam haver incongruência do CNS porque a Recomendação nº 42, do dia 22 de maio de 2020 (CNS, 2020), o CNS se manifestou contrariamente ao uso da cloroquina e hidroxicloroquina no tratamento da COVID-19 e justificava sua posição em razão da falta de evidências científicas que comprovavam benefícios do uso desses medicamentos para os pacientes. A incongruência residia no fato de que o CNS não fazia o mesmo julgamento com relação às PICs (COLLUCCI, 2020).

Isso fez com que o próprio CNS emitisse um comunicado informando que não tinha feito recomendação de uso das PICs para COVID-19, mas tão somente de disponibilização de informações sobre as evidências científicas encontradas até aquele momento. Na verdade, era o que de fato dizia o documento.

Nesta esteira, outras instituições ligadas às PICs, como Cabsin, ObservaPics e grupos de pesquisas ligados às universidades, manifestaram-se apoiando o CNS. Na “Nota de Esclarecimento” (2020) estas instituições reforçaram a recomendação de divulgação de informações a partir do Mapa de Evidências, evidenciaram que as PICs são parte da política pública de saúde de forma complementar, procuraram descrever a presença e os custos financeiros das PICs no SUS, informaram que os atendimentos continuavam ocorrendo de forma remota no SUS, apontaram alguns benefícios e reforçaram a valorização e o reconhecimento de evidências científicas.

O Mapa de Evidências mencionado pelo CNS e pela “Nota de Esclarecimento” é um documento elaborado pelo Cabsin, pela Biblioteca Virtual em Saúde da OPAS – BIREME/OPAS – e pela Rede MTCI Américas/OPAS, disponível na homepage da OPAS⁶² e uma versão publicada por Portella e colaboradores (2020). O Mapa de Evidência, foi iniciativa dessas três instituições

Que uniram esforços para convocar pesquisadores voluntários da América Latina para sistematizar as evidências científicas disponíveis sobre possíveis contribuições das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) ante a pandemia de COVID-19. As informações coletadas neste mapa de evidências podem servir para apoiar profissionais da saúde, tomadores de decisão e pesquisadores na construção de ações baseadas em evidências (MAPA DE EVIDÊNCIAS, 2020, s.p.).

A pesquisa foi realizada

utilizando termos MeSH e DeCS relacionados a doenças virais respiratórias associadas a epidemias, sintomas de infecção por COVID-19, temas relevantes de saúde mental, intervenções farmacológicas relacionadas às MTCI (plantas

⁶² Disponível em: <https://mtci.bvsalud.org/contribuciones-de-las-medicinas-tradicionales-complementarias-e-integrativas-mtci-en-el-contexto-de-covid-19/>

medicinais/fitoterapia, herbologia chinesa, ayurveda, homeopatia, medicamentos dinamizados, probióticos, suplementos nutricionais, etc.) e intervenções MTCTI não farmacológicas (yoga, taichi, atenção plena, meditação, qigong, tapping, práticas corporais, etc.). Os critérios de inclusão foram: Estudos clínicos controlados; Revisões sistemáticas com ou sem metanálise em humanos para qualquer faixa etária; Revisões não sistemáticas relevantes; Intervenções das MTCTI/PICS; e estudos em português, espanhol e inglês. Foram excluídos: Relatos de caso; Casos controles; e intervenções não relacionadas com MTCTI (...)

Foram encontrados 634 estudos, dos quais apenas 127 foram incluídos por atenderem aos critérios de inclusão. A busca e análise de documentos foi realizada em abril de 2020 (MAPA DE EVIDÊNCIAS, 2020, s.p.).

Ressalta-se que a pesquisa foi desenvolvida na esteira de um acordo estabelecido entre Cabsin e MS em fevereiro de 2020, visando a elaboração de mapas de evidências sobre as PICs de modo geral. Com o advento da pandemia, os esforços se voltaram para a busca de evidências sobre eficácia com relação aos sintomas da COVID-19.

A repercussão negativa desse episódio para as PICs foi agravada por mais dois episódios envolvendo duas terapêuticas em específico, a saber: ozonioterapia, uma PIC reconhecida pela PNPIC em 2018, e o dióxido de cloro, uma terapêutica não-convencional. Na esteira de que a OMS incentiva e valoriza o uso de MTC pelos sistemas de saúde dos países (WHO, 2002; 2013), surgiu a possibilidade do uso de dióxido de cloro como uma terapêutica contra a COVID-19. O dióxido de cloro chegou a ser administrado na Bolívia e debatido no Equador, levando à OPAS a se manifestar publicamente contrária a seu uso (OPAS, 2020).

Dada a importância dessa discussão, no Brasil, em abril de 2020, o MS emitiu uma Nota Técnica alertando sobre os perigos do manuseio, da ingestão e da inalação do dióxido de cloro, bem como que não foi aprovado para uso terapêutico em nenhum país. Além de que “Não existem evidências científicas que respaldem seu uso para o tratamento da COVID-19 ou quaisquer outras condições de saúde, por outro lado, existem relatos de eventos adversos graves atribuídos à utilização do medicamento” (BRASIL, 2020c).

A Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) emitiu documento intitulado “Atualizações e recomendações sobre a COVID-19”, em que reforçou que, tanto o dióxido de cloro quanto o ozônio, além de outros medicamentos e terapêuticas, não eram (e ainda não são) recomendados pela instituição para tratamento da doença (SBI, 2020). A RedePics, preocupada com a relação que as pessoas faziam entre o dióxido de cloro e as PICs, também se manifestou em novembro de 2020, através de sua rede social: “Afirmamos que o dióxido de cloro não é uma Prática Integrativa e Complementar em Saúde” (REDEPICS, 2020).

O debate com relação ao uso da ozonioterapia para o tratamento da COVID-19 teve a participação do CFM que emitiu nota de esclarecimento afirmando que

a ozonioterapia não tem reconhecimento científico para o tratamento de casos de Covid-19 e de qualquer outra doença(...).

Em nota divulgada nesta semana, o Ministério da Saúde seguiu a orientação do CFM e reitera que o efeito da ozonioterapia em humanos infectados por coronavírus (Sars-Cov-2) ainda é desconhecido, não devendo ser recomendado na prática clínica ou fora do contexto de estudos. O CFM e Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), que atuam na disciplina, regulação e fiscalização do exercício da profissão, informam que **os médicos que não obedecerem às normas éticas estabelecidas estão sujeitos à denúncias e averiguação de suas condutas no que se refere à prescrição da ozonioterapia** (CFM, 2020. Grifo nosso).

Em fevereiro de 2020, a SBI já tinha emitido uma Nota de Esclarecimento para afirmar que “até o momento, não há qualquer evidência científica que a ozonioterapia proteja contra a COVID-19” (SBI, 2020, p.1). Posicionamento que não mudou até então.

Apesar das evidências científicas estarem na base desses argumentos, gostaríamos de refletir especificamente sobre o posicionamento do CFM. O mesmo tratamento proibitivo ao uso do ozônio aos médicos (baseado na inexistência de dados sobre os efeitos de seu uso em humanos com COVID-19), não foi dispensado na época pelo conselho ao uso da cloroquina e da hidroxicloroquina. Esses são medicamentos que a SBI, a Associação Médica Intensivista Brasileira (AMIB) e a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), especialidades médicas diretamente envolvidas com os casos de infecção cometida pela COVID-19, não recomendaram o uso e alertaram para o perigo do seu uso (AMIB; SBI; SBPT, 2020).

O CFM emitiu o Parecer 04/2020, de 16 de abril de 2020, concluindo pela autonomia do médico em receitar a cloroquina e a hidroxicloroquina aos seus pacientes, apesar de reconhecer que “**não existem até o momento estudos clínicos de boa qualidade que comprovem sua eficácia em pacientes com COVID-19**”. Esta situação pode mudar rapidamente, porque existem dezenas de estudos sendo realizados ou em fase de planejamento e aprovação” (CFM, 2020, p. 5. Grifo nosso). Ainda, informava o parecer, “Diante da excepcionalidade da situação e durante o período declarado da pandemia, **não cometerá infração ética o médico que utilizar a cloroquina ou hidroxicloroquina, nos termos acima expostos, em pacientes portadores da COVID-19**” (CFM, 2020, p. 7. Grifo nosso).

No documento, o CFM mencionava que a “Sociedade Americana de Doenças Infecciosas” recomendava seu uso somente em contextos de pesquisa, e que a “Sociedade Brasileira de Reumatologia” (SBR) os considerava como medicamentos seguros para uso por já se conhecer seus efeitos, mas não menciona se a SBR faz essa afirmação relacionada com a COVID-19.

Interessante é que a SBI, no dia 23 de março de 2020, portanto, quase um mês antes, emitiu uma Nota de Esclarecimento com sua posição, à época, sobre esses medicamentos

Recomendamos que, **se usado, idealmente o seja na forma de estudo clínico aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) ou, para resguardar o médico prescritor, que pelo menos seu uso seja aprovado pelo Comitê de Ética do hospital**, com termo de consentimento do paciente ou da família (paciente intubado). Como é uma medicação experimental para esta indicação (COVID-19), é importante que seu eventual uso seja dentro de um protocolo da instituição e que os resultados, tanto se forem positivos, como negativos, sejam relatados. **A SBI acha compreensível seu uso no paciente crítico**, já que não há tratamento aprovado para COVID-19, **mas manifesta sua preocupação que um tratamento experimental possa trazer mais danos do que benefícios para o paciente.**

7. Contraindicamos seu uso para casos não críticos; tampouco como “profilático” (SBI, 2020, p. 2. Grifo nosso).

Na época, além de não mencionar o documento do SBI, o CFM permitiu o uso fora de contexto de estudo, sem necessidade de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, como também permitiu a administração para casos não críticos. Mesmo após os vários posicionamentos da SBI, da AMIB e da SBPT (SBI; 2020a; 2020b; 2020c; AMIB, 2020; SBI; AMIB; SBPT, 2020) informando dos perigos do uso e da não eficácia desses medicamentos a partir dos achados nos recentes estudos e de, até o momento, não haver estudos que comprovem eficácia desses medicamentos, o CFM ainda não revogou o Parecer. Em 2021, o conselho emitiu a Recomendação nº 2.292 autorizando administração de cloroquina e hidroxicloroquina em forma inalatória, somente em procedimentos de pesquisa autorizados por Comitê de Ética de Pesquisa (CFM, 2021).

SBI, AMIB e SBPT afirmaram que, além de estarem baseados em estudos publicados em periódicos renomados,

As recomendações recentemente publicadas pela **SBI** – Sociedade Brasileira de Infectologia refletem o consenso da comunidade científica internacional estando em consonância com as recomendações da **IDSA** – *Infectious Diseases Society of America*, **ESCMID** - *European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, **CDC** – *Centers for Disease Control and Prevention*, **OMS** – Organização Mundial da Saúde e **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (AMIB, 2020. Grifos do original).

Destaca-se que as especialidades médicas que estavam diretamente ligadas no atendimento da COVID-19, baseadas nos estudos mais recentes do período, não recomendavam o uso de cloroquina e hidroxicloroquina para os pacientes: “Se eu infartar, não vou procurar um otorrino ou um neurologista. Vou atrás de um cardiologista”, disse a infectologista Raquel Stucchi, da Universidade Estadual de Campinas”. E a infectologista complementa: “Prometer benefícios sem evidência beira o charlatanismo” (ESTEVES, 2020, s.p.). Esteves (2020) ainda destaca que são médicos de especialidades não diretamente relacionadas aos sintomas da COVID-19 que estavam apoiando o uso desses medicamentos e sugeriu que o posicionamento do CFM estava relacionado ao seu apoio ao governo federal.

Com relação à ozonioterapia, vale destacar que é um procedimento experimental aprovado pelo CFM desde 2018 (CFM, 2018). É de pensar se faz sentido a severidade da Nota do CFM apontando punição de médicos que estivessem usando ozonioterapia, sem dar-lhes a opção de uso, ao menos em contexto de estudos com procedimento experimental como o conselho fez com a cloroquina e a hidroxicloroquina em 2021.

Esse episódio não estava isolado na relação entre CFM e a PNPIC, como já mencionamos. Desde 2006, o CFM vem se posicionando contrariamente a algumas PICs, apontando, dentre outros, que “Essas práticas não apresentam resolubilidade conforme as melhores evidências científicas disponíveis” (CFM, 2018)⁶³ e que profissionais não médicos estariam diagnosticando, prescrevendo e ministrando terapias restritas aos médicos.

Dado o histórico conflituoso da relação do CFM com a PNPIC e da permissão com o uso da cloroquina e hidroxicloroquina aos pacientes com COVID-19, contrariando importantes associações médicas pelo mundo, é de se problematizar todo esse contexto. As próprias notas emitidas pelo conselho apontam para uma discussão sobre autoridade médica e mercado, e com relação à uma expectativa de como a perspectiva sobre corpo, saúde, doença e sobre o processo saúde-doença deveria ser assumida pela política pública de saúde nacional. Ao ampliar a perspectiva sobre esses elementos para além da materialidade que fundamenta a biomedicina, a PNPIC a contesta e introduz “outro deveria ser” à atenção à saúde na saúde pública brasileira.

5.4.2.2 Aspectos práticos da PNPIC e das PICs durante a pandemia no ano de 2020

De modo geral, no período de fevereiro a setembro de 2020, as informações sobre a COVID-19 disponibilizadas em alguns veículos de comunicação digitais vinculados aos setores de saúde do governo federal, dos governos estaduais e das prefeituras das capitais das unidades da federação, tratavam das ações que a respectiva instância governamental vinham tomando, tais como dispositivos jurídico-administrativos, medidas econômicas, sociais e de saúde, ações e esforços efetivos relacionados ao aumento da infraestrutura e de recursos humanos, locais e fluxo de atendimento, dados epidemiológicos, etc.

Especificamente sobre a PNPIC, encontramos quatro tipos de informações que denominamos: dispositivos jurídico-administrativos; site de consulta (telemedicina); site e aplicativo de celular com atividades práticas e outras informações; canais no www.youtube.com

⁶³ As questões que envolvem as evidências serão tratadas no capítulo 5.6.

contendo vídeos de palestras, debates e/ou educação em saúde, tanto para profissionais quanto para o público em geral.

Dispositivos jurídico-administrativos

No período, encontramos quatro secretarias de saúde estaduais e uma municipal de capital de estado que lançaram mão do fluxo de comunicação interna e emitiram Notas Técnicas com normas, orientações e/ou recomendações voltadas aos profissionais de saúde que atuavam na respectiva, rede de saúde pública. Foram encontradas notas técnicas nos estados do Espírito Santo (2020), de Goiás (2020), do Rio de Janeiro (2020) e de Santa Catarina (2020), e no município do Rio de Janeiro (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2020).

Segundo Henriqueta Tereza do Sacramento (SACRAMENTO, 2020, s.p.), médica da área técnica de PICs da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES, com trajetória na história das PICs no país,

Em maio de 2020, a Coordenação de PICs do Ministério da Saúde, enviou para as coordenações estaduais, que reenviam para áreas técnicas e coordenações municipais, um e-mail orientando como é que nesse momento de pandemia as PICs podem contribuir no cuidado e autocuidado integrativo de usuários e profissionais de saúde, auxiliando na manutenção da qualidade de vida melhor de sintomas físicos e mentais.

Ainda, o e-mail teria orientado para que as atividades coletivas não acontecessem devido à capacidade de contaminação do vírus.

Sacramento ainda mencionou que, logo em seguida, o CNS tinha feito uma recomendação sobre PICs que mencionamos há pouco. Apesar desse debate, o estado de Santa Catarina e a prefeitura do Rio de Janeiro foram as únicas instâncias governamentais que se anteciparam ao CNS e emitiram Nota Técnica antes da recomendação, sendo a catarinense em março e a carioca no início de maio.

A Nota emitida pelo estado de Goiás (GOIÁS, 2020) foi uma síntese de evidências que sintetiza os documentos do CNS e de Santa Catarina, que trataremos mais adiante, e não previa ações.

No Espírito Santo, a Nota instituiu o Programa “Cuidar de quem cuida”, “de caráter emergencial e excepcional” voltado à prevenção e promoção de saúde dos profissionais de saúde da Secretaria Estadual de Saúde, oferecendo atendimento multiprofissional, incluindo PICs, como “alternativa de cuidado para que não adoçam física e emocionalmente”. A nota instituiu uma articulação multissetorial ofertando apoio psicológico, consultas de homeopatia e acupuntura e educação em saúde por meio de webséries sobre PICs. As duas primeiras atividades foram ofertadas por livre demanda com hora marcada por telefone, e foi

disponibilizado o calendário das webséries que tratavam da temática de PICs. O documento do Espírito Santo foi o único que introduziu uma nova atividade nas ações que já vinham sendo desenvolvidas.

Os demais documentos compartilhavam um caráter normativo e prescritivo, na medida em que normatizavam fluxos de atendimentos e orientavam ou recomendavam ações de serviço de saúde e modos de executá-las, bem como atividades práticas para profissionais orientarem e/ou recomendarem aos pacientes para realizarem as atividades por conta própria. Além da própria comunicação ser disponibilizada pela internet, pois todos estão nos respectivos sites governamentais, os documentos orientavam e recomendavam que os profissionais lançassem mão de vídeos, WhatsApp, folders enviados pela internet, dentre outros recursos em TICs, para contactar e orientar os pacientes. Também, informavam sobre programas específicos de atendimento em PICs aos próprios profissionais de saúde e atendimentos virtuais em reiki para o público em geral, como a da cidade carioca, por exemplo.

Em geral, enquanto as Notas Técnicas de SC e RJ foram emitidas por uma única instância, a da prefeitura da cidade carioca foi emitida por duas instâncias e com foco em um setor de saúde específico, qual seja, o de doenças crônicas não-transmissíveis. O documento foi ação conjunta da “Coordenação das Linhas de Cuidado das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis” e “Gerência da Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares” da Secretaria Municipal de Saúde (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2020). Isso é importante porque foi o único documento que pontuou a continuação de atividades para um grupo de pacientes (com doenças crônicas não-transmissíveis), o que demonstrava o reconhecimento da importância de uso de PICs nesses tratamentos e que sua interrupção, parecia reconhecer a nota, poderia trazer prejuízos ao processo terapêutico.

Embora tragam informações ligeiramente diferentes, os três documentos seguiam um mesmo formato, a saber: contextualizavam o documento diante da pandemia e dos dispositivos jurídicos internacionais, nacionais e locais, indicavam práticas que poderiam ser realizadas por qualquer pessoa e informavam as referências bibliográficas utilizadas para elaborar os respectivos documentos. Essas Notas agenciavam outros dispositivos jurídicos e evidências científicas para fundamentar sua existência e de suas orientações, recomendações e normatizações a serem seguidas. Assim, governos trouxeram à tona tais Notas para ter maior capacidade de influenciar as ações dos demais atores, demonstrando como a PNPIC deveria ser nesses tempos de pandemia. Vejamos alguns pontos relevantes sobre seus conteúdos.

A Nota da prefeitura carioca indicava práticas para profissionais e para população, visando o autocuidado e a redução do estresse e da ansiedade. As PICs mencionadas eram acompanhadas por uma explicação sobre cada uma delas, além de sua indicação: fitoterapia, forma de preparo e uso de três plantas; meditação, a partir de vídeos publicados por outras instituições no www.youtube.com; imposição de mão (reiki), mencionando e-mail da Área Técnica em PICs da Secretaria Municipal de Saúde que oferecia atendimentos à distância (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2020).

A “Área Técnica em PICs” da Secretaria de Estado de Saúde do estado Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2020) é detalhada em cinco tópicos, pretendendo abranger, acreditamos, a totalidade da rede de atendimento em PICs da secretaria: organização das atividades de PICs nas Unidades de Atendimento Primária à Saúde, organização dos Centros de Especialidades com PICs, organização de polos ou similares e programa Academias de Saúde com PICs, medidas de controle do ambiente assistencial, e medidas para melhorar a qualidade de vida nos centros de isolamento e em residências com isolamento social.

Mencionava que yoga⁶⁴, tai chi chuan, liangong, meditação e orientações sobre o uso de plantas medicinais e fitoterapia, escalda pés, aromaterapia, cromoterapia, práticas corporais e alongamentos poderiam ocorrer à distância através de recursos digitais. Além do mais, aromaterapia, arteterapia, cromoterapia, plantas medicinais e fitoterapia e meditação podiam ser indicadas para pessoas em isolamento residencial ou em centros de isolamento, trazendo uma série de atividades com explicações para serem realizadas individualmente ou em grupo, desde que respeitando o distanciamento social. Alertava, ainda, que a nota foi uma medida que poderia ser alterada no futuro diante de novas informações.

Em Santa Catarina, a “Diretoria de Atenção Primária à Saúde”, da Secretaria de Estado da Saúde, emitiu uma nota técnica também detalhada e “organizou um compilado destas referências nas 10 principais PICS recomendadas pelo Ministério da Saúde para uso no SUS” (SANTA CATARINA, 2020, p.1).

A Nota foi a única que sugeria e orientava sobre o uso de PICs em relação ao tratamento de COVID-19, utilizando os seguintes termos:

Que as práticas integrativas e complementares em saúde (PICs) sejam realizadas de forma complementar, individualizada e ponderada caso-a-caso para prevenção de agravos, promoção e recuperação de saúde, podendo compor estratégias de cuidado no enfrentamento da COVID-19, no contexto da atenção primária à saúde (SANTA CATARINA, 2020, p.1).

⁶⁴ Optamos por manter as grafias utilizadas nos respectivos documentos.

Ainda, orientava que o uso de PICs pudesse “ser sugerido pelos profissionais de saúde para promover equilíbrio mental e emocional, aliviar sintomas respiratórios leves, fortalecer a função imunológica e ajudar na recuperação do paciente após doenças infecciosas” (SANTA CATARINA, 2020, p.1).

No caso de práticas que exigem contato direto, como as da medicina chinesa, tais como “acupuntura, auriculoterapia, massoterapia, moxabustão”, a secretaria orientava que os pacientes pudessem ser orientados na “auto-aplicação para pessoas com sintomas respiratórios sem sinais de gravidade” (p.1). Quanto à “fitoterapia, aromaterapia, floralterapia, homeopatia, apiterapia”, para consultas e prescrições foi sugerido o uso de teleatendimento, mas a Nota não informava como prover ou acessar (SANTA CATARINA, 2020, p. 2).

À suspensão das atividades em andamento nas unidades, foi sugerida a elaboração de vídeo e folders explicativos autoinstrucionais “para melhora da qualidade de vida e bem-estar”.

Antes de detalhar as PICs mencionava que

Esta nota traz as recomendações técnicas baseadas em publicações científicas sobre práticas integrativas que podem ser sugeridas na forma de auto-aplicação e orientação à distância à pacientes com ou sem sintomas respiratórios sem gravidade. Entre os sintomas estão náusea, vômito, fadiga e tosse, estresse, ansiedade, transtornos do humor, insônia associada ou não a COVID-19 (SANTA CATARINA, 2020, p. 2).

As PICs foram detalhadas com brevíssima apresentação e sugestões de uso e sua influência sobre a fisiologia e sintomas: acupuntura (por digitopressão ou moxabustão), com destaque para os pontos a serem pressionados, sugerindo página da internet para conhecê-los, e sua relação com sintomas e partes do corpo e funcionamento fisiológico; apiterapia; aromaterapia; fitoterapia indicando página da internet onde era possível consultar as formas de uso das plantas mencionadas; homeopatia; imposição de mãos (reiki) em que sugeria a aplicação à distância por profissional; práticas corporais como Taichi-chuan, Qi Gong, Lian Gong, Ba Duan Jin, Wu Qin Xi, Yoga e Meditação sugeridas com orientação à distância e movimentos de pouco esforço; musicoterapia; técnicas manuais, automassagem; floral de Bach.

Materiais Didáticos e Informativos: Cartilhas

Em se tratando de capitais e governos estaduais, encontramos duas cartilhas. A prefeitura de Florianópolis, na página da Secretaria Municipal de Saúde, em área específica para PICs, disponibilizou um arquivo com data de maio de 2020 que era um documento com recomendações, intitulado “PICs e COVID-19. Compilado de Práticas Terapêuticas para o autocuidado, fortalecimento da imunidade e bem-viver, durante e após a pandemia” (FLORIANÓPOLIS, 2020a), com total de 60 páginas. No seu início, o documento mencionava:

Nesse momento de isolamento e distanciamento social, preparamos um conjunto de orientações referenciadas pelo uso e sabedoria ancestral-tradicional e pelo conhecimento científico. As recomendações aqui expressas são sugestões de estímulo à imunidade e melhora da qualidade de vida. Não há qualquer sugestão de ação direta sobre o vírus ou mudança na evolução e prognóstico da doença específica.” (FLORIANÓPOLIS, 2020a, p.2).

Esta cartilha trazia recomendações gerais sobre saúde e formas de higienização e seguia para descrição de algumas PICs.

Com relação à fitoterapia, visando seu uso seguro, fazia alerta sobre a não comprovação de evidências científicas relacionadas ao tratamento à COVID-19, bem como que as plantas podem ser tóxicas e podem interagir negativamente com outros medicamentos e plantas, por isso optaram por recomendar aquelas que já são de uso popular. Trazia recomendações e indicações de uso de 21 plantas. Em contraposição, as recomendações de aromaterapia ocupavam apenas uma página com indicação de uso e recomendavam seis óleos essenciais. Havia ainda alimentação integrativa recomendada com foco no fortalecimento da imunidade.

Sobre a medicina chinesa, recomendava Qi Gong, Liam Gong e Tai Chi para prevenção contra COVID-19 e, para tratamento de sintomas, a estimulação de pontos específicos de acupuntura com toque e/ou pressão leve com os dedos ou objetos.

Eram recomendados ainda: autoaplicação de pontos de auriculoterapia e Do-in/reflexologia/automassagem, sequência de movimentos de Qi Gong e yoga por meio de imagens e vídeos para yoga e meditação. Para ayurveda, recomendava orientações gerais para imunidade, alguns procedimentos simples gerais e para sintomas.

Um interessante elemento a se notar sobre a cartilha de Florianópolis é que ela apresentava somente algumas práticas de uma cartilha mais ampla, publicada pela mesma instância governamental (FLORIANÓPOLIS, 2020b). Contudo, a versão mais ampla que seria a 2ª edição, datada de maio de 2020, continha, além das PICs já mencionadas: antroposofia e musicoterapia e terapêuticas ainda não reconhecidas como PICs, como práticas indígenas e benzedura.

Outra cartilha foi a elaborada pela Política Municipal de PICs da prefeitura de Recife. A cartilha, após reforçar recomendações das autoridades de saúde, trazia “orientações gerais para ajudar a manter mente e corpo sãos em tempos de distanciamento social” (PREFEITURA DO RECIFE, 2020, p. 2). Para fortalecer a imunidade e a energia corporal, indicava alimentação saudável. Para ansiedade e depressão havia indicação de fitoterapia, práticas para o sono e respiração. Para melhorar o sono eram indicadas meditação, automassagem, técnicas de

cromoterapia, dentre outras ações. Para melhorar a respiração, recomendava meditação e práticas corporais, tais como tai chi, yoga, pilates, etc.

Notícia no site do Observapics menciona ainda uma cartilha elaborada pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, mas, na época da pesquisa, não a encontramos.

Site de Atendimento de Telemedicina e outros

Em 2013, o Estado do Rio Grande do Sul, instituiu, por meio da Resolução nº 590, de 11 de novembro de 2013, a Rede de Educação em Saúde Coletiva no Estado do Rio Grande do Sul (RESC) que comporta instâncias estadual e municipais. Uma das ações da RESC é

A Rede Virtual de Aprendizagem em Saúde Coletiva – “Revira Saúde” é um dispositivo de uma política pública de Educação em Saúde, que, desde 2013, conecta pessoas para a realização de experiências independentes de aprendizagem, práticas de apoio mútuo, auto-organização e auto-análise, entre trabalhadores de saúde, movimentos sociais, gestores etc. (REVIRA, 2020, s.p.)⁶⁵.

Aproveitando tal estrutura, a PNPIC passou a ser feita através do Revira Saúde que, na época, priorizou ações voltadas ao contexto da pandemia:

Agora, dada a emergência de saúde pública, a Rede inclui, além da educação, o cuidado em saúde, na modalidade a distância, ao propor teleatendimento gratuito com profissionais de saúde.

A “Revira Saúde”, uma experiência pública, do Sistema Único de Saúde, amplia, assim, o acesso seguro ao cuidado, sem interrupção das necessárias medidas de distanciamento social durante a pandemia de Covid-19. É uma plataforma on-line que interliga profissionais da saúde e população e possibilita esclarecimentos de dúvidas, atendimentos clínicos, educação em saúde, assessorias, supervisão, Práticas Integrativas em Saúde (por exemplo, meditação, reiki, terapia floral) entre outros (REVIRA, 2020, s.p.).

Assim, a plataforma passou a oferecer serviço de telemedicina gratuitos, conectando profissionais e pacientes. Especificamente com relação às PICs, em abril de 2020, foi lançada a Rede Colaborativa PICs “uma iniciativa que objetiva ofertar atendimentos virtuais e gratuitos em PICS, tais como Reiki, meditação, terapia floral e outras aos profissionais que estão na linha de frente, atendendo pessoas com sintomas de COVID-19” (RIO GRANDE DO SUL, 2020, s.p.). Além da plataforma do ReviraSaúde, a Rede Colaborativa PICs possuía conta no Instagram no Facebook, ambos abertos em 02 de abril de 2020. Havia informações ainda no canal do ReviraSaúde no www.youtube.com.

⁶⁵ Disponível em: <https://sites.google.com/site/revirasaudecoletiva/resc> acesso em 08/09/2020.

Figura 13: Imagens de Divulgação da Rede Colaborativa PICs – ReviraSaúde/RS



Fonte: Disponível em:

<<https://sites.google.com/site/revirasaudecoletiva/divulga%C3%A7%C3%A3o>>. Acessado em: 30 out. 2020.

Os atendimentos estavam disponíveis à população em geral, não se restringindo aos casos de COVID-19, mas também se “encontra suporte para questões de saúde mental,

violência doméstica, cuidados relacionados à doenças crônicas, dúvidas sobre uso de medicamentos, entre outros. Também tem meditação, reiki, terapia floral e outras terapias integrativas em saúde” (REVIRA, 2020, s.p.).

Informava ainda que a iniciativa integrava “o programa ‘Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil’ do Conselho Nacional de Saúde” e

Enquanto durar a pandemia de Covid-19, a Revira Saúde Coletiva e o Cadastro de Facilitadores(as) de Educação em Saúde Coletiva dedicam-se para criar uma rede descentralizada de profissionais de saúde para teleconsultoria, a fim de apoiar práticas de cuidado em saúde no Estado do Rio Grande do Sul e ampliar as ações estratégicas de enfrentamento desta emergência em saúde pública (REVIRA, 2020, s.p.).

Importante destacar que, apesar da menção ao estado do RS, qualquer pessoa poderia solicitar atendimento, inclusive, havia possibilidade de realização em outros idiomas além do português. Na descrição do profissional, o site informava o idioma de atendimento e, em se tratando de PICs, alguns profissionais incluem alemão e holandês, por exemplo. Isso possibilitava que não apenas brasileiros tenham acesso aos teleatendimentos.

A busca na plataforma, até 28 de agosto de 2020, apresentava 97⁶⁶ profissionais disponíveis para teleatendimentos por meio de telefone fixo, telefone celular, WhatsApp, e-mail, Skype e outros. Um elemento interessante e importante é que os profissionais eram voluntários e se cadastravam diretamente pela plataforma na internet, inserindo informações pessoais e profissionais e anexando certificado que comprovasse sua habilitação para realizar atendimentos na especialidade solicitada. Desse modo, a Rede envolvia profissionais de qualquer parte do país, sendo que os profissionais cadastrados, até então, eram em sua maioria do estado do RS, mas haviam de Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia, Distrito Federal e Mato Grosso.

Quando o paciente fazia uma busca pela plataforma, podia escolher o profissional a partir das seguintes informações: nome; profissão; formação, experiência e ocupação atual; disponibilidade para teleconsulta; forma de teleconsulta; contatos; horário de preferência; idioma (além do português). Existia vários filtros que poderiam otimizar a busca. Depois de ter realizado a sua escolha, o paciente poderia contatar diretamente o profissional.

Importante mencionar que o site e os atendimentos via site continuam ocorrendo.

Outro site vem da Política Municipal de PICs da Prefeitura do Recife que, além da cartilha já mencionada, criou canais digitais para que a população continuasse as práticas físicas durante o período da pandemia. Um deles foi o Movimenta Recife⁶⁷ que pode ser acessado

⁶⁶ Busca no dia 14 de janeiro de 2021, apresentou 110 profissionais.

⁶⁷ <https://movimenta.recife.pe.gov.br/>.

diretamente na internet ou por aplicativo instalado no celular. Este canal orientava na realização de atividades físicas à distância, incluindo algumas PICs, através de vídeos práticos. Este site ainda continua ativo e sendo acrescentadas mais videoaulas que ainda estão disponíveis para acesso.

Especificamente voltado à PICs, criou o Recife Integrativo que possui perfis no Facebook e Instagram e canal no www.youtube.com – que serão tratados mais adiante – e um blog com informações variadas sobre as PICs oferecidas, dicas, relatório das atividades realizadas desde a criação do recifeintegrativo, a cartilha elaborada sobre autocuidado em tempos de pandemia, dentre outras.

Vídeos no youtube.com

O outro tipo de informação encontrado foram os vídeos publicados no www.youtube.com. Ao todo, foram encontrados quatro estados com canais Telessaúde ou outro relacionado à saúde, além do canal da Fiocruz, em que constavam vídeos postados no período de março a agosto de 2020 com conteúdo relacionando PICs e COVID-19. Além do canal do recifeintegrativo.

O canal Telessaúde Espírito Santo (2020) possuía dez vídeos e no primeiro deles apresenta as PICs no SUS e na rede local e como estão funcionando durante a pandemia. Os demais vídeos seguiram um roteiro parecido: introdução sobre PICs, sua presença no SUS, explicação teórica sobre a prática específica, seus efeitos sobre o bem-estar e/ou a fisiologia e indicações de aplicação.

As PICs tratadas foram: fitoterapia e plantas medicinais – alertando não haver estudo específico sobre tratamento para COVID-19, mas enfatizando contribuições para prevenção e promoção saúde; meditação e yoga; homeopatia e suas contribuições; Do-in, acupuntura, auriculoterapia, demonstrando pontos no corpo de autoaplicação, com foco no equilíbrio emocional; arteterapia e saúde mental; reiki, indicando autoaplicação; tai chi chuan; terapia floral Saint Germain; ayurveda com dicas de rotina.

Da Bahia, no Telessaúde Bahia (2020), foram encontrados um vídeo sobre medicina chinesa, com indicações de alimentação, práticas corporais e auriculoterapia, tanto teoria quanto prática de autoaplicação, e outro sobre teoria da homeopatia.

No canal da Escola de Saúde Pública Bahia (2020), encontramos sete vídeos tratando sobre PICs no SUS e informando sobre teoria e indicação de PICs específicas. As PICs tratadas foram: aromaterapia, indicando uso preventivo; ayurveda com teoria e dicas; terapia

bioenergética como recurso terapêutico; teoria da homeopatia; reiki como apoio e autoaplicação; terapia comunitária integrativa na teoria.

Do Acre, foram encontrados dois vídeos no canal Telessaúde Acre (2020). Um sobre mindfulness para saúde mental na pandemia, com teoria e prática guiada; outro explicando sobre auriculoterapia e indicando pontos de autoaplicação e explicando sobre práticas corporais como tai chi chuan, lian gong, massagem corporal, além de dar dicas sobre yoga e meditação.

No canal TeleEduca Mato Grosso (2020), encontramos quatro vídeos que foram originalmente transmissões ao vivo, explicando teoria, fornecendo indicações práticas de autoaplicação e respondendo perguntas. Foram tratadas as PICs: fitoterapia, auriculoterapia e terapia floral, musicoterapia e aromaterapia.

No canal FiocruzBrasília (2020), encontramos a “Live 5 do Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial Covid-19” que discutiu sobre as PICs e outros assuntos. Sobre PICs, o vídeo apresentou uma contextualização, enfatizando ser complementar à medicina biomédica no tratamento da COVID-19 e destacou alguns locais que estavam oferecendo atividades online e/ou que podem ser acessados durante os tempos da pandemia.

No canal do Recife Integrativo (2020), até 28 de agosto de 2020, encontramos 75 vídeos, sendo um de apresentação institucional e todo os demais com atividades práticas para serem realizadas à distância sobre: pilates/yoga, dança do ventre, meditação, alongamento, yoga, reflexologia, Qi Gong, constelação familiar, arteterapia, toque terapêutico, alimentação, consciência corporal, biodança, aromaterapia.

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal produziu alguns vídeos para que as pessoas que já participavam das atividades em PICs pudessem continuar suas práticas em casa. Os vídeos estavam no site do governo e no www.youtube.com (DISTRITO FEDERAL, s/d; 2020a; 2020b) e versavam sobre: automassagem, escalda pés, shantala, tai chi chuan e homeopatia. Disponibilizaram também um vídeo sobre Qi Gong para ativar imunidade e fortalecer a função respiratória.

5.4.3 Algumas reflexões sobre PNPIC na Pandemia

Todas as informações encontradas e descritas configuravam as PICs como complementares aos tratamentos biomédicos nos âmbitos da prevenção e da melhoria da qualidade de vida, sobretudo psicossocial, isto é, nas consequências do contexto da pandemia sobre o bem-estar geral. Porém, maior reconhecimento foi atribuído às PICs pela Nota de SC e

pela cartilha de Florianópolis que mencionaram, também, o uso complementar para tratamento de alguns sintomas da COVID-19; pela Nota do estado do RJ que se preocupou, também, com a não interrupção das atividades de urgência/emergência e com tratamento de mulheres grávidas; pela Nota da prefeitura do Rio de Janeiro que não interrompeu o tratamento de pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis; pelo Distrito Federal que se preocupou com que os pacientes não tivessem suas atividades em PICs interrompidas e produziu vídeos com esta finalidade.

Embora restritas a alguns locais, as ações apontam para variados usos das TICs, seja pelas recomendações de uso ou diretamente pelos vídeos, blog ou site de teleatendimento.

Como Shore e Wright (2011) apontam, no fluxo de movimentos, a política vai criando espaços e tipos de relações. Através dessas ações, é possível notar como a influência da pandemia levou outros atores a agenciarem TICs e fazendo emergir novas possibilidades de ação em PICs. Ao fazerem isso, trouxeram consigo outras questões tais como as relacionadas ao autodiagnóstico e à autoaplicação.

Ao incentivarem o autodiagnóstico, as recomendações apontavam para a responsabilidade do paciente com relação ao cuidado de seu bem-estar. Conforme vimos, esta é uma característica desse tipo de terapia apontada pela literatura.

Sobre as teleconsultas de medicina chinesa, por exemplo, também trazem novas reconfigurações atribuindo maior responsabilidade ao paciente que precisa, por si próprio, por exemplo, contar sua pulsação ou conferir corretamente a coloração de língua, palma de mãos, etc. O mesmo ocorre com relação à ayurveda. Essas ações dependem, além de acesso à internet, de aparelhos com boas definições de câmera para que o profissional possa ter boa qualidade de imagem, o que também depende da qualidade do sinal de internet.

Importante mencionar que sistemas médicos como Ayurveda e Medicina Chinesa, por exemplo, não defendem ou incentivam o autodiagnóstico (diferentemente da auto-observação e da autorresponsabilidade que elas incentivam), mas, apontam que o caminho para o restabelecimento passa também pelo terapeuta que é treinado para realizar o diagnóstico correto e prescrever as medidas corretas a serem tomadas. O autodiagnóstico está mais relacionado a uma concepção liberal de liberdade e individualidade do indivíduo, do que com essas medicinas.

As atividades físicas também não ficam menos complexas, pois a postura correta é aspecto importante para se alcançar o efeito esperado em ioga, tai chi chuan, etc.

Embora não abordadas aqui, as transmissões ao vivo realizadas por atores não-governamentais importantes como ObservaPics, Cabsin e RedePICs, foram formas de fazer a PNPIC em versões epistemológicas e políticas, ao invés de atividades práticas, como optamos por destacar. Em geral, esses eventos trataram da PNPIC como retórica/teórica, discutindo, inclusive, contexto mundial da MTC.

A despeito das questões pontuadas acima sobre autodiagnóstico e execução das orientações de modo correto, e enfatizando somente à acessibilidade das informações, um ponto importante a ser observado é que não foi fácil acessar essas informações, pois não estavam sendo amplamente divulgadas. Este é um aspecto importante porque, diferentemente dos profissionais envolvidos com PICs que participam e/ou conhecem canais de trocas de experiências, e dos pacientes que já participavam dessas atividades nas unidades de atendimento e já estão inseridos no fluxo de informações locais, as pessoas que gostariam de começar a ter acesso a tais possibilidades de autocuidado, tinham oportunidades restritas para conhecerem os apoios em PICs disponíveis.

Cabe lembrar que o foco do capítulo era enfatizar como as instituições públicas estavam fazendo a PNPIC durante a pandemia, por isso, ficaram de fora desta reflexão: as transmissões ao vivo organizadas pelo ObservaPics, Cabsin e RedePics – mencionada há pouco; cartilhas publicadas por entidades não-governamentais – algumas serão tratadas no capítulo 5.6; evento internacional on-line organizado pelo Cabsin; tradução do protocolo para COVID-19 elaborado pelo Ministry Ayush (Ayurveda, Yoga e Naturopatia, Unani, Siddha e Homeopatia) da Índia que trata da ayurveda pelo Cabsin; eventos realizados por instituições de pesquisa; *podcast* realizado pelo ObservaPics; pesquisa realizada pela FIOCRUZ visando o uso de PICs durante a pandemia; pesquisa que estava sendo realizada por um consórcio de instituições internacionais, com foco nos profissionais de saúde (visando a administração de PICs e medicina integrativa durante a pandemia)⁶⁸. Todos esses, tiveram início ou foram realizados durante o período e com foco na temática PICs na pandemia.

68

Disponível em:
https://redcap.nunm.edu/redcap/surveys/?s=AWHPT83YNA&fbclid=IwAR0dEUvwKQjc6h30W9NUXEcR9TqVS218MOeI_Rq0puR5OO4rZpnaIE9Njn8

5.5 CARACTERÍSTICAS DA REGULAMENTAÇÃO DAS TERAPIAS NÃO-CONVENCIONAIS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO⁶⁹

Este capítulo trata sobre a regulamentação de terapias não-convencionais no sistema de saúde brasileiro, objetivando sistematizar algumas de suas características, apontar alguns caminhos pelos quais vem ocorrendo e destacar alguns atores que têm sido pouco enfatizados pela literatura, tais como conselhos federais de profissões de saúde e associações, organizações e sociedades civis que aglutinam profissionais que atuam com essas terapias.

A literatura que trata sobre esse tipo de terapia no contexto brasileiro, em geral, aponta a sua relação com a política nacional. Além disso, grande parte dessas pesquisas versa sobre o sistema público de saúde e, conseqüentemente, faz correlação direta com a PNPIC. Essas características vêm garantindo à política nacional um espaço de destaque nas análises que envolvem uso e ministração de terapias não-convencionais no sistema de saúde brasileiro.

Estudos que perpassam ou se debruçam sobre a história da política nacional ou de alguma terapêutica (como acupuntura, fitoterapia ou homeopatia), apontam a existência de outros caminhos de regulamentação. Entretanto, geralmente, esses outros caminhos ficam restritos ou destacam normativas instituídas por órgãos ligados ao MS ou por secretarias estaduais ou municipais de saúde e, raras vezes, aprofundam sobre a regulamentação feita por conselhos federais das profissões das áreas da saúde.

Nesse contexto, visando aprofundar na compreensão da regulamentação dessas terapias no sistema de saúde do país, apresentamos dois argumentos.

Um argumento enfatiza a importância dos conselhos federais que, ao lado das normatizações governamentais relacionadas a produtos e medicamentos, da própria PNPIC e das políticas estaduais e municipais, vêm constituindo esse movimento de regulamentação. Além disso, instituições não-governamentais ligadas a essas terapias também merecem destaque, devido a sua importância para os movimentos de legitimação dessas terapias – que vem ocorrendo via legislação ou aceitação social (TESSER, 2012) – e para a instrumentalização técnica dos profissionais poderem ministrar essas terapias (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2021).

⁶⁹ Inicialmente, este capítulo foi elaborado em formato de artigo para ser submetido à avaliação de periódicos, por isso retoma alguns assuntos já tratados.

Outro argumento é apontar algumas características constituintes do movimento de regulamentação dessas terapias no sistema de saúde brasileiro, as quais fornecem as bases para a política nacional, incluindo alguns caminhos pelos quais isso vem ocorrendo. São elas:

- a) a crescente procura dos pacientes por caminhos terapêuticos diferentes dos propostos pela medicina biomédica;
- b) as Conferências Nacionais de Saúde que vêm recomendando que o sistema público de saúde deve ofertar terapias não-convencionais;
- c) a proatividade de profissionais de saúde que, não raras vezes, começaram a ministrá-las de modo voluntário, desde as primeiras ofertas de terapias não-convencionais no serviço público de saúde;
- d) a oferta de terapias não-convencionais em unidades públicas de atendimento de saúde de estados e municípios, independentemente de qualquer dispositivo legal de âmbito nacional, estadual ou municipal institucionalizando tal serviço de saúde;
- e) a influência, importância e legitimidade de associações, organizações e sociedades civis ligadas às terapias não-convencionais;
- f) a formação técnica em terapias não-convencionais vem ocorrendo, predominantemente, em instituições não-governamentais e/ou privadas ligadas a esse tipo de terapia;
- g) os debates sobre eficácia das terapias não-convencionais passaram a ser enfatizados após a institucionalização da PNPIC, ganhando maior ênfase após o reconhecimento de mais PICs pela PNPIC em 2017 e 2018;
- h) a existência de dois caminhos que constituem o movimento de regulamentação de terapias não-convencionais no sistema de saúde nacional, a saber:
 - 1) pelos conselhos federais dos profissionais de saúde que vêm reconhecendo terapias não-convencionais como atos e/ou especialidades profissionais, antes e após a institucionalização da PNPIC;
 - 2) pelo Estado, por meio de dispositivos legais que procuram regulamentar o uso e a comercialização de produtos relacionados a esses caminhos terapêuticos e a oferta desse tipo de terapia no sistema público de saúde, como o fazem a PNPIC e as políticas estaduais e municipais relacionadas a terapias não-convencionais.

Essas características já foram mencionadas pela literatura de algum modo e já apontadas nesta tese. Nossa proposta é sistematizá-las, visando delinear um movimento de regulamentação de terapias não-convencionais no país para além da política nacional. Quanto

aos caminhos de regulamentação, enquanto a PNPIC vem tendo ênfase nas análises, as políticas estaduais e municipais – que somente têm recebido atenção por análises sobre os contextos locais – e a via dos conselhos profissionais ainda carecem de maior atenção por parte dos pesquisadores.

Com relação aos dados dos conselhos federais das profissões de saúde autorizadas para atuar na PNPIC (BRASIL, 2018), foram realizadas buscas nos respectivos sites utilizando os termos “práticas integrativas”, “terapias alternativas” e todas as 29 terapias reconhecidas pela PNPIC atualmente (conforme Anexo A). Foram pesquisados os seguintes conselhos federais: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. Os profissionais em Naturopatia ainda não possuem conselho reconhecido, por isso não foram analisados.

O objetivo foi o de mapear quais conselhos possuem normatização sobre terapias não-convencionais, quais são elas, desde quando são ou foram permitidas de serem ministradas pelos profissionais.

5.5.1 Algumas características da regulamentação de terapias não-convencionais no sistema de saúde brasileiro

Mesmo que algumas das características já tenha sido apresentadas anteriormente, neste capítulo procuraremos, de modo sucinto, acrescentar algumas análises e/ou informações que auxiliam a compreender que eles compõem um movimento de regulamentação dessas terapias.

5.5.1.1 Procura dos pacientes e importância das Conferências Nacionais de Saúde

Em todas as partes do mundo tratada pela literatura é recorrente o crescimento da procura dos pacientes por esse tipo de terapias. Com relação às Conferências Nacionais de Saúde, a literatura não aponta relação direta com regulamentos e tais eventos são apresentados como geradores de demanda e fortalecimento político num cenário de democratização da assistência à saúde a toda população nacional.

Os relatórios finais dessas conferências podem ser compreendidos como representando a realidade vivida nas unidades de atendimento ou setores de gestão por pacientes do sistema público de saúde e profissionais de saúde que atuam nesses locais. Nesse sentido, incorre-se

que a procura de pacientes por terapias não-convencionais e a ação de profissionais que atuam com essas terapias se somam à ação institucional das Conferências, atuando politicamente no movimento pela oferta e regulamentação de terapias não-convencionais no sistema público de saúde.

Conforme os dados de Del Gobo (2017) sobre a Conferência de 1986, que foi a primeira não restrita a convidados, até a de 2015, que foi a última antes das portarias de 2017 e 2018 que reconheceram mais PICs na PNPIC, de todas as terapias não-convencionais mencionadas nos relatórios, até o momento, somente equoterapia, práticas tradicionais indígenas e práticas terapêuticas de matriz afro-indígena não foram reconhecidas como PICs pela política nacional (ver capítulos 2.2 e 5.1).

5.5.2 Proatividade de profissionais de saúde em ministrar terapias não-convencionais no sistema público de saúde

Uma rápida leitura no histórico da oferta de terapias não-convencionais demonstra a proatividade de profissionais de saúde que passaram a lançar mão de conhecimentos adquiridos fora da academia e da formação biomédica para ministrar voluntariamente caminhos terapêuticos diferentes da alopatia.

Isso pode ser constatado, por exemplo, em Natal, Rio de Janeiro, Vitória, como vimos no capítulo 5.3. O germe das atuais políticas de oferta de terapias não-convencionais está em iniciativas como essas. Ressalta-se que nem todos os profissionais estavam inseridos no sistema público, bem como alguns nem tinham formação acadêmica na área da saúde (JUSTO, 2007; SOUSA *et al.*, 2012).

5.5.3 Oferta de terapias não-convencionais pelo serviço público, independentemente da existência de normativa federal

A primeira normativa de âmbito federal sobre oferta de terapias não-convencionais pelo sistema público de saúde que encontramos, foi do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por intermédio da Resolução nº 117 de 1986 que implantou o Programa de Homeopatia, Fitoterapia e Acupuntura nos postos de atendimento da instituição.

Porém, antes disso já havia oferta institucionalizada de acupuntura e fitoterapia no Rio de Janeiro em 1981 e homeopatia em São Paulo no mesmo ano.

Vários exemplos de oferta sem nenhuma normativa federal ainda são encontrados atualmente. Apesar de tratarmos disso pouco mais adiante, vale mencionar o exemplo mais antigo e um mais recente: o Distrito Federal começou a ofertar yoga, biodança e radiestesia em 1987, automassagem em 1990, liang gong em 1998, shantala em 2000, meditação em 2003 e arteterapia em 2004; e, a Bahia, cuja política estadual de PICs data de 2019, reconhece uma variedade de terapias não-convencionais, dentre as quais “(...) as práticas tradicionais e populares: benzedadeiras, curandeiros, rezadeiras, parteiras, raizeiros, pajés, videntes, médiuns, orientadores espirituais e praticantes de religiões de matriz africana” (BAHIA, 2019, p.16).

5.5.4 Debates sobre evidência científica de terapias não-convencionais⁷⁰

A sétima característica diz respeito aos debates acerca de evidências científicas que passaram a ser mais agenciadas – no sentido de mais vezes e de ter maior relevância – após a institucionalização desse tipo de terapia no sistema público de saúde. Nesse sentido, o cerne dos questionamentos é se há ou não evidências científicas que atestam benefícios e segurança de uso para a população. Aqueles que advogam pela não existência evidências sobre eficácia argumentam se seria legítimo uma política pública financiar terapias sem evidências científicas.

Além de pesquisas desenvolvidas por pesquisadores ou grupo de pesquisadores que analisam a eficácia de algumas dessas terapias, recentemente vêm ocorrendo iniciativas de pesquisas por instituições que passaram a ter papel relevante nesse movimento.

Dentre as iniciativas institucionais, destacamos o Dossiê “Evidências Científicas” da Revista de Homeopatia (2017); a série “Boletim Evidências” e o Relatório “Ciência Aberta em PICs: Grupos de Pesquisa no Brasil e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” (SOUSA; SILVA; FERREIRA, 2020), elaborados pelo Observatório Nacional de Práticas Tradicionais, Complementares e Integrativas em Saúde (ObservaPics) – que analisa questões relacionadas à produção científica em terapias não-biomédicas a partir dos grupos de estudos de instituições de ensino e pesquisa –; o mapa de evidências em Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa (MTCI) no contexto da COVID-19 e o parecer técnico sobre evidências de terapias não-convencionais em contexto de COVID-19, elaborados pelo Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativas (Cabsin) (NUNES et al., 2021; PORTELLA; GHELMAN; ABDALA, 2020); e, o “Contradossiê das Evidências Sobre a

⁷⁰ A evidências científicas sobre eficácia serão objeto de análise no próximo capítulo.

Homeopatia” (ALMEIDA; BAIMA, 2021), elaborado pelo Instituto Questão de Ciência (IQC) que dialoga diretamente com a publicação da Revista de Homeopatia.

No âmbito do governo federal, destacam-se os “Informe de Evidência Clínica em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde”, série produzida pela Coordenação Nacional de PICs do MS. Os Informes teriam sido elaborados “Considerando a necessidade de ampliar a resolutividade do cuidado a partir de práticas seguras, eficazes e socialmente sustentáveis, este documento tem por objetivo divulgar as evidências científicas no campo das PICS de forma a apoiar os gestores na tomada de decisão”³⁴(BRASIL, 2020d, p.1).

Essas instituições, assim como outras instituições e pesquisadores, constituem atores que vêm articulando estudos e questões científicas no sentido de fomentar ou validar a prática dessas terapias, ou então no sentido de questionar sua eficácia e sua segurança. Esse debate vem ocorrendo, sobretudo, após a publicação das portarias de 2017 e 2018 que reconheceram mais terapias como PICs.

Os primeiros apontamentos sobre evidências científicas dessas terapias vieram à tona, ainda em 2006, com os questionamentos advindos de conselhos profissionais de medicina, argumentando ter havido pouco critério para inserção de terapias com pouca ou nenhuma evidência científica (CFM, 2006; 2018; 2018). Também, ao que parece, a inserção de novas PICs não teria sido corroborada por evidências científicas, conforme demonstraram Riera e colaboradores (2019) que não encontraram evidências na base de dados da Cochrane sobre as 10 PICs inseridas em 2017. Nesse sentido, o reconhecimento das novas PICs pela PNPIC em 2017 e 2018 parece ter tido um impulso mais político e social do que científico, pois, não teria ocorrido amplo debate como houve para instituir a política em 2006 (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2021).

É mister registrar que evidências científicas de terapias não-convencionais trazem inúmeras questões, dentre as quais, se é possível e razoável empregar os critérios metodológicos utilizados na análise de terapias biomédicas para avaliar a eficácia desse tipo de terapia (TESSER, 2012). Nesse sentido, dentre outros, vem sendo agenciado o conceito de colonialidade (GUIMARÃES *et al.*, 2020) para avançar em debates acerca do quão a medicina seria colonialista no sentido de impor uma perspectiva sobre corpo, processos saúde-doença e epistemológicas Ocidentais, não permitindo espaço para outras formas de conhecimento e perspectivas, como os preconizados pelas terapias não-convencionais.

5.5.5 Influência e legitimidade de associações, organizações e sociedades voltadas a terapias não-convencionais e seu predomínio na formação de profissionais

A importância política dessas entidades pode ser constatada no processo de institucionalização da PNPIC, o qual teve início a partir da aproximação de associações médicas nacionais de acupuntura, fitoterapia, homeopatia e antroposofia com o MS. Isso explicaria a presença dessas terapias na política, pois, teria sido a inexistência de associações desse tipo ou a falta de força política das existentes que outras terapias não-convencionais não foram incluídas na PNPIC em 2006 (TONIOL, 2015; TAVARES, 2012) – tal como o reiki, por exemplo, que era uma das práticas mais ofertadas no sistema público de saúde em 2004 (BRASIL, 2006), mas que foi reconhecida como PIC somente em 2017.

Essas associações não possuem o poder de instituir regulamentos, mas, por emergirem na realidade, colocam em evidência determinadas terapias e dão respaldo e legitimidade técnicos aos profissionais a ela ligados. A depender de suas ações, elas podem influenciar politicamente na constituição de ações e políticas governamentais, bem como fortalecer e/ou pressionar os conselhos federais a emitirem normativas profissionais.

A Associação Brasileira de Acupuntura em 1972, a Associação Paulista de Homeopatia (APH) em 1936 e a AMBH em 1979, por exemplo, foram constituídas anteriormente ao reconhecimento da homeopatia e da acupuntura como especialidades médicas pelo CFM (1980; 1995) ou da acupuntura como especialidade pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 1985). Isso significa que os profissionais que praticavam tais terapias – à exceção da homeopatia, sobre a qual já havia normativas nacionais⁴⁴ – se respaldavam na força política e simbólica dessas entidades para ministrarem essas terapias antes dos seus conselhos federais permitirem.

Se, por um lado, esse tipo de entidade teve importância fundamental para iniciar o diálogo com o MS no momento de constituição da PNPIC, por outro, tiveram atuação central na composição do documento final, haja vista sua performance no silenciamento (SHORE; WRIGHT, 2011) da perspectiva médico-centrada por uma multiprofissional (SILVA *et al.*, 2020). Sua importância política para a PNPIC, também, pode ser constatada pela presença como membro da plenária do CNS e na Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção, PICs em Saúde do próprio CNS.

Não menos importante e talvez a maior influência para a presença de terapias não-convencionais no sistema de saúde, são os cursos de formação técnica ofertados por essas

entidades, os quais se configuram como o principal meio de formação técnica em terapias não-convencionais no país (TESSER; 2012; NASCIMENTO *et al.*, 2018; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2021). Talvez o reconhecimento estatal mais antigo da legitimidade dessas associações formarem profissionais seja o Decreto Legislativo nº 3.540 de 1918, que autorizava o Instituto Hahnemanniano do Brasil a “habilitar médicos homeopatas” em sua Faculdade (PUSTIGLIONE; GOLDENSTEIN; CHENCINSKI, 2017, p.11).

Desse modo, essas entidades atuam como um dos principais atores que influenciam e são influenciados pela PNPIC, pois, sem profissionais capacitados a política não se movimenta, ao passo em que a política possibilita a constituição e a demanda por esses cursos.

A despeito de uma das diretrizes da PNPIC ser voltada à formação dos profissionais, das Conferências Nacionais de Saúde mencionarem preocupação com a formação profissional e dos eventos sobre PICs sempre mencionarem essa lacuna, a política pública depende de instituições não-governamentais para capacitar tecnicamente os profissionais e conseguir se movimentar. Passados quase duas décadas, poucas instituições de ensino públicas têm ofertado cursos ou disciplinas sobre terapias não-convencionais (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Uma das organizações mais importantes atualmente é a Rede Nacional de Atores Sociais em PICs em Saúde (RedePics), constituída em 2018 e dialogando diretamente com a PNPIC, diferentemente das outras entidades. Ela aglutina usuários, gestores, instituições de ensino e pesquisa, movimentos sociais, professores, estudantes, pesquisadores, grupos de trabalho, profissionais de saúde que atuam com PICs, visando “Integrar todos os atores sociais que trabalham, pesquisam, ensinam, estudam e usam as PICS, com o objetivo de defendê-las e fortalecê-las como política pública de saúde nas três esferas de governo”, “promover estratégias de cuidado integrativo no SUS” e “defender e proteger as diretrizes da PNPIC”. Muitos eventos nacionais importantes para se debater experiências e pesquisas em PICs vêm sendo organizados, realizados ou apoiados pela RedePics.

5.5.6 Processos de regulamentação de terapias não-convencionais no sistema de saúde nacional

A oitava e última característica se refere diretamente aos percursos de regulamentação de terapias não-convencionais nos sistemas de saúde público e privado no país, e corresponde ao nosso segundo argumento.

5.5.6.1 Conselhos profissionais e terapias não-convencionais

No nível mais elementar da oferta de serviços de saúde está o paciente e o profissional. O profissional deve obedecer a um código de ética e às normativas impostas pelo conselho federal do qual precisa fazer parte para exercer sua profissão. Assim, o conselho federal que orienta e regulamenta o exercício profissional é a instituição mais diretamente relacionada à prática profissional e atua procurando possibilitar e limitar as ações do profissional a um conjunto de práticas, especialidades e atos. Resoluções, pareceres e similares emitidos pelos conselhos são documentos muito importantes para se compreender o percurso de institucionalização de terapias não-convencionais no sistema de saúde nacional porque, muitas vezes, foram emitidos independentemente de normatização nacional. Pesquisas mais aprofundadas para entender a relação entre as normativas dos conselhos e a ação dos profissionais na prática são importantes de serem realizadas.

O reconhecimento da homeopatia como especialidade médica pelo CFM em 1980 e o reconhecimento da acupuntura como ato profissional pelo COFFITO em 1985 e pelo Conselho Federal de Biomedicina (CFBM) em 1986 (CFBM, 1986), são exemplos de ações de conselhos profissionais que permitiram a esses profissionais atuarem como acupunturistas e homeopatas antes das primeiras normatizações sobre essas terapias no sistema público de saúde – o que ocorreu somente com as Resoluções do Inamps em 1986 e do CIPLAN em 1988.

Do mesmo modo, até a institucionalização da PNPIC em 2006, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) já havia regulamentado, em 1997, terapias alternativas como especialidade e ou qualificação profissional, dentre as quais estariam “Acupuntura, Iridologia, Fitoterapia, Reflexologia, Quiropraxia, Massoterapia, dentre outras” (COFEN, 1997). Em 2001, sem mencionar terapia específica, a denominação da especialidade foi alterada para terapias naturais (COFEN, 2001) e, em 2004, foi alterada novamente para “Terapias Naturais/Tradicionais e Complementares/Não Convencionais” (COFEN, 2004), também sem especificação de terapias.

O Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) aprovou ioga e danças como campos de atuação do educador físico em 2002 e acupuntura em 2003 (CONFEF, 2002; 2003). Em 2001, o COFFITO estabeleceu quiropraxia e osteopatia como especialidades do fisioterapeuta (COFFITO, 2001). O Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) aprovou que o fonoaudiólogo poderia ministrar acupuntura de modo complementar em 2001 (CFFA, 2001). O Conselho Federal de Farmácia (CFF) também aprovou resolução permitindo que o

farmacêutico pudesse ministrar acupuntura um ano antes (CFF, 2000). Em 2000, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) aprovou a hipnose como recurso do trabalho do psicólogo e em 2002 a prática da acupuntura (CFP, 2000; 2002).

Importante mencionar que algumas dessas resoluções foram questionadas judicialmente, principalmente por entidades médicas, chegando a ser revogadas judicialmente, como ocorreu, por exemplo, com as Resoluções nº 5/2002 do CFP (2002), 353/2000 do CFF (2000), 272/2001 do CFFa (2001), 197/1997 do COFEN (2015).

Após a PNPIC, os conselhos continuaram a regulamentar o exercício profissional sobre práticas terapêuticas que até o momento não estão incluídas na política nacional, tais como terapia ortomolecular (COFEN, 2018) e magnetoterapia (COFFITO, 2010).

Segundo Tavares (2003), o processo de regulamentação desse tipo de terapias pelos conselhos profissionais se deve pela alta demanda oriunda dos pacientes forçando o reconhecimento por essas entidades. É preciso acrescentar que, a partir do ano 2000, passaram a ser constituídas muitas instituições relacionadas a terapias não-convencionais, demonstrando que “muitas técnicas alternativas vêm consolidando seu espaço de atuação, através da formação de associações profissionais” (TAVARES, 2003, p. 86). Também, atores importantes que influenciaram e influenciam essa ação dos conselhos foram e são as regulamentações ou ofertas, mesmo sem regulamentação, desse tipo de terapia pelos sistemas público de saúde municipais e estaduais.

Um ponto importante é que somente quatro desses conselhos regulamentaram a atuação dos respectivos profissionais com todas as PICs. O CFBM, por meio da Resolução 327/2020 (CFBM, 2020) e o CFN, por meio da Resolução 679/2021 (CFN, 2021) regulamentaram o exercício profissional em todas as 29 PICs, seguindo o definido pela PNPIC. O CONFEF, por meio da Resolução 436/2022 (CONFEF, 2022), e o CFFa, por meio do Parecer nº45/2020 (CFFa, 2020), permitiram somente aquelas que o MS autorizou para atuar no SUS. Ainda, o CFB, por meio da Resolução nº 614/2021 (CFB, 2021) regulamentou o exercício dos profissionais de biologia somente para 24 das PICs, sem justificativas.

Um questionamento e uma possibilidade de novas pesquisas é: profissionais sem regulamentação dos seus conselhos estão ministrando PICs no SUS ou fora dele?

Abaixo, segue todas as normativas emitidas pelos conselhos federais em relação às terapias não-convencionais que encontramos (quadro 32):

Quadro 32: Normativas Relacionadas às Terapias não-Convencionais Emitidas por Conselhos Federais dos Profissionais de Saúde

Normativas Relacionadas às Terapias não-Convencionais Emitidas por Conselhos Federais dos Profissionais de Saúde		
Ano	Conselho	Instrumento
1980	CFM	Homeopatia como especialidade – Res. 1000/1980
1985	COFFITO	Acupuntura prática fisio – Res 60/1985
1986	CFBM	Acupuntura prática – Res 2/1986 (revogada em 1995)
	CFF	Homeopatia – Res 176/1986
1988	COFFITO	Acupuntura fisio – Res 97/1988
1989	CFM	Parecer antroposofia, homeopatia, acupuntura como exóticas – Parecer 9/1989
	CFM	Parecer contra uso da acupuntura – Parecer 52/1989
	CFM	Parecer acupuntura só com prescrição médica – Parecer 43/1989
1992	CFM	Parecer acupuntura e fito como atividade do médico – Parecer 4/1992
1993	CFM	Parecer cuidado com antroposofia – Parecer 21/1993
1995	CFM	Acupuntura especialidade – Res 1455/1995
1997	COFEN	Terapias alternativas especialidade – Res 197/1997 revogada
2000	CFF	Acupuntura – Res 353/2000
	CFP	Hipnose – Res 13/2000
	COFFITO	Acupuntura especialidade fisio – Res 219/2000
2001	COFFITO	Quiropraxia e osteopatia fisioterapeuta – Res 220/2001, questionada judicialmente pela Associação Brasileira de Quiropraxia
	COFFITO	Acupuntura Terapeuta ocupacional – Res 221/2001
	COFEN	Terapias naturais especialidade – Res 260/2011
	CFFa	Acupuntura – Res 272/2001 revogada judicialmente em 2014
2002	CFF	Acupuntura – Res 5/2002 revogada
	CONFEF	Yoga como especialidade – Res 46/2002
	CFBM	Acupuntura – Res 78/2002
2003	COFEN	Acupuntura – Res 283/2003
	CONFEF	Acupuntura – res 69/2003
2004	COFEN	Terapias tradicionais, complementares/não convencionais especialidade – Res 290/2004
2006	CFN	Fitoterapia – Res 383/2006
2007	CFN	Fitoterapia – Res 402/2007 revogada em 2013
	CFF	Fitoterapia – Res 459/2007
	CFF	Farmácia Antroposófica como exercício do farmacêutico – Res 465/2007
2008	CFO	Acupuntura, fitoterapia, homeopatia, floral, laserterapia – Res 82/2008
	COFEN	Acupuntura – Res 326/2008
2009	CFF	MTC-acupuntura – Res 516/2009
2010	COFFITO	Pics, magnetoterapia, hipnose – Res 380/2010
	CFESS	Contra pics – Res 569/2010
2011	COFFITO	Quiropraxia especialidade fisioterapeuta – Res 399/2011
	COFFITO	Osteopatia especialidade fisioterapeuta – Res 398/2011
	COFFITO	Acupuntura Terapeuta ocupacional – Res 405/2011
	COFEN	Terapias holísticas complementares – Res 389/2011

2013	CFF	Especialidades: antroposofia, homeopatia, MTC-acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo/crenoterapia – Res 572/2013
	CFN	Fitoterapia – Res 525/2013 revogada
2015	CFF	Floral incluída como especialidade – Res 611/2015
	CFO	Acupuntura, homeopatia especialidade – Res 164/2015
	CFO	Acupuntura, homeopatia especialidade – Res 160/2015
	CFN	Fitoterapia – Res 556/2015 revogada
2016	CFBM	Normativa acupuntura
2017	COFFITO	Prática de Pics, magnetoterapia terapeuta ocupacional– Res 491/2017
2018	COFEN	Acupuntura – Res 585/2018
	COFEN	Especialidades: Acupuntura, fitoterapia, homeopatia, ortomolecular, floral, reflexoterapia, reiki, yoga, toque terapêutico, musicoterapia, cromoterapia, hipnose – Res 570/2018
	CFM	Especialidades acupuntura e homeopatia – Res 2.221/2018
2020	CFFa	Parecer uso de pics – Parecer 45/2020 todas
	COFEN	Parecer aromaterapia – Parecer 34/2020
	CFBM	29 Pics – Res 327/2020
	CFF	Ozônioterapia – Res 685/2020
	COFEN	Parecer quiropraxia – Parecer 15/2020
2021	CFN	29 Pics – Res 679/2021
	CFF	Pics no âmbito da MTC – Res 710/2021
	CFN	Acupuntura – Res 681/2021 suspensa judicialmente
	CFN	Fitoterapia – Res 680/2021
	CFB	24 Pics – Res 614/2021
2022	CONFEF	Legítima atuação no SUS conforme previsto na portaria 15/2022 do Min. Saúde – Res 436/2022

Fonte: Autor (2023).

5.5.6.2 Normativas relacionadas a uso e comercialização de produtos antroposóficos, fitoterápicos e homeopáticos

O uso e a comercialização de produtos homeopáticos vêm sendo normatizados pelo governo federal desde o Brasil Império, quando o Decreto nº 9.554 de 1886 reorganizou o serviço sanitário estabelecendo que “Art. 70. As *pharmacias homoeopathicas* terão por objecto unico e exclusivo aviar as receitas dos *medicos homoeopathas*”, proibindo-lhes de vender outro tipo de medicamento (DECRETO IMPERIAL, 1886). Já em 1976, outro decreto aprovou a Primeira Edição da Farmacopéia Homeopática Brasileira (BRASIL, 1976) que já está na sua terceira edição.

A comercialização dos fitoterápicos passaram a ser realizados pelas “*hervanarias*” de acordo com o Decreto nº 19.606 de 1931 que trata da profissão farmacêutica (BRASIL, 1931). O mesmo decreto também traz normatizações relacionadas com produtos homeopáticos. Desde

2006, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos foi instituída visando acesso e uso seguro e racional de produtos fitoterápicos e de plantas medicinais (BRASIL, 2006).

Com relação aos produtos antroposóficos, em 2007 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária emitiu uma resolução que trata sobre registro de medicamentos dinamizados industrializados homeopáticos, antroposóficos e anti-homotóxicos (ANVISA, 2007).

Esses são apenas exemplos de normatizações específicas voltadas a essas terapias.

5.5.6.3 Normativas sobre terapias não-convencionais no sistema público de saúde

O terceiro e último caminho de regulamentação de terapias não-convencionais são as normativas no âmbito do serviço público de saúde que passaram a fortalecer a oferta dessas terapias pelo sistema privado. Apesar de prescindir das regulamentações exclusivas para o sistema público, o sistema privado de saúde se beneficia da normatização do sistema público, sobretudo, no que tange ao respaldo para fundamentar suas ações baseando-se nas regras do SUS. Uma rápida busca por profissionais que ministram essas terapias ou por cursos de formação, verifica-se que ser ofertado pelo SUS, a PNPIC ou o conceito de terapia complementar e/ou integrativa presente na política complementam a relevância da terapia ofertada.

A normatização no âmbito público é um caminho do movimento de regulamentação das terapias não-convencionais no sistema de saúde brasileiro e as mais antigas geralmente mencionadas na literatura são as Resoluções do INAMPS e do CIPLAN, fixando normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia. Uma linha temporal das normativas pode ser encontrada, dentre outros, em Silva e colaboradores (2020), Del Gobo (2017) e Bulsing (2013).

Além da PNPIC no âmbito nacional, as diversas regulamentações estaduais e municipais (ver capítulo 5.3) contemplam as regulamentações no serviço público de saúde. Vale lembrar que, apesar da PNPIC estabelecer a responsabilidade de estados e municípios brasileiros instituírem suas próprias políticas em PICs, nem todos os estados e nem todos os municípios assumiram tal responsabilidade, embora todos os estados e a maioria dos municípios (incluindo todas as capitais) ofertem serviços em PICs no sistema de saúde público⁷⁰.

Ressalta-se que alguns estados e capitais instituíram políticas antes da PNPIC. Importante mencionar que, conforme Tesser, Sousa e Nascimento⁹, na medida em que muitas vezes a oferta depende da proatividade do profissional de saúde, quando este deixa o serviço de

saúde a oferta pode ser suspensa ou deixar de existir, embora já tenha sido registrada como ofertada no período nos sistemas de informação.

Tomando nosso recorte analítico que abrangeu todas as 26 capitais e todas as 27 unidades da federação e considerando normativas que tratam de mais de duas terapias, encontramos dispositivos legais em 12 unidades da federação e em 12 capitais de estados. Destes, em oito unidades da federação – incluindo o Distrito Federal – há dispositivos estaduais e em suas capitais, em quatro há somente legislação nos estados e não em suas capitais e em cinco capitais há legislação apesar de não haver no estado (figura 12 e quadros 25 e 26 – ver também capítulo 5.3).

Vimos que, de acordo com a literatura, a inexistência de uma política institucionalizada não vem impedindo que municípios e estados ofertem tais serviços terapêuticos. O percurso histórico demonstra que esses serviços estavam disponíveis antes que dispositivos nacionais, ou mesmo locais/regionais, tivessem sido instituídos.

Conforme o quadro 24, antes da PNPIC, em 2006, já havia ofertas institucionalizadas de terapias não-convencionais por meio de leis desde 1987, muito embora a maioria dos dispositivos legais tenham sido instituídos após 2006 (conforme quadro 29).

A relação entre a PNPIC e o aumento de dispositivos legais em estados e capitais não corresponde à observância restrita em relação às PICs reconhecidas pela política nacional, assim como os dispositivos do período anterior a 2006. A maioria das leis, portarias e resoluções que institucionalizaram terapias não-convencionais no sistema público de saúde de estados e capitais de estados, antes e após a PNPIC, reconheceram mais práticas como terapias do que a política nacional.

5.5.6 Algumas considerações sobre os caminhos de regulamentação

Para o sistema privado de saúde, a regulamentação de terapias não-convencionais ocorre, sobretudo, via os conselhos profissionais que definem os limites do exercício profissional. As associações que aglutinam profissionais também têm papel importante ao dar visibilidade social e política à prática que se pretende terapêutica. Isso porque são constituídas por profissionais graduados em instituições de ensino reconhecidas nacionalmente e que são reconhecidos pelos seus respectivos conselhos federais, o que fornece um caráter mais técnico e menos anímico às terapias.

Ainda, as associações são importantes nas conexões políticas que possibilitam a normatização da prática pelos conselhos federais e/ou pelo órgão governamental, a partir da união do grupo de profissionais com objetivos comuns. Por essas influências, essas entidades podem ser concebidas como uma característica do contexto brasileiro, bem como, embora não possuam prerrogativa para regulamentar, atuam como legitimadoras da prática de determinada terapia não-convencional.

Outro ponto interessante diz respeito ao fato de que não ter reconhecimento para ser ofertada no serviço público de saúde, seja via normativa nacional, estadual ou municipal, não significa que práticas com objetivos terapêuticos não estejam sendo ofertadas e ministradas por profissionais. Esse fato é possível de ser constatado na literatura, nos relatórios elaborados pelo MS, nos diagnósticos elaborados pelos estados nos processos de institucionalização de suas políticas estaduais, nas próprias políticas estaduais e municipais, bem como é reconhecido pelo próprio governo federal nas portarias da PNPIC e por meio da PNS e do PMAQ, os quais procuram diagnosticar a existência de oferta de PICs e terapias não-convencionais não reconhecidas pela PNPIC no sistema público de saúde.

Mesmo com relação à regulamentação pelos conselhos federais profissionais e à sua capacidade de limitar as práticas dos profissionais, é possível considerar que, para essas entidades terem emitidos normativas relativas às terapias não-convencionais, foi preciso demanda gerada por ação governamental ou por profissionais a eles ligados que já estavam ministrando essas terapias em suas práticas profissionais.

Esses pontos nos levam a questionar o espaço (importância, influência) que a legislação vem ocupando no processo de institucionalização de terapias não-convencionais, sobretudo no que tange ao estabelecimento de limites entre terapias legais e terapias ilegais. Mais precisamente, esses pontos demonstram como a regulamentação não pode ser tomada como algo completo ou autoexecutável, legitimador ou limitador, pois, o dispositivo legal não é independente de outros atores com os quais precisa se articular para poder influenciar a realidade (CLOATRE; COWAN, 2019).

A regulamentação de terapias não-convencionais no SUS é um exemplo disso. Como vimos no capítulo 5.3, enquanto há 29 PICs reconhecidas pela política nacional, políticas estaduais e/ou das capitais apontam que no atendimento público de saúde há muito mais desse tipo de terapia reconhecido e sendo ofertado à população sob o rótulo PIC. Ainda, muitas terapias constavam nas políticas regionais e locais antes do reconhecimento pela política nacional, o que pode ter influenciado seu reconhecimento pela PNPIC. É interessante que,

apesar de reconhecerem mais terapias do que a política nacional, as políticas estaduais e das capitais constituídas após 2006 justificam sua criação a partir da PNPIC.

Consideremos dois elementos para tentar compreender esse paradoxo. Já apontado por outros autores, o primeiro diz respeito à ideia de que a política não é implementada, mas apropriada pelos atores nos vários níveis onde ela se movimenta e é movimentada, resultando em sua resignificação no sentido de não ser restritiva a determinadas PICs, mas possibilitadora de reconhecimento de terapias não-convencionais no serviço público. Isso aponta que a PNPIC não deve ser percebida como algo que enclausura, mas como uma porta, uma abertura que permite movimento. Nesse sentido, a PNPIC, e podemos estender para as demais políticas, deve ser encontrada e, portanto, analisada, em seu movimento, pois, a política é movimento.

O segundo é que tanto a literatura quanto os documentos das políticas, em especial os que apresentam o histórico dessas práticas local ou regionalmente, apresentam como atores-chave os profissionais que trazem suas experiências e/ou conhecimentos para o sistema de saúde, inaugurando espaços terapêuticos não-biomédicos que, acrescidos de novas conexões e atores, fizeram emergir as políticas atuais.

Nesse sentido, é possível sugerir que a resignificação seja feita sob influência maior dos profissionais de saúde que ministram essas terapias – alguns dos quais podem estar em espaços estratégicos da gestão. Desse modo, seria interessante aprofundar em análises que relacionam o itinerário profissional dos profissionais de saúde que aplicam PICs com seu próprio itinerário terapêutico. Isso poderia também contribuir na compreensão sobre a influência que conselhos federais e profissionais exercem e sofrem entre si.

Ao longo do capítulo procuramos sistematizar algumas características do movimento de regulamentação das terapias não-convencionais no sistema de saúde brasileiro e alguns caminhos pelos quais a regulamentação vem ocorrendo. A partir da revisão da literatura e de documentos institucionais, procuramos destacar a importância dos conselhos federais que, apesar de mencionados, ainda vêm recebendo pouco destaque nas análises sobre regulamentação dessas terapias no país.

Não pretendemos esgotar as características ou os caminhos de regulamentação, mas contribuir com uma reflexão mais abrangente acerca da presença das terapias não-convencionais no sistema de saúde brasileiro, ampliando a percepção para além da PNPIC e abrindo possibilidades de aprofundamento da análise sobre a regulamentação dessas terapias no país.

Antes de finalizarmos, no contexto da regulamentação da PNPIC, gostaríamos apenas de apresentar alguns argumentos que estão sendo ou foram agenciados para justificar ou demonstrar a relevância das PICs para comporem uma política nacional e, desse modo, tais argumentos também são tornados atores na rede de relações. De modo sucinto, os argumentos-atores podem ser sistematizados da seguinte maneira:

1) Democratização dos serviços de saúde: refere-se aos argumentos que apontam que a inserção das PICs na política pública de saúde é um avanço no acesso igualitário e universal aos serviços de saúde – que é um dos princípios do SUS –, uma vez que tais serviços estão à disposição no mercado de saúde para aqueles que podem pagar. O agenciamento desse discurso teve início no processo de inserção dessas terapias como política pública, sobretudo, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986;

2) Presença desse tipo de terapia no SUS antes da institucionalização da PNPIC: argumentos baseados em diagnósticos governamentais, nas experiências dos próprios profissionais de saúde e nos debates e relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, afirmam que a política seria a institucionalização de algo que já vinha ocorrendo nas unidades públicas de saúde, independentemente de dispositivos legais. Assim, a PNPIC garantiria maior segurança para profissionais e possibilidades de financiamento. O agenciamento desse discurso vem ocorrendo desde o período anterior à institucionalização da política e, inclusive, compõe a justificativa do MS para a institucionalização da PNPIC, conforme as portarias de 2006, 2017 e 2018;

3) Humanização dos serviços de saúde: refere-se aos argumentos que apontam que, ao valorizarem uma perspectiva holística (integral) sobre saúde, ou seja, que vai além dos processos biológicos do corpo, a inserção das PICs no sistema público de saúde realoca o paciente no centro dos processos de saúde, diferentemente da medicina convencional que, ao valorizar o profissional de saúde (notadamente o profissional médico), desconsidera o paciente enquanto pessoa integral e o percebe como uma massa biológica que teve sua homeostase fisiológica desequilibrada por algo material (físico) e de origem externa (ao corpo). O agenciamento desse discurso também vem ocorrendo desde o período anterior à institucionalização da política, seguindo argumentos já empreendidos internacionalmente;

4) Desmedicalização alopática dos tratamentos: refere-se aos argumentos que apontam que um dos benefícios da inserção das PICs no sistema público de saúde está relacionado com a diminuição do uso de medicação alopática pelos pacientes e todas as consequências a ela

relacionadas, tais como, efeitos iatrogênicos, dependência e altos custos. São argumentos agenciados com maior ênfase após a inserção das PICs no SUS.

Tais argumentos, na medida em que são agenciados e são introduzidos na rede de relações, configuram-se como atores porque passam a influenciar a ação de outros atores, ao passo em que são influenciados. Exemplo é que são conceitos produzidos em outros contextos – embora envolvendo saúde – e passam a fomentar e suscitar pesquisas que demonstrem sua relevância para o caso das PICs e da PNPIC. Nesse sentido, atores como os pesquisadores, as instituições e a própria política ganham em robustez argumentativa no sentido de justificar a existência de uma política pública de saúde específica para terapias não-convencionais. Além disso, o emaranhado de ações que estão na base da emergência dessas realidades é tornado mais complexo.

5.6 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA REDE DE RELAÇÕES DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Esta tese vem abordando a PNPIC a partir da sua emergência na realidade, o que exige associações com diversos atores, tais como: outras políticas do Ministério da Saúde (capítulo 5.2), políticas públicas de estados e capitais de estados (capítulo 5.3), associação de atores no contexto da pandemia de COVID-19 (capítulo 5.4), outros atores que contribuem para a regulamentação desse tipo de terapia no sistema de saúde brasileiro (capítulo 5.5). Nesse sentido, procuramos abranger parte da capilaridade e da movimentação da política como exemplo da sua potencialidade em contribuir para o surgimento de realidades múltiplas e como demonstração da sua dependência em relação a outros atores para emergir na realidade.

Neste último capítulo, o foco é problematizar os discursos sobre evidências científicas que envolvem terapia não-convencionais, tendo em vista os debates decorrentes da inserção das PICs no SUS via PNPIC e os debates em torno da medicina/prática baseada/informada em evidências, da política informada por evidências e do que vem sendo denominado pela literatura de tradução do conhecimento. Assim, procuraremos demonstrar os debates atuais e qual a relevância desses conhecimentos na rede de relações em que PNPIC e PICs estão inseridas.

Nosso foco, então, está em analisar como o argumento sobre as evidências científicas – que é tornada um ator na rede de relações – é agenciado e vem influenciando outros atores e sendo influenciado por eles, bem como objetivamos enfatizar outra realidade que vem à tona a partir da política. Também, a questão sobre se há ou não evidências envolve uma complexa correlação terapia-doença:

A medicina alternativa é eficaz no tratamento de doenças? Ainda que seja uma pergunta curta e simples, ao ser desdobrada, ela se torna um tanto complexa e muitas de suas respostas dependem de três questões básicas. Primeira, de qual terapia alternativa estamos falando? Segunda, a qual doença está sendo aplicada? Terceira, o que significa ser eficaz? (SINGH; ERNST, 2013, p. 12).

Não menos importante, é preciso acrescentar que fazer a discussão sobre evidências envolve, ainda, analisar se os estudos sobre a eficácia têm ou não qualidade e se seus resultados podem ser considerados confiáveis. Esta análise está muito distante dos objetivos desta tese e possuem uma complexidade que exigiria uma expertise que, neste momento, não possuímos – um exemplo sobre tal complexidade pode ser encontrado em Singh e Ernst (2013, p. 163-170) acerca dos estudos sobre homeopatia.

Os debates acerca da eficácia científica passaram a ser agenciados após a institucionalização da PNPIC, sobretudo por alguns conselhos federais de medicina, como já mencionamos anteriormente (capítulo 2.1). Os debates sobre evidências vêm ganhando amplitude, mas, em nosso entendimento, têm tido menos relevância do que fatores políticos na definição sobre a inserção de terapias na política. Nesse sentido, assumimos como correta a possibilidade aventada por Tesser, Carvalho e Nascimento (2021), segundo a qual, fatores políticos se sobressaíram às questões sobre evidências científicas no processo de inserção de novas PICs na política em 2017 e 2018. Estendemos esta hipótese também para as primeiras PICs reconhecidas em 2006, conforme argumentamos no capítulo 5.1.

Entretanto, compreender como os debates em torno de evidências científicas sobre a eficácia dessas terapias estão se associando aos demais atores, é relevante para a compreensão da capilaridade e da capacidade da PNPIC e das PICs em contribuir para a emergência de realidades, tal como, por exemplo, o surgimento de instituições com foco específico na produção de evidências, como veremos mais adiante. Além disso, num contexto mais amplo do que o nacional, em geral, essas terapias são submetidas à análise sobre sua eficácia e segurança de uso quando já estão sendo usadas pela população, diferentemente dos medicamentos alopáticos (IJAZ *et al.*, 2019), ensejando novas associações.

Outro argumento decorrente dos debates sobre eficácia e que vem ganhando relevância é o de evidências práticas, ou seja, resultados positivos encontrados por profissionais de saúde na sua prática clínica ministrando terapias não-convencionais. Em geral, esses registros são considerados anedóticos e com pouca relevância no contexto das evidências científicas porque os resultados da clínica podem ser atribuídos a uma série de fatores, como veremos mais adiante.

Optamos por compreender as associações e as realidades que emergem com a participação das evidências, seguindo a ação de atores institucionais, na medida em que eles se influenciam mutuamente: as evidências influenciando o surgimento dessas instituições e essas instituições agenciando novos atores para influenciar o modo como as evidências deveriam atuar nas PICs e na PNPIC.

Este caminho se justifica porque, como mencionado, nosso objetivo é o de compreender e analisar o modo como as evidências científicas, enquanto argumento e enquanto ator, estão presentes nas redes de relações que envolvem PICs e PNPIC.

Para tanto, a seguir começaremos com uma breve apresentação sobre medicina/prática baseada/informada em evidências, que servirá como uma contextualização para

compreendermos melhor as instituições, suas ações e argumentos baseados em evidências ou na falta de evidências.

5.6.1 Evidências Científicas e Terapias não-Convencionais

O conceito de evidência científica passou a fazer parte da medicina no final do século XX, a partir de um movimento que busca “ampliar o conhecimento (expertise) médico e diminuir incertezas no processo clínico (diagnóstico/terapêutica/prognóstico), mediante permanente consulta às informações produzidas (e validadas) em pesquisas de epidemiologia clínica (Sackett et al., 1996)” (FARIA; OLIVEIRA-LIMA; ALMEIDA-FILHO, 2021, p. 69).

Evidências científicas foram se tornando predominantes na medicina num contexto de aprimoramento da ação médica em relação às enfermidades, no sentido de aumentar mais rapidamente as respostas benéficas ao paciente e de diminuir os custos financeiros e de recursos humanos no sistema de saúde (FARIA; OLIVEIRA-LIMA; ALMEIDA-FILHO, 2021).

Apesar do conceito de uso de evidências na prática médica já estivesse presente nos debates e práticas profissionais, o termo medicina baseada em evidência (MBE) apareceu pela primeira vez no início da década de 1990 (SINGH; ERNST, 2013; EL DIB, 2014; FARIA, 2022). Contudo, no início do século XXI, um movimento envolvendo outras categorias da área da saúde procurou ampliar o conceito substituindo o termo “medicina” por “prática”, com o intuito de incluir as demais áreas da saúde (BROEIRO, 2015). Ainda, o termo “baseada” tem sido substituído por “informada”.

Portanto, é possível encontrar os termos “MBE”, “prática baseada em evidência”, “medicina informada por evidência” ou “prática informada por evidência” para se referir a uma ação que se pretende “como o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica”, utilizando “provas científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, para a aplicação de seus resultados na prática clínica” (EL DIB, 2007, p.1).

Em outras palavras, todos esses termos se referem à uma modalidade de intervenção que “consiste simplesmente em decidir qual o melhor tratamento médico com base nas melhores informações disponíveis” (SINGH; ERNST, 2013, p. 52). Eles auxiliam a responder à pergunta: “O que é melhor fazer, para esta pessoa, neste momento, dadas estas circunstâncias?” (BROEIRO, 2015, p. 239)⁷¹. Essa percepção de fazer cuidados de saúde teria florescido “a partir do reconhecimento das muitas limitações da maneira tradicional de se tomar decisões

⁷¹ Enquanto El Dib e Singh e Ernst utilizam o termo MBE, Broeiro está tratando de PBE.

clínicas, baseada na intuição, na experiência clínica assistemática e no raciocínio fisiopatológico como ‘bases suficientes para a tomada de decisão clínica’ (Lapa et al., 2019, p.3)” (FARIA, 2022, p. 3).

No contexto brasileiro, esse movimento parece ainda estar concentrado na medicina e pouco tem tido influência em outras áreas da saúde (FARIA; OLIVEIRA-LIMA; ALMEIDA-FILHO, 2021).

O método por trás da MBE vem sendo aprimorado desde, ao menos, o século XVIII (SINGH; ERNST, 2013, FARIA; OLIVEIRA-LIMA; ALMEIDA-FILHO, 2021), tendo tido um grande impulso no final do século XIX e início do XX, período que corresponde à disseminação e consolidação do pensamento cientificista. Nas décadas 1980 e 1990, com o desenvolvimento de métodos estatísticos, a MBE foi desenhada como a temos atualmente, tendo a revisão sistemática da literatura como sua principal fonte de informação.

Revisão sistemática da literatura possui dois formatos, quais sejam: um focado numa análise crítica da literatura buscando resumir os achados e apontando as melhores evidências sobre a eficácia de uma determinada intervenção; outro, mais conhecido como meta-análise, acrescenta uma sistematização estatística desses achados, tornando os resultados mais fáceis de interpretação (EL DIB, 2007).

As revisões sistemáticas estabelecem se os achados científicos são consistentes e podem ser aplicados no dia a dia de indivíduos e/ou populações. As meta-análises, em particular, contribuem para aumentar a precisão das estimativas dos efeitos do tratamento e dos riscos de exposição e refletir melhor a realidade (Mulrow, Cook, Davidoff, 1997) (FARIA; OLIVEIRA-LIMA; ALMEIDA-FILHO, 2021, p.73).

Como toda produção científica tem base na revisão de literatura, o adjetivo “sistemática” tipifica esse formato de revisão da literatura de um modo particular, sugerindo o uso de certa metodologia que envolve pergunta-chave bem delimitada, critério de inclusão e exclusão dos artigos a serem analisados, base de dados bem definidas, mais de um pesquisador analisando os artigos, dentre outros aspectos que visam diminuir vieses subjetivos que possam interferir nos resultados. “Na revisão sistemática, nós avaliamos a qualidade e a quantidade das evidências disponíveis, tentamos sintetizar os achados e chegar a um veredito geral sobre a efetividade do tratamento em questão” (ERNST, 2019, p. 29. Tradução nossa)⁷².

As revisões sistemáticas têm a vantagem de:

- a) explicar resultados contraditórios sobre a mesma questão clínica; b) plotar estudos com diferentes tamanhos amostrais para detectar possível diferença estatística; c) utilizar metodologia reprodutível e científica; e d) evitar duplicação desnecessária de

⁷² Texto original em inglês: “In a systematic review we assess the quality and quantity of the available evidence, try to synthesis the findings and arrive at on overall verdict about the effectiveness of the treatment in question” (ERNST, 2019, p. 29).

esforços, uma vez que, disseminando os achados dessa revisão, ela não precisa ser respondida novamente por outro grupo (Leibovici & Reeves, 2005) (EL DIB, 2014, p.10).

Ainda, outra peculiaridade das evidências científicas na área da saúde é que os estudos que fornecem a base da revisão sistemática obedecem a uma hierarquia de confiabilidade dos resultados, tal como segue (figura 14):

o desenho de estudo que possui validade interna mais adequada são as revisões sistemáticas com ou sem metanálises (consideradas nível I de evidências), seguidas dos grandes ensaios clínicos, denominados mega trials (com mais de 1.000 pacientes – nível II de evidências), ensaios clínicos com menos de 1.000 pacientes (nível III de evidências), estudos de coorte (não possuem o processo de randomização – nível IV de evidências), estudos caso-controle (nível V de evidências), séries de casos (nível VI de evidências), relatos de caso (nível VII de evidências), opiniões de especialistas, pesquisas com animais e vitro. As três últimas classificações permanecem no mesmo nível de evidência (nível VIII de evidências), sendo fundamentais para formular hipóteses que serão testadas à luz de boa pesquisa científica (EL DIB, 2007, p. 2).

Figura 14: Hierarquia da confiabilidade dos estudos no contexto de revisão sistemática

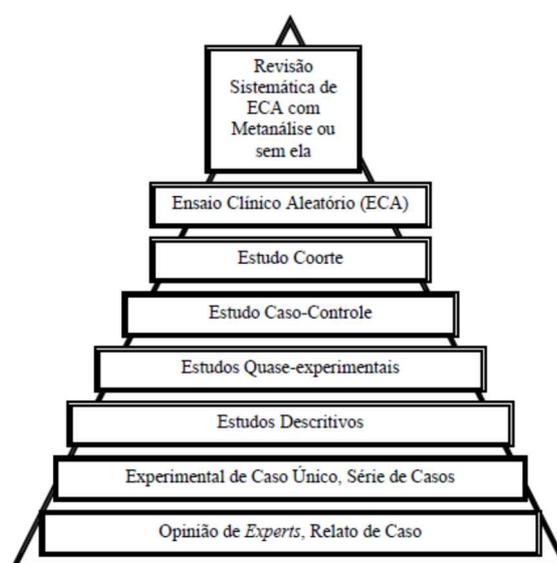


Figura 1. Hierarquia da evidência: investigações com localização superior na hierarquia indicam maior força da evidência⁷.

Fonte: Sampaio e Mancini (2007, p. 85).

Embora haja consenso de que as revisões sistemáticas com ou sem meta-análise sejam os estudos mais confiáveis para analisar se há ou não evidência de eficácia de determinada intervenção, é importante mencionar que a hierarquia descrita acima pode se alterar dependendo da pergunta-chave (EL DIB, 2007; 2014). No exemplo acima, a hierarquia dos estudos envolve a pergunta pela busca por tratamento e prevenção, mas, se a pergunta inicial for, por exemplo, sobre fatores de risco ou prevalência de uma enfermidade, não será correto buscar os resultados logo após uma intervenção – como é o caso dos ensaios clínicos randomizados –, sendo

necessário tornar os estudos de coorte⁷³ como de maior relevância, dado seu desenho metodológico mais apropriado.

Na medida em que as revisões sistemáticas são estudos secundários, ou seja, constroem conhecimento a partir de estudos primários, há um aspecto importante sobre os estudos clínicos, os quais são considerados estudos primários que proporcionam as melhores fontes de informação. Estes são os ensaios clínicos randomizados, ou seja, estudos que visam verificar a eficácia de uma intervenção em relação a outra(s) intervenções(s), tendo em vista um grupo de participantes que são subdivididos em subgrupos, cuja definição acerca de qual grupo é submetido à intervenção alvo ocorre aleatoriamente (randomização). No desenho de estudo ideal há três grupos de estudo: a) um subgrupo que utiliza a intervenção com eficácia comprovada (quando existe, ou outras intervenções que não são objeto da pesquisa, mas que servem como meio de controle), b) outro subgrupo que utiliza a intervenção objeto da pesquisa e c) outro que utiliza placebo. Esses grupos serviriam como comparativo para se aferir os efeitos da intervenção objeto sobre os pacientes.

Em outras palavras, os ensaios clínicos randomizados têm um objetivo bem delimitado que é verificar a eficácia de um único objeto (intervenção) em relação a outros com eficácia já comprovada (se existir, ou a outros como controle comparativo), diante de uma doença determinada, cujos grupos de controle e de uso da intervenção objeto são definidos aleatoriamente – randomização. Desse modo, há mecanismos que não permitem que pesquisadores e participantes saibam quem está integrando qual grupo. Em geral, essas informações ficam a cargo de pesquisadores que não estão em relação direta com os participantes. “O processo de randomização previne o viés de seleção, enquanto o mascaramento dos pesquisadores, pacientes e avaliadores de desfechos, previne os vieses de performance e detecção” (EL DIB, 2014, p.11), sendo esta característica denominada duplo-cego.

Essa metodologia é importante para dar confiabilidade ao resultado do estudo porque o objetivo é avaliar se a cura ou a melhora dos sintomas, por exemplo, é causada pela intervenção objeto ou por outro fator. Criar um ambiente que diminui esses fatores é considerada fundamental para se analisar os efeitos de uma intervenção, pois a melhora da saúde do paciente

⁷³ Em poucas palavras, nos estudos de coorte, o pesquisador analisa se determinada exposição à fatores externos leva a um resultado específico (fumar cigarro resulta em câncer de pulmão?). Ou vice-versa, retrospectivamente, partindo do desfecho procura desvendar quais fatores de exposição corroboraram para determinado desfecho (o paciente com câncer de pulmão foi exposto a quais fatores externos?). São analisados pacientes que tiveram determinada exposição em comparação com pacientes que não tiveram determinada exposição, visando verificar se determinada exposição corrobora com determinado desfecho.

pode ocorrer devido à vários fatores que vão além do uso de alguma intervenção (medicamento ou outra terapia), quais sejam:

- história natural da condição (muitas condições de saúde melhoram mesmo se elas não forem tratadas);
- regressão para a média (valores atípicos tendem a retornar para a média quando são checados novamente);
- efeito placebo (expectativa e condicionamento afetam como nos sentimos);
- tratamentos concomitantes (frequentemente as pessoas utilizam mais de um tratamento quando estão doentes);
- impulso social (pacientes tendem a afirmar que eles estão melhor simplesmente para agradar seu terapeuta) (ERNST, 2019, p. 26. Tradução nossa)⁷⁴.

Portanto, os conhecimentos que emergem dos estudos clínicos randomizados são diferentes dos emergidos na experiência clínica porque estes últimos sofrem a influência de um ou mais desses fatores, dificultando ou tornando muito difícil ter certeza se a intervenção objeto foi a responsável pela melhora do paciente.

O duplo-cego, nesse contexto, é um aspecto muito importante para a confiabilidade dos resultados de um estudo. Na medida em que o efeito psicológico do paciente influencia no desenvolvimento da doença, é preciso que o paciente não saiba se está sendo submetido à intervenção objeto, à intervenção controle ou à intervenção placebo. Cegar o pesquisador também é importante porque “existe o risco de o que aplica o tratamento possa inconscientemente transmitir ao paciente informação de que é o placebo [ou a intervenção objeto] que está sendo administrado, talvez pela linguagem corporal ou tom de voz” (SINGH; ERNST, 2013, p. 105).

Assim, o estudo considerado como tendo maior padrão de qualidade com relação à tratamento e prevenção é “um ensaio clínico controlado com placebo, duplo-cego, randomizado” (SINGH; ERNST, 2013, p. 88), pois obedece aos seguintes requisitos:

1. Uma comparação entre o grupo de controle e o grupo recebendo o tratamento que está sendo testado.
2. Um número suficientemente amplo de pacientes em cada grupo.
3. Uma distribuição aleatória dos pacientes em grupos.
4. A administração de um placebo a um grupo controle.
5. Condições idênticas para o grupo de controle e o de tratamento.
6. Manter os pacientes *cegos* de modo que ignorem a qual grupo pertencem.
7. Manter os médicos *cegos* para que não tenham consciência de estarem administrando a cada paciente um tratamento real ou um mero placebo. (SINGH; ERNST, 2013, p. 88. Grifos do original).

⁷⁴ Texto original em inglês: “the natural history of the condition (most conditions get better, even if they are no treatment at all); regression towards the mean (outliers tend to return to the mean when we re-check them); the placebo-effect (expectation and conditioning affect how we feel); concomitant treatments (people often take more than one treatment when ill); social desirability (patients tend to claim they are better simply to please their therapist) (ERNST, 2019, p. 26).

Nos estudos que obedecem a tais critérios, se o grupo que recebe a intervenção tiver um número de participantes significativamente maior que os outros grupos com resultados positivos, então, assume-se que a intervenção teve efeito positivo.

Na medida em que os ensaios clínicos randomizados foram sendo desenhados para avaliar a eficácia de medicamentos, quando a intervenção objeto não é medicamentosa, a característica duplo-cego fica prejudicada, uma vez que é difícil esconder quem está sendo submetido à intervenção objeto. Nesse sentido, os resultados recebem uma confiabilidade diferente da comunidade científica porque fica difícil controlar os vieses subjetivos. Singh e Ernst (2013, p. 90-91) dão o exemplo de como o duplo-cego fica prejudicado em estudos sobre a acupuntura, visto que nesses estudos é possível fazer com que os participantes não saibam se estão recebendo ou não a acupuntura de modo correto, mas é impossível criar esse efeito cego para os pesquisadores. Além do duplo-cego, outros fatores influenciam na avaliação sobre a qualidade do estudo a ser analisado.

Todo esse rigor metodológico é considerado um aspecto muito importante da MBE, pois

Sem essa modalidade de medicina [MBE], corremos o risco de cair na armadilha de considerarmos eficazes tratamentos inúteis ou de considerarmos ineficazes tratamentos úteis. Sem ela, portanto, provavelmente ignoraríamos os melhores tratamentos e nos apoiaríamos, em vez disso, em tratamentos medíocres, ou inferiores, ou inúteis, ou mesmo perigosos, aumentando, portanto, o sofrimento dos pacientes (SINGH; ERNST, 2013, p. 52).

Entretanto, a vantagem da MBE só é possível se a qualidade dos estudos primários for confiável, e, também, “Aceitar sem críticas os resultados de uma única revisão sistemática tem seus riscos” (SHEA *et al.*, 2017, p. 1. Tradução nossa)⁷⁵. Para tanto, diversas ferramentas vêm sendo elaboradas para auxiliar na avaliação da qualidade dos estudos primários e das revisões sistemáticas, tais como: GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)⁷⁶ (GALVÃO; PEREIRA, 2015), PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PAGE *et al.*, 2021), MOOSE – Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology (STROUP, 2012), AMSTAR-2 – A Measurement Tool to Assess Systematic Review – (SHEA *et al.* 2017). Destacamos as ferramentas elaboradas pela Cochrane Collaboration, a principal e mais respeitada instituição na elaboração de revisões sistemáticas: ROB 2 – Risk of Bias in randomized trials (STERN *et al.* 2019), ROBINS-E tool (Risk of Bias in on-Randomized Studies – of Exposures (HIGGINS *et al.*, 2022), ROBINS-I tool – Risk of Bias in non-Randomized Studies – of Interventions (STERN *et al.*, 2016).

⁷⁵ Texto original em inglês: “Uncritically accepting the results of a single systematic review has risks” (SHEA *et al.*, 2017, p. 1).

⁷⁶ <https://www.gradeworkinggroup.org/>.

Todas essas ferramentas possuem critérios para avaliar a qualidade do estudo, sendo que a avaliação deve ser realizada por dois ou mais pesquisadores (de modo independente e somente depois cruzam suas conclusões) sobre se o estudo atende plenamente, parcialmente ou não atende a determinados requisitos da ferramenta. O resultado dessa contabilidade aponta para o grau de confiabilidade do estudo que é categorizada em escala que informa sobre o nível crítico de confiança, geralmente, definido em alto, moderado, baixo ou muito baixo.

Importante mencionar que algumas especialidades da medicina convencional, tais como psiquiatria e cirurgia, guardam certa reserva e são críticas com relação ao que consideram rigidez dos requisitos dos estudos clínicos randomizados, pois suas áreas de conhecimento e prática possuem peculiaridades que não preenchem tais requisitos (BOTHWELL *et al.*, 2016; EL DIB, 2007). Exemplo disso é que, quando os estudos clínicos randomizados começaram a ser disseminados na década de 1970,

cirurgiões reconheceram cada vez mais suas limitações [dos estudos clínicos randomizados para a área]: cada paciente possui patologias únicas, cada cirurgião possui diferentes habilidades e cada operação envolve incontáveis escolhas sobre anestesia, pré-medicação, abordagem cirúrgica, instrumentalização e cuidados pós-operatórios, os quais desafiam a padronização que os estudos clínicos requerem (BOTHWELL *et al.*, 2016, p. 2176. Tradução nossa).⁷⁷

Em outro exemplo, ainda no âmbito da medicina convencional, El Dib (2014b, p. 106) compõe um grupo de estudos no McMaster Institute of Urology, no Canadá, que, em 2008, procurou elaborar “uma análise alternativa de avaliação de séries de casos na ausência de ensaios clínicos para responder a questões de saúde; essa análise foi chamada de metanálise proporcional de estudos série de casos”. Neste texto, a autora explica a metodologia elaborada pelo grupo.

Apesar de questionamentos como estes, a MBE continua gozando de grande confiança para a prática médica e segue sendo referência.

No que tange às terapias não-convencionais, desde que a OMS passou a incentivar a valorização e o uso desse tipo de terapias em 1978 (WHO, 1978), estudos sobre a eficácia dessas terapias começaram a ficar cada vez mais presentes. Essas pesquisas começaram ser desenvolvidas de modo esparsos por pesquisadores e sem o apoio de uma instituição que atuasse especificamente com esse tipo de terapia. Além do mais, eram estudos baseados nos métodos que vinham sendo utilizados para avaliar a eficácia na MBE. Posteriormente, em várias partes

⁷⁷ Texto original em inglês: “surgeons increasingly recognized their limitations: each patient had unique pathological findings, each surgeon had different skills, and each operation involved countless choices about anesthesia, premedication, surgical approach, instrumentation, and postoperative care, all of which defied the standardization that clinical trials required” (BOTHWELL *et al.*, 2016, p. 2176).

do mundo foram sendo constituídas instituições nacionais ou internacionais com o objetivo de analisar a eficácia científica de terapias não-convencionais, também incentivadas por recomendações da OMS (WHO, 2002; 2013).

5.6.2 Outras metodologias em desenvolvimento

Embora haja consenso na comunidade médica de que a prática médica deve estar baseada em evidências, na primeira década do século XXI, começaram a surgir reflexões acerca da adequabilidade dos estudos clínicos randomizados para analisar a eficácia das terapias não-convencionais. Um marco significativo ocorreu em 2002, quando vários pesquisadores se reuniram em Vancouver, no Canadá, para debater quais caminhos deveriam ser adotados para se compreender e analisar os efeitos das terapias não-convencionais (RITENBAUGH, et al., 2003). O resultado foi a constituição da Whole System Research (WSR) – Pesquisa de Sistemas Inteiros (tradução nossa) – como uma área de pesquisa/conhecimento, a partir da qual vêm sendo emergidos vários caminhos metodológicos. WSR foi definida da seguinte maneira pelos participantes do encontro:

Pesquisa sobre sistemas inteiros abrange a investigação de processos e resultados de intervenções complexas de cuidados de saúde. Pesquisa de sistemas inteiros implica a intenção de incluir conceitualmente, como parte do contexto investigativo, todos os aspectos de qualquer abordagem internamente consistente do tratamento, incluindo sua base filosófica, pacientes, profissionais que a ministram, configuração da prática e métodos/materiais usados. Pesquisa de sistemas inteiros reconhecem características e perspectivas únicas do paciente, da família, da comunidade e do entorno (RITENBAUGH *et al.*, 2003, p. 33. tradução nossa)⁷⁸.

Atualmente, os estudos sobre eficácia de terapias não-convencionais continuam a ser desenvolvidos a partir dos ensaios clínicos randomizados, mas, também, a partir de outros caminhos metodológicos, tais como WSR, Comparative effectiveness research, Pragmatic trials, N-of-1, Single-subject research designs, Aptitude (or attribute) by treatment interaction, Observational study or Real World Research, Metasynthesis, Method triangulation, Nonlinear dynamical system, dentre outros (ANDRADE; PORTELLA, 2018; IJAZ et al., 2019; BAARS; HAMRE, 2017).

⁷⁸ Texto original em inglês: “Whole systems research encompasses investigation of both the processes and the outcomes of complex health care interventions. Whole systems research entails the intention to include conceptually as part of the investigative context all aspects of any internally consistent approach to treatment, including its philosophical basis, patients, practitioners, setting of practice, and methods/materials used. Whole systems research acknowledges unique patient, family, community, and environmental characteristics and perspectives (RITENBAUGH *et al.*, 2003, p.33).

Vale ressaltar que o contexto para a pesquisa em que essas metodologias vêm sendo desenvolvidas e aplicadas guarda certa peculiaridade, pois “enquanto os ensaios controlados randomizados classicamente avaliam o efeito de uma intervenção antes dela estar disponível no *mainstream* do cuidado de saúde, as terapias da medicina tradicional, complementar e integrativa estão, frequentemente, sendo usadas amplamente antes de serem formalmente estudadas” (IJAZ *et al.*, 2019, p. 22. Tradução nossa)⁷⁹. Acreditamos que isso corrobore para que, ao invés de basearem suas análises num contexto controlado que procura diminuir os vieses subjetivos, como fazem os ensaios clínicos randomizados, os estudiosos que advogam em favor dessas metodologias, afirmem que pretendem analisar a eficácia dessas terapias no mundo real (IJAZ *et al.*, 2019; ANDRADE; PORTELLA, 2018; RITENBAUGH, et al., 2003).

No contexto de predomínio da MBE, devido à impossibilidade do emprego do duplo-cego e da dificuldade do emprego do controle placebo (ANDRADE; PORTELLA, 2018; IJAZ, *et al.*, 2019; BAARS; HAMRE, 2017), os resultados que emergem dos estudos que utilizam essas outras metodologias não vêm recebendo o mesmo status de confiabilidade atribuído aos estudos randomizados.

É importante termos a compreensão e não nos esquecermos de que as metodologias de análise sobre eficácia das intervenções medicamentosas foram sendo aperfeiçoadas desde, pelo menos, o século XVIII, resultando no desenho dos ensaios clínicos randomizados, tal como esclarecemos sucintamente há pouco. Parte de sua hegemonia se deve, também, aos processos históricos, políticos, culturais e sociais que envolvem um contexto mais amplo da ciência (PEREIRA, 2019; FOULCAUT, 1989; BATES, 2000), em que, como sugerem Faria, Oliveira-Lima e Almeida-Filho (2021, p. 76): “a aparição da MBE, com a reafirmação dos ECR como processo diferenciado de aquisição de conhecimento e legitimação de uma conduta, foi o modo como a medicina se posicionou contra o fato de que ela efetivamente não se fundava sobre provas clínicas”.

Porém, sua hegemonia também se deve aos resultados positivos que foram trazendo para a prática médica. Nesse sentido, é de se esperar que essas novas metodologias que são emergidas enfrentem desafios históricos, políticos, culturais, sociais, epistemológicos e de resolutividade para serem absorvidas pelo *mainstream* médico.

⁷⁹ Texto original em inglês: “while RCTs classically evaluate an intervention’s effects before it is being deployed in mainstream care, TCIM therapies are often in widespread usage before being formally trialed” (IJAZ *et al.*, 2019, p. 22).

Na realidade, ao contrário de serem metodologias totalmente opostas, após uma ampla revisão dos estudos de WSR publicados nas últimas duas décadas, Ijaz e colaboradores afirmaram que

WSR têm muito em comum com a pesquisa clínica convencional. Seus desenhos de estudo – se controlado ou não-controlado –, geralmente, representam adaptações (antes que reinvenções) sobre os métodos de pesquisa estabelecidos; e seus medições dos resultados predominantemente quantitativos ecoam aquelas aplicadas na pesquisa biomédica (IJAZ *et al.*, 2019, p. 46)⁸⁰.

Diante de seus achados, os autores acreditam que os estudos em torno da WSR podem contribuir para o desenvolvimento dos estudos sobre eficácia de medicamentos também biomédicos, e sugerem que

O que permaneceu implícito em muitas (embora não em todos) das primeiras literaturas metodológicas do WSR, é que a própria WSR pode ser compreendida como parte de uma ‘medicina integrativa’, movimento orientado para transformar o sistema de cuidados de saúde dominante, de modo que as terapias da medicina tradicional, complementar e integrativa possam ser mais amplamente integradas em paralelo ou como adjuvante ao cuidado biomédico convencional (IJAZ *et al.*, 2019, p. 26)⁸¹.

É diante desse contexto de debate em torno da MBE que devemos compreender como os discursos sobre evidências científicas são agenciadas e passam a atuar na rede de relações que envolvem as PICs e a PNPIC, pois, as principais publicações que tratam sobre as evidências das PICs (e que veremos mais adiante), procuram se basear nos estudos clínicos randomizados e nas metodologias consagradas pela MBE.

5.6.3 Instituições que atuam com evidências científicas de terapias não-convencionais no Brasil

Pode-se afirmar que as principais instituições que atuam com PICs no Brasil são o ObservaPics, o Cabsin e a RedePics. Não por coincidência, todas foram constituídas no ano de 2018, sendo as duas primeiras constituídas por pesquisadores em PICs e a última agrega pesquisadores, profissionais de saúde que ministram PICs e outras instituições envolvidas com terapias não-convencionais, visando a troca de experiências e a constituição de uma rede de atuação com PICs. Como o foco deste capítulo são as evidências, a RedePics não será objeto de análise, apesar de sua importância para a PNPIC e para as PICs.

⁸⁰ Texto original em inglês: “WSR has much in common with conventional clinical research. Its range of study designs—whether controlled or uncontrolled – generally represent adaptations upon (rather than reinventions of) established research methods; and its predominantly quantitative outcome measurements echo those applied in biomedical research” (IJAZ *et al.*, 2019, p. 46).

⁸¹ Texto original em inglês: “What remained implicit in much (although not all) of the early WSR methodological literature is that WSR itself may be understood as part of an “integrative medicine” movement geared to transforming dominant health care systems such that TCIM therapies may be more broadly integrated alongside or as an adjunct to conventional biomedical care” (IJAZ *et al.*, 2019, p. 26).

Na realidade, alguns membros das três instituições atuam ou fazem parte das outras duas também, como, por exemplo, o presidente do Cabsin, Ricardo Ghelman que é membro consultivo do “Boletim Evidências” editado pelo ObservaPics. Ainda, estas instituições sempre realizam ações conjuntas.

No Brasil, a despeito dos grupos de pesquisa constituídos em universidades que vêm pesquisando esse tipo de terapia desde 1965 (SOUSA; SILVA; TENÓRIO, 2020), Observapics e Cabsin são as principais instituições desenvolvendo pesquisas sobre PICs.

Além destas duas, optamos por trazer as ações do IQC, outra instituição constituída por pesquisadores, mas que, diferentemente das primeiras, aponta para a ineficácia dessas terapias no tratamento de doenças, a partir de informações que argumentam sobre a ausência ou a fragilidade dos estudos sobre eficácia das PICs. Não por coincidência, assim como as demais, o IQC também foi constituído em 2018, mesmo ano em que o MS emitiu a portaria reconhecendo mais 14 terapias como PICs na política nacional (BRASIL, 2018).

Vejamos como ObservaPics, Cabsin e IQC vêm agenciando as evidências científicas sobre as PICs.

5.6.3.1 Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde

O Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (ObservaPics) está sediado na Fundação Oswaldo Cruz e surgiu a partir dos debates sobre evidência científica das PICs com o objetivo de aproximar esses conhecimentos com os serviços que ofertam PICs. Assim, “surgiu da necessidade de dinamizar reflexões acerca do cotidiano dos serviços de saúde e da produção científica relacionada às PICS, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (SOUSA; SILVA, TENÓRIO, 2020, p.11). Nesse sentido, “o observatório nasceu com a missão de apoiar o SUS na implantação e avaliação da Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC), desenvolvendo estudos, promovendo articulações e divulgando evidências práticas e científicas em torno das PICS” (OBSERVAPICS, 2021a, p.3).

Reunindo pesquisadores internos e externos à instituição, a instituição procura refletir sobre questões que envolvem a validação das PICs no movimento de inserção no sistema público de saúde nacional. Para tanto, vem se associando, dentre outros, a pesquisadores e instituições para desenvolver projetos de pesquisas e intervenção, e a gestores para

aprimoramento da PNPIC e troca de experiências. Desde sua constituição, vem desenvolvendo as seguintes ações:

Ciência Aberta em PICs. É uma ação em que todas as produções e ações da instituição são disponibilizadas para acesso público no site do ObservaPics. Portanto, todas as ações abaixo podem ser encontradas com detalhes nesta ação.

Site, Canal no YouTube, perfis em mídias sociais. No canal do YouTube, é possível encontrar todos os vídeos de transmissões ao vivo realizadas pelo ObservaPics. As mídias sociais são um veículo de comunicação de massa de informações da instituição, enquanto o site é o principal meio de comunicação, onde podem ser encontrados todas as informações mais detalhadas de todas as ações da instituição.

Relatório “Ciência Aberta em PICs: Grupos de Pesquisa no Brasil e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” (SOUSA; SILVA; TENÓRIO, 2020). Apresenta e analisa questões relacionadas ao levantamento sobre a produção científica em terapias não-convencionais, a partir dos grupos de estudos de instituições de ensino e pesquisa cadastrados no Diretório de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

PodPics. É um podcast em que são discutidas saúde, PICs e ciência, a partir de mediação pela pesquisadora Madel Luz que entrevista convidados que atuam com PICs.

Coleção Cuidado Integral na COVID-19. “Para promover a reflexão e a discussão em torno de evidências sobre o potencial das PICS no contexto da pandemia, o ObservaPics lança a coleção Cuidado Integral na Covid-19, que aborda diferentes práticas”, sendo que “autores convidados são pesquisadoras e pesquisadores de universidades brasileiras, com experiência acadêmica e também assistencial na temática” (ARAÚJO; SILVA; BASTOS, 2020, p.3).

Até o momento, foram elaborados três cadernos: “O primeiro caderno faz uma revisão sobre terapia floral e sugere como ela poderá ser aplicada no cuidado à saúde mental durante a convivência com o novo coronavírus” (ARAÚJO, 2020, p. 3).

No segundo caderno sobre aromaterapia, “As autoras mostram que a pele e o olfato são receptores importantes (...) Os componentes liberados de plantas aromáticas, seja por meio de infusão ou da extração de óleos, têm efeito medicinal, auxiliando bem-estar físico e psíquico, tão importante no enfrentamento da pandemia de Covid-19” (NASCIMENTO; PRADE, 2020, p. 3). O terceiro, trata sobre terapia comunitária integrativa a partir de realidades similares ao distanciamento social promovido pela pandemia da COVID-19, dando destaque, também, às experiências realizadas por transmissões via internet, “as quais têm sido consideradas elemento

potencializador para uma escuta respeitosa e qualificada, abrindo a possibilidade de vincular as pessoas num momento em que vivenciam algo em comum: o medo e o isolamento social” (BARRETO *et al.*, 2020, p.3).

Repare – Conhecer e Compartilhar Saberes em Fitoterapia. É um projeto para fortalecer e articular os conhecimentos sobre Fitoterapia, pois, “Muito além de uma modalidade terapêutica em busca de evidências científicas, a fitoterapia pode preservar a diversidade cultural, construir redes de cuidado e ajudar a desenvolver a agricultura familiar em diferentes territórios”⁸².

Livros publicados pelo ObservaPics ou em parceria. São alguns: “Jardins da História: medicinas indígenas” (STRAPPAZZON; SIGOLO, 2022); “Modelagem Farmácias Vivas-Jardins Terapêuticos para Implantação em Serviços de Atenção Primária à Saúde no SUS” (BARROS; CARNEVALE, 2022); “Guia das Copaíbas: pra que serve?” (SANTIAGO; SANTOS; MARTINS, 2021); “Experiências e reflexões sobre medicinas tradicionais, complementares e integrativas em sistemas de saúde das Américas” (SOUSA; GUIMARÃES; GALEGO-PEREZ, 2021). Todos disponíveis para download no site do ObservaPics.

Série “Boletim Evidências”. É uma publicação digital com periodicidade quadrimestral, sendo um material informativo constituído por matérias jornalísticas sobre experiências que envolvem a PNPIC ou uma ou mais PICs, com enfoque em ações ou projetos locais em contextos de saúde pública. Assim, cada edição do Boletim é composta por matérias jornalísticas que apresentam: de modo sucinto artigos, relatórios ou similares publicados e que versam sobre evidências científicas de alguma PIC; experiências locais a partir de relatos e entrevistas com pessoas envolvidas; informações sobre ações, iniciativas e projetos que tratam sobre inserção de PICs no sistema de saúde público ou uso comunitário; informações sobre instituições onde é possível encontrar informações acerca de evidências; informações de nível nacional (em menor quantidade); além de informações sobre o próprio Boletim.

A Série foi criada com dois objetivos, quais sejam: possibilitar ou facilitar a aproximação e a conexão entre pesquisas, pesquisadores e instituições e agentes governamentais que atuam como gestores de políticas de saúde que envolvem ou podem/deveriam envolver as PICs; e, de modo sucinto, fazer a tradução do conhecimento científico contido nas evidências para que os agentes de saúde possam utilizar de modo mais facilitado.

⁸² Disponível em: <<http://observapics.fiocruz.br/repape/>>. Acessado em 16 nov. 2022.

Contribuição, juntamente com outros atores (incluindo Cabsin), na Série Informes sobre Evidência Científica das PICs do Ministério da Saúde.

Projeto “Repositório Informação para a Ação: Construção Participativa para Qualificação da Gestão no SUS. Novas adesões ainda podem ser feitas”. Visando aprimorar as ações de planejamento e avaliação da política pública de saúde, representantes de 20 estados participam do projeto.

Nosso objetivo é reunir e disponibilizar informações sobre implantação das práticas baseadas em pesquisa e levantamento de dados gerados pelo ObservaPICS, além das evidências científicas subsidiando, assim, os estados para a tomada de decisões. Também pretendemos realizar oficinas em apoio ao planejamento e análise. Cada estado se compromete a replicar as atividades para apoiar aos municípios (OBSERVAPICS, 2021a, p.9).

Projeto de Fortalecimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC). Participam os gestores das PICs nos estados e busca “desenhar um quadro atualizado da implantação das PICS nas regiões do Brasil e de criar, em parceria com universidades e outras organizações, possibilidades de formação de profissionais de saúde e consultoria técnica para apoiar estados e municípios” (OBSERVAPICS, 2021, p. 11 evidências 9, p. 11).

5.6.3.2 Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa

O Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (Cabsin) foi constituído em 2018 por um conjunto de pesquisadores que atuam com terapias não-convencionais, em sua maioria, ligados a universidades brasileiras. Foi constituído para ser uma rede de pesquisadores em MTCI e tem como missão

contribuir para a fomentar a pesquisa científica de abordagens integrativas e complementares em saúde por meio da sistematização e produção de estudos e pesquisas, ampliando a visibilidade do conhecimento científico na área e promovendo intercâmbios e colaborações entre pesquisadores, universidades e grupos de pesquisa nacionais e internacionais para subsidiar a implementação de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas de forma integrada ao sistema público de saúde com segurança, eficácia, qualificação profissional, qualidade de serviços e produtos (CABSIN, s/d).

Diferentemente do ObservaPics que é uma instituição pública, o Cabsin é uma organização não-governamental que está conectada a outras instituições internacionais, sendo a Seção Regional no Brasil (Regional Chapter) do “International Society for Traditional, Complementary and Integrative Medicine Research” (ISCMR). O ISCMR ainda possui Seções Regionais no Canadá, na Coreia do Sul, no Irã e na China, sendo

uma organização científica internacional multidisciplinar estabelecida para promover o desenvolvimento e a disseminação de novos conhecimentos em relação à cura integral da pessoa e a pesquisas sobre sistemas de saúde integrais, incluindo todas as formas tradicionais, holísticas, alternativas, complementares e integrativas de medicina (ISCMR, s/d. tradução nossa).⁸³

Ainda, o Cabsin está articulado aos “Academic Consortium for Integrative and Medicine Health” dos Estados Unidos e da Holanda e à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

A instituição é constituída por oito comitês, nos quais estão conectados os pesquisadores membros. Cada comitê tem uma aba no site do Cabsin em que disponibiliza o conceito da terapia ou do termo utilizado e os membros que o compõem. Os comitês são os seguintes: Medicina Antroposófica; Ayurveda; Dor; Homeopatia; Oncologia Integrativa; Pediatria Integrativa; Produtos Naturais; Saúde e Natureza.

Como o ObservaPics, possui uma série de ações, entretanto, sempre voltadas à pesquisa propriamente dita, tanto à realização quanto à divulgação, bem como tradução de conhecimento. Desde sua constituição, segundo informações coletadas em seu site⁸⁴, além das parcerias estabelecidas, o Cabsin já produziu:

- **11 artigos publicados em periódicos indexados** (muitos dos quais originários dos mapas de evidências elaborados pelos pesquisadores membros);

- **21 mapas de evidências de efetividade clínica** em parceria com BIREME/BVS, OPAS e universidades sobre: MTCI para doenças cardiovasculares; MTCI para dor e incapacidades; MTCI para câncer de colo do útero; plantas medicinais brasileiras; homeopatia; ventosaterapia; moxacombustão; aromaterapia; apiterapia; contribuições da MTCI no contexto da pandemia de COVID-19, desfechos clínicos; fitoterapia e plantas medicinais para cicatrização e doenças agudas; acupuntura e auriculoterapia; prática da meditação; prática do yoga; plantas medicinais e fitoterapia para saúde mental e qualidade de vida; plantas medicinais e fitoterapia para distúrbios metabólicos e fisiológicos; plantas medicinais e fitoterapia para doenças crônicas e dor; shantala; reflexologia; práticas mente e corpo da Medicina Tradicional Chinesa; auriculoterapia;

- 1 mapa de evidências de aplicação clínica sobre ozonioterapia bucal (em parceria com BIREME/BVS, OPAS e universidades);

- 6 livros e documentos técnicos;

⁸³ “ISCMR is an international multidisciplinary scientific organization established to foster the development and dissemination of new knowledge regarding whole person healing and whole systems healthcare research, including all traditional, holistic, alternative, complementary, and integrative forms of medicine” (ISCMR, s/d).

⁸⁴ Disponível em: <<https://cabsin.org.br/membros/produtos/>>. Acessado em 01 dez. 2022.

- 4 capítulos de livros;
- 33 textos de tradução de conhecimento;
- 12 artigos comentados;
- 1 curso ofertado;
- 7 eventos organizados;
- 9 eventos em coorganização;
- 2 consultorias realizadas.

Dentre essas produções, considerando apenas os produtos vinculados ao contexto da pandemia de COVID-19, destacamos:

- **Documento técnico:** “Parecer Técnico-Científico do uso de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) para o Enfrentamento da Pandemia de COVID-19”. Uma parceria entre Cabsin e Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, publicado em 2021 (NUNES *et al.*, 2021);

- **Livro:** “Ayurveda e COVID-19. Consolidado de guias e protocolos produzidos pelo Ministério AYUSH (Índia)”. Uma parceria entre Cabsin, Ayurveda Prema e Embaixada da Índia no Brasil, publicado em 2020, a partir do protocolo elaborado pelo Ministério indiano (GOVERNMENT OF INDIA, 2020);

- **Coleção** “Uso das práticas integrativas e complementares em saúde durante a pandemia da COVID-19”, com três cadernos publicados:

- “Plantas medicinais e fitoterápicos: Atenção Primária à Saúde (APS) em baixa, média e alta complexidade”. Elaborado pelo Comitê de Produtos Naturais em maio de 2020 (RUPPELT, 2022);

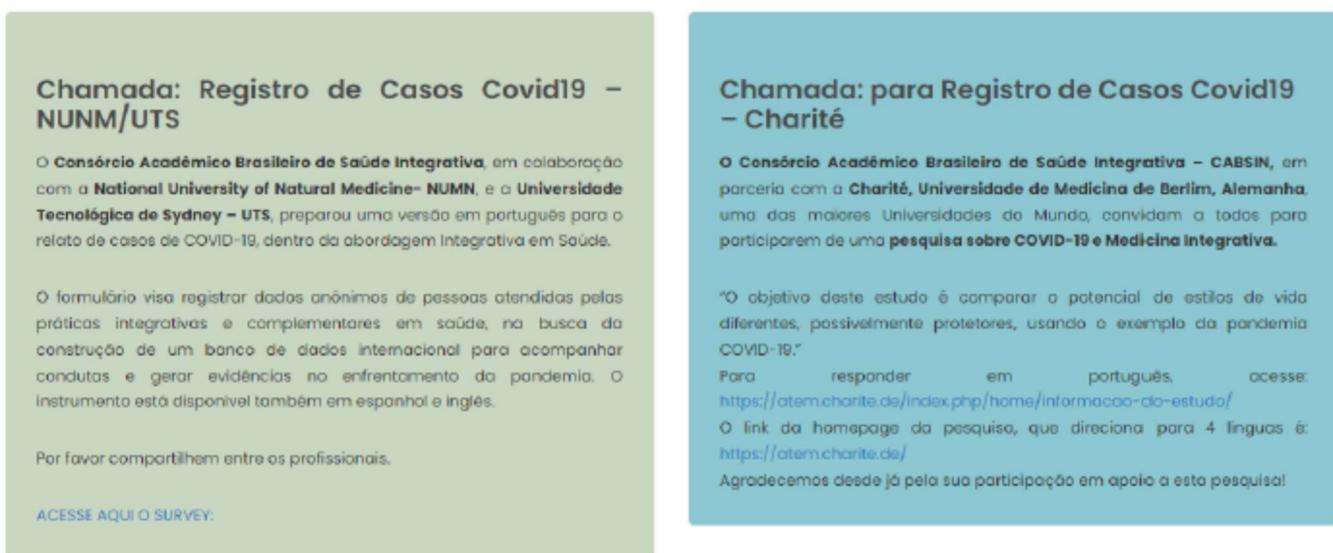
- “Óleos essenciais e aromaterapia: Atenção Primária à Saúde (APS) em baixa, média e alta complexidade”. Elaborado pelo Comitê de Produtos Naturais, aproximadamente, em maio de 2020 (WOLFFENBÜTTEL, 2022);

- “A terapêutica homeopática: uma prática integrativa para o enfrentamento da COVID-19”. Elaborado pelo Comitê de Produtos Naturais em abril de 2020 (HOLANDINO; BONAMIN, 2020);

- **Registro de pessoas atendidas com terapias não-convencionais em casos de COVID-19**, em parceria com “National University of Natural Medicine” e “Universidade Tecnológica de Sydney”, visando gerar um banco de dados de condutas e evidências para enfrentamento da pandemia;

- **Registro de casos de COVID-19**, em parceria com “Charité” e “Universidade de Medicina de Berlim”, com objetivo de comparar estilos de vida e possíveis protetores contra COVID-19.

Figura 15: Chamadas para registro de casos de COVID-19, uma parceria entre Cabsin e instituições internacionais



Fonte: Disponível em: <<https://cabsin.org.br/membros/publicacoes-covid19/#1617826308498-1e4c8a2b-6ce4>>. Acessado em: 30 dez. 2021.

5.6.3.3 Instituto Questão de Ciência

Também constituído em 2018, assim como o Cabsin, o IQC é uma organização não-governamental composta por pesquisadores. O objetivo da instituição não está restrito às questões que envolvem terapias não-convencionais, pois seu foco está na atuação com políticas públicas informada por evidências científicas, contando com três frentes de atuação: educação científica, jornalismo científico e advocacy científico. Nesse sentido, acabam atuando com as políticas públicas de saúde, como é o caso da PNPIC.

Contudo, de acordo com artigo publicado na revista britânica “Skeptical Inquirer Magazine” que apresentava esta nova instituição voltada à valorização do ceticismo e da racionalidade, “entre suas prioridades iniciais, os fundadores citam **a luta contra a adoção de terapias pseudocientíficas no SUS, como homeopatia, medicina tradicional chinesa, imposição e mãos, geoterapia, aromaterapia e terapia floral**” (ORSI; PASTERNAK, 2018).

Grifo nosso. Tradução nossa)⁸⁵. E, pouco após o lançamento da instituição, os mesmos autores afirmaram em outro artigo na mesma revista que “Aqui no Brasil, nós podemos garantir a você que o IQC está preparado para a luta. **Nosso primeiro objetivo é remover as medicinas alternativas e complementares de nosso sistema público de saúde**” (ORSI; PASTERNAK, 2019, s.p. grifo nosso. Tradução nossa)⁸⁶.

Do ponto de vista apresentado nos artigos, fica evidente que dois dos focos do IQC são terapias não-convencionais e, particularmente, a PNPIC, pois, argumentam que por meio desta política estariam sendo utilizados recursos públicos para financiar terapias sem eficácia comprovada.

Recentemente, o IQC passou a constituir o braço no Brasil do “The Conversation”, uma instituição voltada para a informação jornalística e de qualidade que se configura como “uma colaboração única entre acadêmicos e jornalistas que, há uma década, tornou-se a principal editora mundial em notícias e análises baseadas em pesquisa”, um espaço em que “nossos editores profissionais trabalham juntamente com acadêmicos para transformar conhecimentos e informações em artigos fáceis de ler, fazendo com que sejam acessíveis aos leitores em geral” (THE CONVERSATION, s/d. tradução nossa)⁸⁷. Fundado na Austrália em 2011, atualmente, o “The Conversation” tem braços no Canadá, na Espanha, na França, na Indonésia, nos Estados Unidos da América, na Nova Zelândia e no Reino Unido.

Durante os anos de existência, o IQC vem se tornando uma instituição de referência quando se trata de divulgação científica, desenvolvendo várias ações, dentre as quais, destacamos aquelas que possuem relação com terapias não-convencionais:

- **organização do 1º Congresso Internacional de Pensamento Científico**, em 2021 (Aspen Global Congress on Scientific Thinking and Action), em parceria com “The Aspen Institute Science & Society Program” (New York) e “The Aspen Institute Italy” (Roma);

⁸⁵ Texto original em inglês: “Among the initial priorities, the founders cite the fight against the adoption of pseudo-scientific therapies at SUS (acronym in Portuguese for the Brazilian Unified Health System), such as homeopathy, traditional Chinese medicine, hand laying, geotherapy, aromatherapy and floral” <https://skepticalinquirer.org/exclusive/skeptical-organization-to-launch-in-brazil/>.

⁸⁶ Texto original em inglês: “Here in Brazil we can assure you IQC is up for the fight. Our first goal is to remove CAM from our public healthcare system. Practitioners of twenty-nine modalities of CAM, ranging from aromatherapy to homeopathy and from reiki to circular dance, can currently charge the federal government for their “services” <https://skepticalinquirer.org/exclusive/brazil-launches-its-first-institute-for-the-promotion-of-skepticism/>.

⁸⁷ Texto original em inglês: “a unique collaboration between academics and journalists that in a decade has become the world’s leading publisher of research-based news and analysis (...) Our professional editors work with academics to turn knowledge and insights into easy-to-read articles, and make them accessible to general readers”.

- **participação em audiência pública sobre Constelação Familiar (reconhecida como PIC desde 2018)**, organizada pelo Senado Federal para debater sobre esta PIC, sua inserção na saúde pública e sua adoção pelo sistema judicial;

- **envio de carta sobre a ausência de validade científica da homeopatia, em 2019**, à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ao Ministério da Saúde, ao Conselho Federal de Farmácia (CFF) e ao Conselho Federal de Medicina (CFM);

- **encomenda de pesquisa ao DataFolha sobre o que os brasileiros pensam sobre “curas mágicas”** – os resultados foram apresentados em artigos publicados na “Revista Questão de Ciência” em maio de 2019; e na “Skeptical Inquirer”, volume 44, n. 2⁸⁸.

- **publicação do “Contradossiê das Evidências sobre Homeopatia”** (BAIMA; ALMEIDA, 2020);

- **solicitação às capitais estaduais sobre ações da PNPIC**. “Foram solicitadas informações sobre as práticas integrativas e complementares oferecidas e o dinheiro público gasto com as práticas considerando que a destinação das verbas provenientes do PNPIC é definida pelo município” (IQC, 2020, p. 8);

- **vídeos debatendo a homeopatia**: “O que é homeopatia e como é feito um remédio homeopático?”; “Por que parece que homeopatia funciona?”; e os vídeo da Campanha 10²³ – “Você sabe como é produzido um remédio homeopático?”; “Como sabemos que a homeopatia NÃO funciona?”;⁸⁹

- **participação de membros no Podcast “Fronteiras da Ciência”**, oportunidade em que comentam sobre o “Contradossiê das Evidências sobre Homeopatia”, na época ainda não havia sido publicado⁹⁰;

- **publicação da “Revista Questão de Ciência”** que, a partir de matérias jornalísticas baseadas em estudos de evidências, é um espaço voltado ao combate às desinformações trazidas por pseudociências e pelo negacionismo, e de disseminação e fortalecimento de políticas públicas informadas por evidência;

⁸⁸ <https://www.revistaquestaodeciencia.com.br/questao-de-fato/2019/05/19/brasileiros-preferem-medico-convencional-e-tratamento-com-base-cientifica>; <https://skepticalinquirer.org/2020/03/believing-in-science-is-not-understanding-the-science-brazilian-surveys/>

⁸⁹ <https://www.facebook.com/iqciencia/videos/1246125839456472/?t=3>;
<https://www.facebook.com/iqciencia/videos/983836995287724/?t=28>;
<https://www.youtube.com/watch?v=I3uEEacyjw>;

<https://www.facebook.com/iqciencia/videos/446732369313167/?t=5>.

⁹⁰ http://multimidia.ufrgs.br/conteudo/frontdaciencia/Fronteiras_da_Ciencia-T10E33-02.12.2019.mp3?fbclid=IwAR3-gEeCPrto1gWZcNSGRopu5MRfVPOYbZygOLuIwKQNRXrziWOLrA9NpSs.

- palestras de membros no “TED Vancouver 2019 – Workshop ‘Science-based public policies: why evidence matters’”;

- constituição do “Observatório de Políticas Científicas” que possui três objetivos que giram em torno dos temas ciência, tecnologia, saúde pública e ensino superior: disponibilizar dados públicos numa linguagem acessível para os leitores sobre esses temas; acompanhar projetos de lei e outras ações que tramitam no Congresso Nacional sobre esses temas; e, produzir textos explicativos e investigativos sobre esses temas.

Especificamente no contexto da pandemia de COVID-19, destaca-se:

- série “Diário da Peste”, transmissões ao vivo pelo canal do IQC no YouTube, em que membros da instituição e convidados apresentam e debatem informações recentes sobre a pandemia;

- participação de membros da instituição, na qualidade de especialistas científicos, em canais de televisão e na “Comissão Parlamentar de Inquérito” do Senado Federal que investigou as ações do governo federal durante a pandemia;

É interessante destacar que dos 34 artigos publicados sobre terapias não-convencionais na “Revista Questão de Ciência”, metade (17) trataram sobre homeopatia. Parece, portanto, ser esta terapia o maior foco de críticas por parte dos pesquisadores do IQC.

Quanto ao recém-lançado “Observatório de Políticas Científicas”, já publicaram materiais sobre terapias não-convencionais; um artigo sobre projetos de leis tramitados ou tramitando no Congresso Nacional (Senado Federal e Câmara do Deputados); e, duas reportagens que informam sobre quais projetos de leis dos temas foco do Observatório, incluindo os que versam sobre PICs e PNPIC, estão tramitando no Congresso Nacional durante determinado período – uma matéria abrangeu o período de 1 a 12 de agosto e a outra de 15 a 19 do mesmo mês de 2022.

Todos artigos e matérias publicados na Revista e no Observatório sobre PICs e PNPIC, trazem o argumento de caracterizá-las a partir da falta ou da baixa qualidade de evidências científicas sobre a eficácia dessas terapias, visando o argumento de que elas não deveriam estar no sistema público de saúde ou que as pessoas deveriam deixar de usá-las.

O Observatório também estabelece parcerias para desenvolver projetos com instituições, sendo que o primeiro projeto foi estabelecido com o Conselho Nacional dos

Secretário de Saúde (CONASS) “para capacitação de gestores públicos e suas equipes no uso de evidências científicas em políticas sociais e de saúde” (IQC, 2022, s.p.)⁹¹.

O Observatório de Políticas Científicas do IQC e o Conass acertaram a criação de um grupo de trabalho conjunto para desenvolvimento do curso de capacitação, que terá como objetivo permitir aos gestores em saúde entender como se dá um processo decisório a partir do uso de evidências científicas, como estas evidências são geradas e como interpretá-las, identificar políticas que fogem a estes princípios e os prejuízos que elas trazem para a sociedade, além de como melhor comunicar tudo isso para o público em geral. A ideia é poder oferecer a capacitação já para os gestores estaduais de saúde e equipes que assumirão seus cargos em 2023, após as eleições previstas para o fim deste ano (IQC, 2022, s.p.).

5.6.4 Algumas considerações

Acompanhando as ações dessas três instituições, fica evidente que elas emergiram na realidade a partir da associação entre PNPIC, PICs, evidências científicas, MBE, política informada por evidências e pesquisadores.

Fica evidente também a dependência dessas instituições com relação a outros atores que são agenciados para dar o movimento que elas necessitam para poder emergir na realidade, tais como outras instituições, periódicos científicos, documentos (artigos e outros elaborados). Assim, elas vão dando mais capilaridade à PNPIC e às PICs, tornando mais complexa e sofisticada a rede de relações em que elas estão conectadas.

Com foco em evidências científicas, é interessante pontuar que Cabsin e ObservaPics sempre estão em diálogo com as metodologias utilizadas pela MBE e receiam desconsiderá-las, a despeito das metodologias que vêm sendo elaboradas para analisar especificamente a eficácia de terapias não-convencionais.

Apesar de membros do Cabsin terem publicado artigo sobre novas metodologias utilizadas para analisar a eficácia desse tipo de terapia (ANDRADE; PORTELLA, 2018), os produtos elaborados pela instituição seguem as metodologias consagradas pela MBE, incluindo os mapas de evidência, por exemplo, que são os principais resultados apresentados até o momento e de servirem de base para produtos elaborados por outras instituições, como os “Informe de evidência clínica em práticas integrativas e complementares em saúde” elaborados pelo MS (BRASIL, 2020e; 2020f; 2020g; 2020h; 2020i; 2021a; 2021b).

Embora esteja num processo de valorização de experiências práticas como evidências de eficácia, o ObservaPics também não vem se distanciando do que preconiza a MBE. Exemplo

⁹¹ <https://iqc.org.br/noticias/observatorio-de-politicas-cientificas-do-iqc-ja-tem-primeiro-projeto/>

disso pode ser encontrado na crítica elaborada por Tesser, Sousa e Nascimento (2021) acerca da ausência de eficácia de terapias inseridas na PNPIC em 2018, numa óbvia referência a estudos relacionados a MBE. Outros exemplos podem ser encontrados por meio dos produtos elaborados que sempre recorrem a artigos sobre eficácia dessas terapias publicados em periódicos científicos.

Uma característica muito importante com relação aos produtos sobre evidência elaborados por Cabsin e Observapics e que se diferencia dos produtos elaborados pelo IQC, é que as duas primeiras não enfatizam a qualidade dos estudos que mencionam como evidência, o que é estranho na medida em que a qualidade dos estudos é um dos pilares da MBE.

Tomemos o exemplo dos mapas de evidência elaborados pelo Cabsin e parceiros que se tornou uma referência para Observapics e MS. Os mapas estão disponíveis no site do BVS-MTCI-Américas (OPAS, OMS, BVS e BIREME)⁹² e foram elaborados a partir de pesquisa nas principais base de dados de pesquisa, tais como Cochrane Library, Pubmed, Lílacs, Scielo. Quando se verifica cada mapa individualmente, é possível verificar que a maioria dos estudos analisados e elencados em cada um dos 22 mapas disponíveis, tem confiabilidade baixa ou criticamente baixa, sendo pouquíssimos os estudos com nível alto de confiabilidade. Como vimos, a confiabilidade dos estudos é um dos elementos essenciais da MBE.

Embora os mapas de evidências sejam um método de apresentação de resultados “que facilita a interpretação dos resultados” (PORTELLA *et al.*, 2020, p. 2. tradução nossa⁹³), todos os estudos consultados estejam referenciados em cada um dos mapas seguidos de links que direcionam o leitor até a íntegra desses artigos e cada um dos mapas e conterem legendas em cores (em geral vermelho para criticamente baixa e amarelo para baixa) informando a qualidade do estudo de onde se extraiu a evidência, para o leitor não treinado ou desatento, cada círculo apontado no mapa, independentemente da cor, é interpretado como eficácia.

Essa mesma interpretação dos mapas de evidência parece também estar ocorrendo por instituições. O primeiro “Informe de evidência clínica em práticas integrativas e complementares em saúde”, que tratou sobre obesidade e diabete mellitus, elaborado pelo MS, afirmou que “Neste contexto, **evidências científicas de alto grau metodológico apontam que as PICS possuem eficácia** no tratamento de indivíduos com DM” (BRASIL, 2020e, p.6. grifo nosso), a despeito do próprio documento elencar 22 estudos consultados, dos quais somente

⁹² Disponível em: <<https://mtci.bvsalud.org/mapas-de-evidencia/>>. Acessado em 01 dez. 2022.

⁹³ Texto original em inglês: “which facilitate the interpretation of results” (PORTELLA *et al.*, 2020, p. 2).

quatro de alto grau de confiabilidade, oito de grau moderado, nove de grau baixo de confiança e um de grau indeterminado.

Ainda, com relação ao artigo publicado por integrantes do Cabsin sobre o mapa de evidência sobre MTCI e COVID-19, na última parte os autores mencionaram que

Nós não calculamos o tamanho dos efeitos em uma meta-análise, **nem fornecemos avaliação de risco de viés, mas tentamos superar essas limitações confiando nas habilidades do autor** na condução e avaliação da qualidade dos estudos, escolha dos desfechos, análises de efeitos e suscetibilidade à publicação e viés de relato de resultados (...) Embora toda a pesquisa tenha sido revisada por pares e esteja associada a grande banco de dados de pesquisa, **outras etapas de estudo desta evidência devem incluir uma avaliação individual da qualidade de cada um dos estudos clínicos e revisão do mapa** (PORTELLA *et al.* 2020, p. 5. Grifo nosso. Tradução nossa)⁹⁴.

Nesse sentido, tomando esses produtos elaborados pelo Cabsin em que a qualidade dos estudos analisados está presente nas legendas dos mapas de evidência e no final do artigo publicado – apontando uma das limitações da pesquisa –, a pouca ênfase na qualidade dos estudos sugere que o interesse está em enfatizar os estudos que apontam para alguma eficácia no uso dessas terapias, a despeito dos vieses que possam existir nos estudos consultados.

Com relação ao IQC, é desnecessário afirmar que suas ações se pautam pelas orientações da MBE.

Além da atuação com PICs e PNPIC e com evidências científicas sobre eficácia dessas terapias, outra proximidade entre essas instituições é que elas vêm trabalhando com tradução do conhecimento, termo utilizado para se referir à tradução do linguajar próprio da ciência para uma forma de escrita e explanação menos técnica e mais fácil e inteligível para um leitor não especializado. O público-alvo dos textos deixa de ser acadêmico e passa a ser gestores de políticas/ações de saúde envolvidas com PICs e PNPIC e quaisquer pessoas interessadas nesse tipo de terapia.

Com relação a isso, por exemplo, o IQC publica a “Revista Questão de Ciência” e desenvolve ações de divulgação científica presencial ou virtualmente para o público geral, e de consultoria científica para gestores de políticas públicas. O ObservaPics, por sua vez, publica a série “Boletim de Evidências” voltada aos dois públicos (gestores e pessoas interessadas) e projetos e ações para gestores de políticas públicas de saúde. A característica dos produtos

⁹⁴ Texto original em inglês: “We did not calculate effect sizes in a meta-analysis, neither provide risk of bias assessments, but we tried to overcome these limitations by relying on the author’s skills in conducting and evaluation the studies quality, choice of outcomes, analysis of effects and susceptibility to publication and outcome reporting bias (...) Although all research has been peer-reviewed and is associated with large research databases, further steps in studying this evidence should include an individual quality assessment of each clinical trial and map review (PORTELLA *et al.* 2020, p. 5).

elaborados pelo Cabsin, até o momento, possui um linguajar que exige certa *expertise*, ou seja, a linguagem está mais inclinada para gestores de políticas e para interessados com certo conhecimento.

Outro ponto interessante de destacar é que ObservaPics e IQC possuem projetos voltados a gestores de políticas de saúde, visando auxiliar no uso de evidências científicas para orientar as ações de políticas públicas de saúde. Uma pergunta que o futuro esclarecerá é: se o ObservaPics vem argumentando pela existência de evidências sobre eficácia de algumas terapias, apoiando a sua oferta pelo SUS, e o IQC, pelo contrário, vem criticando a oferta dessas terapias pela política pública de saúde, argumentando para a não existência de eficácia ou para a fragilidade da confiabilidade dos estudos que apontam evidências das PICs, como os gestores receberão essas consultorias, se engajarão nelas e o que farão com elas?

Aliás, sobre as evidências científicas, relembramos que é preciso reconhecer os sucessos trazidos pela MBE. As evidências científicas sobre eficácia das terapias não-convencionais também devem ser analisadas como um ator numa rede de relações. Vejamos.

Com relação aos aspectos físico, sociocultural e retórico das evidências científicas na associação com PICs e PNPIC:

- Aspecto físico: as evidências emergem na realidade como publicações científicas que apresentam resultados de estudos desenvolvidos segundo certa metodologia e de acordo com certa configuração;

- Aspecto sociocultural: sua emergência na realidade ocorre a partir da produção de conhecimento relacionada com um contexto sociocultural, envolvendo uma gama de pessoas que são legitimadas para tal por meio de diplomas, instituições e biografias acadêmicas; cuja confiabilidade dos estudos reside em trabalho em equipe (dois ou mais pesquisadores); geralmente escrito em língua portuguesa ou inglesa (que se consolidou como o idioma da ciência);

- Aspecto político/retórico: a legitimidade de sua emergência na realidade se impõe a partir da metodologia utilizada, a qual deve se orientar pelos melhores parâmetros de confiabilidade dos estudos envolvidos, reafirmando a valorização de uma perspectiva de construção do conhecimento.

Com relação à heterogeneidade, à relacionalidade, à multiplicidade e aos sincretismos das evidências científicas na associação com PICs e PNPIC:

- Heterogeneidade material: pessoas, instituições, estruturas físicas, objetos, documentos (literatura, por exemplo) constituem os atores;

- Relacionalidade: cada uma das entidades performam ações que influenciam as ações dos demais (a performance das metodologias da MBE, por exemplo, influencia o modo como os pesquisadores atuam, ao mesmo tempo em que a ação dos pesquisadores podem influenciar as metodologias da MBE – no sentido de a aprimorarem ou a legitimarem; os resultados influenciam a legitimidade dos pesquisadores, das instituições e das terapias analisadas; os resultados podem influenciar gestores na inserção ou não de terapias no sistema de saúde);

- Multiplicidade: dependendo do contexto em que emerge, as evidências emergem como versões particulares (no contexto da MBE podem emergir como referencial que estabelece a legitimidade ou não legitimidade de terapias; no contexto acadêmico podem emergir como produção acadêmica para os autores; podem emergir como justificativa para investimentos em contexto de gestão, para institucionalização de elaboração de normas jurídicas em contexto político partidário);

- Sincretismos: na interação entre essas versões, podem ocorrer tipos de articulações que fazem emergir novas realidades, tais como: a versão de evidências como referência para legitimar terapias associada à versão de justificativa para elaboração de dispositivos legais, podem resultar na institucionalização de normas jurídico-administrativas; a versão de produção acadêmica associada à versão de metodologia referência pode resultar em instituições voltadas à produção de evidências.

No processo de sua emergência na realidade, processos sincréticos não permitem que sejam expostos a pluralidade que subjaz na aparente singularidade pela qual os resultados são apresentados; da mesma forma, as questões políticas correspondentes à versão atual da MBE são pasteurizadas.

Cabe ainda mencionar a relação que o MS vem estabelecendo com as evidências. O MS também vem agenciando evidências científicas sobre as PICs. Em parceria com instituições como Cabsin, ObservaPics, Fiocruz e universidades, desde 2020 o Ministério, por intermédio da CNPICS, vem publicando os “Informes sobre evidência clínica das práticas integrativas e complementares em saúde” que mencionamos há pouco. Já foram lançados Informes sobre: obesidade e diabetes mellitus (BRASIL, 2020e), hipertensão e fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2020f), depressão e ansiedade (BRASIL, 2020g), transtornos alimentares (BRASIL, 2020h), insônia (BRASIL, 2020i), saúde do trabalhador (BRASIL, 2021a), atividade física (BRASIL, 2021b).

Os sete “Informes” disponibilizados até o momento, apresentaram estudos sobre eficácia das seguintes PICs: Acupuntura, Auriculoterapia, Meditação, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa, Tai Chi Chuan, Qigong e Yoga.

Importante destacar que esses documentos têm como base as metodologias da MBE e

Para levantamento destas evidências foram consultados as meta análise e revisões sistemáticas organizados nos mapas de evidência/efetividade clínica das PICs, elaborados pela BIREME/OPAS/OMS em parceria com o Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIn), e nas revisões rápidas produzidas pela Fiocruz (BRASIL, 2020e, p.4).

Segundo o MS, “Considerando a necessidade de ampliar a resolutividade do cuidado a partir de práticas seguras, eficazes e socialmente sustentáveis, este[s] documento[s] tem por objetivo divulgar as evidências científicas no campo das PICs de forma a apoiar os gestores na tomada de decisão” (BRASIL, 2020e, p. 4). Além disso, “Com este[s] informe[s] pretende-se fomentar a discussão científica no campo das PICs e, ao sintetizar os principais achados sobre o tema em questão, o objetivo é subsidiar os gestores na tomada de decisão quanto a implementação das PICs” (BRASIL, 2020e, p. 4).

É interessante pensar que o MS vem desenvolvendo, em parceria com outras instituições, e incentivando o desenvolvimento de produtos que apresentam estudos sobre eficácia de algumas PICs. Além disso, assim como vimos há pouco no exemplo do documento sobre obesidade e diabete mellitus, outros “Informes” também apresentam o mesmo problema de interpretação na qualidade dos estudos analisados, com muitos deles afirmando a existência de estudos de alto grau metodológico, apesar de elencarem uma minoria de estudos de alto grau de confiança em meio a uma maioria de estudos de grau baixo ou moderado.

Em outros países, como Espanha e França, por exemplo, os governos institucionalizaram instâncias e ações com objetivo contrário, ou seja, de revelar a falta ou a fragilidade de eficácia de terapias não-convencionais que vêm sendo ministradas nos respectivos sistemas de saúde.

Na Espanha, por exemplo, o “Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social” e o “Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades” vêm unindo esforços e desenvolvendo ações: “trabalhando em um plano de ação para combater as pseudociências e seus efeitos através de distintas iniciativas” (ESPAÑA, 2018, p.3. tradução nossa)⁹⁵. A partir do plano de ação, foi

⁹⁵ Texto original em espanhol: “trabajando en un plan de acción para combatir las pseudociencias y sus efectos a través de distintas iniciativas” (ESPAÑA, 2020, p.3).

elaborado um site específico para disponibilizar as informações produzidas: <https://www.conprueba.es/>.

Na França, em 2022, foi constituída a “Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte Contre les Dérives Sectaires” com o objetivo de encontrar e procurar inviabilizar pensamentos e práticas que possam ferir ou prejudicar de algum modo a pessoa ou a coletividade. Dentre essas ameaças, o governo francês insere as práticas não-convencionais com vistas à terapêutica (pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique) (FRANCE, 2018).

Ambas as instituições vêm elaborando relatórios sobre algumas terapias não-convencionais, informando e alertando sobre a inexistência de evidências científicas ou a fragilidade dos estudos existentes sobre eficácia.

Compreender a relação do MS com evidências fica mais complexo quando se observa o “Guia de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para Gestores do SUS” que a CNPICS do Ministério lançou,

com objetivo de disponibilizar informações e conhecimentos acerca da Política Nacional Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) e suas potencialidades para a gestão e atenção à saúde, visando fomentar um processo permanente de qualificação da prática profissional e de gestão e melhoria na oferta de serviços de saúde prestados pelo SUS (BRASIL, 2020d, p.4).

O Guia é composto por oito livretos que tratam de vários temas que envolvem a PNPIC, como história, sistemas de registros de informações, planejamento, implementação, formação, atenção à saúde, gestão da política nacional e um livreto sobre evidências das PICs. Intitulado “Uso de Evidência em PICS – Revisões, Sumarização e Sistematizações” este livreto foi produzido em 2020 visando

demonstrar o papel importante das evidências científicas em todos os campos da gestão, inclusive das PICS, devendo ser utilizadas de forma sistemática e transparente. **A aproximação entre a gestão e a pesquisa favorece o julgamento sobre potenciais benefícios, riscos, custo-benefício, incertezas e aceitações de diferentes abordagens para determinado problema relevante.** O objetivo deste documento é apresentar a temática do uso de evidências em PICS para gestores e instrumentalizá-los na construção de diálogos entre a gestão e a pesquisa na tomada de decisão (BRASIL, 2020d, p. 4. grifo nosso).

O primeiro item do documento apresenta ao leitor algumas razões para utilizar evidências científicas em contexto de gestão, sendo que uma das três respostas apresentadas é “Demonstrar que estão usando as melhores evidências disponíveis para fundamentar suas decisões” (BRASIL, 2020d, p. 5). Entretanto, logo mais adiante, o documento informa que a tomada de decisões não se orienta exclusivamente pelas evidências, mas “por múltiplos fatores, devido a variabilidade de contextos e os próprios limites da ciência, não deve ser tomado como

único elemento de suporte à gestão, podendo ser somado a outros (cultura, história, contexto político, etc.)” (BRASIL, 2020d, p. 5).

Na medida em que o MS brasileiro apenas vem apresentando estudos que apontam alguma eficácia dessas terapias e não estudos que apontam a falta de eficácia ou a fragilidade dos estudos, é interessante pensar sobre o espaço e a atuação que o livreto “Uso de evidências” vem tendo no âmbito da PNPIC. Além disso, ao propor que a política pública se oriente a partir de evidências, o MS incorre num movimento contrário à versão de PNPIC atualmente em vigor que reconheceu terapias como PICs sem debates sobre eficácia. Argumentamos dessa maneira a partir de três razões que já mencionamos anteriormente nos capítulos 2.2 e 5.1, mas que relembremos a seguir.

Durante as tratativas para a institucionalização da política em 2006, não foram apresentadas e/ou debatidas questões sobre eficácia das terapias a serem incorporadas na época – a despeito de já haver questionamentos internacionais de atores importantes sobre a eficácia ou falta de eficácia da homeopatia, por exemplo. Quando da primeira atualização da PNPIC, Riera *et al* (2019) apontaram que das 10 PICs inseridas em 2017, somente foi possível encontrar evidências fracas sobre a eficácia de apiterapia, deixando evidente que questões sobre eficácia dessas terapias passaram ao largo dos debates da PNPIC, tanto da sua institucionalização, quanto das atualizações. O próprio MS reconheceu nas portarias de 2006, 2017 e 2018 que as inserções das respectivas terapias decorriam de que elas já estavam sendo ofertadas nas unidades de atendimento e não fez menção a questões sobre eficácia. Nesse sentido, as evidências passaram a ser agenciadas pelo MS somente após a inserção dessas terapias na política pública de saúde nacional e, exclusivamente, por meio de estudos que apontam para a existência de alguma eficácia e sem mencionar estudos que indicam a ineficácia dessas terapias.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentar uma perspectiva ainda pouco explorada sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde e sobre as práticas integrativas e complementares no contexto do sistema público de saúde, foi um dos objetivos desta tese. Propomos, então, uma alternativa à análise sobre a política nacional de saúde que não fosse o comparativo entre a “política do documento”, considerada “a política”, e a “política executada”, cujos resultados, invariavelmente, apontam para proposições de inovação/alteração/correção ou para lacunas a serem preenchidas.

A teoria ator-rede e uma de suas possibilidades de aplicação na análise de política públicas, a abordagem do agenciamento (*assemblage*), nortearam nosso caminho tanto para elaborar a pergunta-chave (o que as pessoas e as instituições fazem com/da política?), quanto para respondê-la. Ou seja, para cumprir este empreendimento seguimos os movimentos da PNPIC e das PICs, procurando demonstrar que elas surgem na realidade conectadas em uma rede de relações constituída por atores variados e heterogêneos materialmente (capítulo 5.1). Ao seguir seus movimentos, pudemos percebê-las como mais um desses atores que se influenciam mutuamente, gerando um movimento contínuo que faz emergir realidades plurais.

Nesse sentido, pudemos perceber que, à semelhança de outras políticas públicas, a PNPIC e as PICs emergem na realidade a partir de versões que performam ações contextualizadas que podem ser, em alguns casos, contraditórias. Um exemplo é que o documento da política não prevê mais PICs do que as 29 reconhecidas, mas, o mesmo documento, quando é apropriado por outros atores, como alguns estados ou municípios, performa a possibilidade de inserção de variadas (diríamos ilimitadas) terapias não-convencionais (capítulo 5.3).

A perspectiva da comparação entre política do “documento” e “prática”, talvez, afirmaria que esta contradição é um problema a ser resolvido, pois, decorreria de um erro de interpretação da política por parte dos gestores ou seria um alerta para alteração da política (documento) que estaria desatualizada em relação à realidade. Para nós, a aparente contradição corresponde às possibilidades de realidades que a PNPIC contribui para emergir na realidade, isso porque a PNPIC depende de outros atores para existir na realidade (capítulos 2.1 e 5.1).

E mais, esta flexibilidade é característica do próprio documento da política, o qual deve ser compreendido como uma versão vencedora que, durante o processo em que foi institucionalizada, silenciou outras versões que propunham como a política deveria ser. E,

mesmo institucionalizada, a versão sempre pode ser contestada. Desse modo, as apropriações da política pelos outros atores podem ser consideradas tentativas de impor uma nova versão sobre como o documento deveria ser (capítulos 2.1 e .5.1). Algumas dessas tentativas, argumentamos, resultaram no silenciamento da versão de 2006 e impuseram novas versões em 2017 e 2018 – com a inserção e novas PICs –, a partir das realidades que emergiram nos estados e municípios e das influências políticas de outros atores (capítulo 5.3).

A apropriação da política também ficou evidente durante a pandemia de COVID-19. Variados modos de utilizar a política como embasamento para ações vieram à tona, tais como possibilitando ações à distância, ministração de terapias não reconhecidas como PICs, produção de textos didático/informativos por instituições não relacionadas com o sistema público de saúde, etc. (capítulo 5.4).

Por outro lado, conceber a PNPIC como um ator que performa contextualmente e que contribui (não é o responsável) para o surgimento de novas realidades, questiona a autoridade do documento como algo a ser executado. Talvez o exemplo mais emblemático da falta desta autoridade sejam as políticas e ações de saúde empreendidas pelo próprio Ministério da Saúde, dentre as quais nem todas se associaram à PNPIC, algo que o documento instituído pelo próprio Ministério preconiza (capítulo 5.2). Outro exemplo é que, das 14 profissões de saúde autorizadas pelo MS para atuarem com PICs no SUS, somente quatro conselhos federais desses profissionais regulamentaram todas as 29 PICs como possibilidade de exercício profissional. O caso mais emblemático é o do Conselho Federal de Serviço Social que impede seus profissionais de ministrarem qualquer uma das PICs (capítulo 5.5).

Também, quando se busca compreender a regulamentação de terapias não-convencionais no Brasil, fica evidente que a PNPIC tem apenas certa importância, pois outros dispositivos do próprio MS e os emitidos por conselhos federais de profissionais de saúde também possuem relevância. Inclusive, chamamos atenção para os conselhos federais profissionais que, respaldados pelas respectivas leis que os instituíram, são as entidades legítimas para definir quais terapêuticas o respectivo profissional pode executar. Aliás, destacamos que uma questão a ser analisada é a relação entre conselhos federais e os profissionais, uma vez que, muitas vezes, as regulamentações pelo conselho federal decorrem de solicitações originadas pelos profissionais a ele ligado, o que significa que estes já poderiam estar ministrando uma terapia ainda não reconhecida pelo seu agente regulador (capítulo 5.5).

O caminho metodológico que perseguimos, portanto, permite delinear uma cartografia que representa a capilaridade das PICs e da PNPIC por vários espaços da sociedade brasileira.

Tal capilarização decorre do agenciamento de diversos tipos de entidades humanas e não-humanas que, ao entrelaçarem ações contextualizadas, fazem emergir realidades que não teriam emergido ou poderiam emergir de maneira diferente. Perceber esta capilaridade e compreendê-la como movimentos de PICs e PNPIC é reconhecer as possibilidades de performances que elas podem executar nos contextos em que emergem. Em outras palavras, é reconhecer as possibilidades de flexibilidade de suas ações porque suas ações dependem das associações (relações que estabelecem) com outros atores, é, portanto, reconhecer sua incapacidade de sozinha ou *de per si* fazer com que pessoas e instituições ajam de determinada forma.

Muito embora esta tese pressuponha uma perspectiva que procura não limitar a ação da política ou das terapias, ou seja, propor um modo como “ela deveria ser”, pontuamos que esta perspectiva não segue um caminho anárquico em que tudo é possível.

Na Introdução, quando demonstramos a aplicação da abordagem da etnografia simétrica na análise da banca examinadora, pontuamos que uma banca examinadora não é nem “uma aula, um carro, um alimento ou o efeito estufa”. Nosso intuito foi o de enfatizar que a realidade que emergiu (no exemplo, a banca examinadora) possui certas características, mesmo que contextuais, que não permitem, em hipótese alguma, afirmar que ela é algo diferente de uma banca examinadora de uma tese de doutorado, isto é, uma avaliação acadêmica específica.

Este não é somente um alerta, é uma perspectiva cuidadosa de perceber a realidade que é muito diferente da perspectiva negacionista que vemos atualmente, cujo exemplo emblemático é a afirmação de que a “Terra é plana”. Consideramos que este alerta é importante nesta tese, principalmente, com relação aos debates sobre evidências científicas da eficácia de terapias não-convencionais sucintamente desenvolvidos no capítulo 5.6.

Como apontamos no capítulo 5.6, a despeito de reconhecermos que a hegemonia da MBE decorre de processos sócio-históricos, também reconhecemos que os resultados benéficos para o desenvolvimento dos cuidados de saúde são inegáveis. Nesse sentido, acreditamos que as novas metodologias que vêm sendo desenvolvidas e aplicadas nas pesquisas sobre eficácia de terapias não-convencionais, precisam ser concebidas com certa parcimônia até demonstrarem seu valor. A metodologia desenvolvida pela MBE possui uma confiabilidade que, ao que parece, ainda não está próximo de ser superada, porém as transformações futuras são possíveis, como a própria história da ciência nos indica.

Também é importante mencionar que as evidências que apontam para a eficácia das PICs que vêm sendo agenciadas pelos atores que promovem e defendem esse tipo de terapia e que seguem as metodologias da MBE, não destacam a qualidade dos estudos analisados e nem

mencionam estudos que apontam para a ineficácia – pelos estudos elencados nos mapas de evidência, por exemplo, é possível verificar que os mapas são baseados mais em estudos com baixa ou moderada confiabilidade do que com resultados confiáveis. Se o contexto de debate sobre evidências envolve as metodologias da MBE, então, espera-se que seus pilares sejam seguidos (no caso, qualidade dos estudos).

Os debates em torno das evidências de terapias não-convencionais, vêm alinhados com outro argumento recentemente agenciado pelos atores promotores e defensores dessas terapias, qual seja, o de decolonização da medicina. Decolonização é um conceito trazido de um contexto mais amplo que o da saúde, referindo-se, em poucas palavras, à valorização dos saberes, dos valores e das culturas de sociedades não-Ocidentais, cujas visões de mundo foram suprimidas pelos processos de colonização. O resultado desse colonialismo é que os povos colonizados foram forçados, direta ou indiretamente, a adotar os referenciais europeus como balizas para estarem e agirem no mundo, facilitando sua dominação (QUIJANO, 1997).

A partir desse argumento, considera-se que a medicina convencional é baseada em concepções Ocidentais⁹⁶ que suprimiram os sistemas médicos tradicionais/locais. A decolonização, portanto, diz respeito ao processo de inserir na medicina convencional concepções de saúde, doença, corpo, terapêutica, etc., que não se fundamentam apenas em pressupostos materiais – como preconizados pela ciência Ocidental (PEREIRA, 2022; LUZ, 1996, CAMARGO JR, 2012).

Desse modo, argumenta-se que as terapias não-convencionais seriam movimentos e/ou possibilidades de decolonizar a medicina a partir da inserção de outros pressupostos. Também, que a eficácia desse tipo de terapia não pode ser medida, sempre, a partir de metodologias elaboradas para as terapias convencionais, o que significa que a decolonização também abrange o processo de construção do conhecimento médico.

Concordamos com a perspectiva de que os processos de decolonização vêm trazendo muitos benefícios em variados contextos (sociais, políticos, culturais, ambientais, epistemológicos, saúde). Como apontamos em outra oportunidade (MELO *et al.*, 2021), vivemos num período em que as muitas possibilidades de respostas para as questões de saúde que afligem a humanidade, por exemplo, estão disponíveis também nos variados sistemas médicos desenvolvidos pelos variados povos mundo afora. Contudo, argumentamos que precisamos ter mais debates, acordos pactuados, proteção aos conhecimentos tradicionais

⁹⁶ Pereira (2022) faz uma boa explanação de como a medicina convencional, definida pelo autor como biomedicina, é um sistema cultural, ou seja, é, como todos os sistemas médicos, uma etnomedicina.

associados, pesquisas desenvolvidas, para que tais práticas terapêuticas sejam incorporadas por outros sistemas.

Além disso, é importante mencionar que o unitermo guarda-chuva “terapias não-convencionais” se refere a diferentes sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos. Acreditamos que se deve compreender e tratar de forma diferenciada os sistemas médicos complexos consolidados (mas, em constante transformação) e validados há muito tempo em suas localidades, tais como a Medicina Tradicional Chinesa, a Medicina Ayurvédica ou os sistemas médicos dos povos indígenas e tradicionais, os quais possuem registros que apontam eficácia em tratamentos invasivos e não-invasivos (CLIFFORD, 2001). Portanto, não somente deve-se reconhecer esses sistemas médicos pelo seu caráter histórico, visto que o argumento de antiguidade por si só não é motivo para validação de algo, mas também pelo seu sucesso em relação aos desafios dos processos saúde-doença, o que inclui seu método de construção do conhecimento sobre o corpo e seu funcionamento, sobre técnicas de diagnóstico e terapêuticas.

O antropólogo Claude Lévi-Strauss (1997) demonstrou o método de construção de conhecimento de povos ameríndios, apresentando-nos a lógica da epistemologia ameríndia. Isso significa que povos não-Ocidentais possuem métodos específicos de construção do conhecimento que precisam ser mais bem compreendidos e valorizados.

Quanto aos recursos terapêuticos trazidos pela PNPIC, podem ser entendidos a partir de duas categorias: os que são extraídos e têm sua origem especificada em sistemas médicos amplos e complexos, tais como ioga, acupuntura, meditação; e os que não têm uma origem/extração muito bem definida ou exclusiva, mas que possuem uma variedade de concepções sobre corpo, mente, processos saúde-doença, tais como reiki, constelação familiar, aromaterapia, iridologia, etc. Esses recursos terapêuticos, principalmente os da segunda categoria, desenvolvem suas atividades sem precisar, necessariamente, do respaldo de um sistema médico complexo específico.

Aliás, acreditamos que a apropriação de recursos terapêuticos originados em sistemas médicos complexos não-Ocidentais pela biomedicina, não conduz, necessariamente, à decolonização da medicina convencional. Pois, a apropriação pode estar atuando como uma forma de se tentar encontrar um princípio ativo em determinado objeto que atue sobre a doença. A ioga, a acupuntura ou a meditação, por exemplo, correspondem a apenas um dos elementos dos respectivos sistemas médicos/culturais complexos do qual fazem parte. E é muitas vezes na relação com o todo do sistema médico que reside a funcionalidade de determinado objeto. Argumentamos que, na medida em que se desconsidera toda a epistemologia que fundamenta

o sistema médico complexo, pode não ser possível entender ou operacionalizar efetivamente a sinergia existente entre os elementos. Essa apropriação que depura o objeto do contexto em que está inserido e o torna um recurso terapêutico, pode estar mais próxima de um neocolonialismo (BULSING, 2013) do que de um movimento de decolonização.

Por fim, nos termos colocados até aqui, os resultados desta tese abrem possibilidades de pesquisas futuras, dentre as quais: a já mencionada relação entre conselhos federais e profissionais; o aprofundamento das associações regionais e locais que envolvem a PNPIC já apontadas pelo ObservaPics (2021b, p.11), mas dando ênfase em compreender como ocorrem as apropriações da política; a compreensão de como os argumentos sobre evidências, tradução do conhecimento e decolonização vêm atuando nos contextos que envolvem terapias não-convencionais; o entendimento sobre os vários métodos de pesquisa para terapias não-convencionais que estão surgindo e como eles estão sendo aplicados por pesquisadores brasileiros ou em contextos pelo país; a compreensão de como as epistemologias próprias dos sistemas médicos complexos podem dialogar; etc.

Esperamos que esta tese possibilite o enriquecimento das análises sobre políticas públicas de saúde, terapias não-convencionais e PNPIC, a partir de novos caminhos de pesquisa que possam trazer benefícios teóricos e práticos.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Luiz Gustavo; BAIMA Cesar. (orgs.). **Contradossiê das Evidências Sobre a Homeopatia**. São Paulo; Instituto Questão de Ciência, 2021.

ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 174 p.

ANDRADE, Fabiana Almeida; PORTELLA, Caio Fábio Schlechta. Research methods in complementary and alternative medicine: an integrative review. **Journal of Integrative Medicine**, **16(1)**, 2018, pp. 6–13.

ANDRADE, João Tadeu; COSTA, Liduína Farias Almeida. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.3, pp. 497-508, 2010.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA – AMIB. **Nota de esclarecimento AMIB sobre o uso de Cloroquina e Hidroxicloroquina em crianças e adolescentes com COVID-19**, de 18 de junho de 2020. 2020a.

_____. **Nota técnica sobre as novas orientações publicadas em 20 de maio de 2020 sobre o tratamento precoce de COVID-19 com o uso de cloroquina e hidroxicloroquina**, de 22 de maio de 2020. 2020b.

_____. **Carta de Apoio à SBI**, de 2020c.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da COVID-19**. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. 2020.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA. Dossiê Evidências. **Revista de Homeopatia**, **80**, 2017.

AREDES, Janaína de Souza; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; GIACOMIN, Karla Cristina. Potencialidades e desafios da etnografia aplicada a pesquisas na saúde. In: **ANAIS 7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 2016**.

AURELIANO, Waleska de Araújo. **Espiritualidade, Saúde e as Artes de Cura no Contemporâneo: Indefinição de margens e busca de fronteiras em um centro terapêutico espírita no sul do Brasil**. 2011. Tese (Doutorado) Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. National Health and Medical Research Council. **NHMRC Information Paper: Evidence on the effectiveness of homeopathy for treating health conditions**. 2015.

BAHIA. **Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia**. Salvador, 2019.

BAKER, Tom; McGUIRK, Pauline. Assemblage thinking as methodology: commitments and practices for critical policy research. **Territory, Politics, Governance**, 5 (4), pp. 425-442, 2017.

BARROS, Maria Cristina Nascimento *et al.* Histórico das práticas integrativas e complementares no município do Rio de Janeiro. In: MACHADO, Katia *et al.* (orgs.). **Trajetórias das práticas integrativas e complementares no SUS – Volume I**. Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2021. pp. 54-67.

BARSTED, Dennis W.V. Linhares. **Wu ji, o vazio primordial: a cosmologia daoista e a medicina chinesa**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2003.

BATES, Donald G. Why Not Call Modern Medicine "Alternative"? **Perspectives in Biology and Medicine**, Vol. 43, Summer 2000, pp. 502-518.

BECK, Ulrich. **Sociedade de Risco Mundial**. Em Busca da Segurança Perdida. Lisboa; Edições 70, 2018.

BHABHA, Homi. **O Local da cultura**. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

BOTWEL, Laura *et al.* Assessing the Gold Standard — Lessons from the History of RCTs. **The New England Journal of Medicine**, 374; 22, 2016, p. 2175-2181. DOI: <http://doi.org/10.1056/NEJMms1604593>.

BRASIL. **Decreto nº 19.606 de 19 de janeiro de 1931**. Dispõe sobre a profissão farmacêutica e seu exercício no Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d19606.htm>. Acessado em 10 jun. 2022.

_____. **Decreto nº 78.841, de 25 de novembro de 1976**. Aprova a Primeira Edição da Farmacopéia Homeopática Brasileira, e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos/decretos/1976/D78841.html>. Acessado em 10 jun. 2022.

_____. **Decreto Federal nº 5.813, de 22 de junho de 2006**. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2006; 23 jun.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde – 2013**. Questionário dos moradores do domicílio. Brasília, 2013.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde – 2019**. Questionário dos moradores do domicílio. Brasília, 2019.

_____. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. [Institui o Sistema Único de Saúde]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm acesso em 05 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.230, de 14 de outubro de 1999. Implantar no SIA/SUS, a Tabela de procedimentos com estrutura de codificação de 8 dígitos; inclui procedimentos no SIA/SUS (dentre eles, acupuntura e homeopatia). **Diário Oficial da União, Seção 1, nº199-E, de 18 de outubro de 1999**, pp. 12-158.

_____. Ministério da Saúde. **Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de 10 de março de 2004. Designar os representantes das instituições e entidades para compor o Conselho Nacional de Saúde: Identifica as instituições e entidades, bem como designar os seus representantes para compor o Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União, Seção 2, nº 232**, sexta-feira, 28 de novembro de 2003, p. 25. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.257, de 26 de novembro de 2003. Identifica as instituições e entidades, bem como designar os seus representantes para compor o Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União, Seção 2, Nº 49**, sexta-feira, 12 de março de 2004, p. 21. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC**. Resumo Executivo. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União, Seção 1, de 04 de maio de 2006**, p. 20-25, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 17 de julho de 2006. Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1600_17_07_2006.html Acesso em: 08/03/2017.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 26, de 30 de março de 2007**. Dispõe sobre o registro de medicamentos dinamizados industrializados homeopáticos, antroposóficos e anti-homotóxicos. **Diário Oficial da União**, 2007; 2 abr.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de março de 2017**, pp. 68-69. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Terceiro Ciclo.** Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada). Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. **Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de março de 2018**, pp. 74-75, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.988, de 20 de dezembro de 2018. Atualiza os procedimentos e serviço especializado de Práticas Integrativas e Complementares na Tabela de Procedimentos Medicamentos Órteses Próteses e Materiais Especiais do SUS e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2018**, p. 110. 2018b.

_____. Ministério da Saúde. Apresentação. In: **1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares e Saúde Pública**, Rio de Janeiro/RJ, março de 2018. 2018c. Disponível em: < <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/Praticas-Integrativas.pdf> >. Homepage do evento: [http://congrepics.saude.gov.br/#!/,](http://congrepics.saude.gov.br/#!/) acesso em: 05/06/2018.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde**, julho de 2020. 2020a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 467 de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. **Diário Oficial da União, Seção 1-Extra**, de 23 de março de 2020, p.1. 2020b.

_____. Ministério da Saúde. **Uso do dióxido de cloro contra o COVID-19.** Coronavírus. COVID-19. Brasília; Ministério da Saúde, 2020c.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Uso de evidência em PICs – revisões, sumarização e sistematizações.** Guia de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para os Gestores do SUS. Dezembro, 2020d (versão preliminar).

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Informe de evidência clínica em práticas integrativas e complementares em saúde nº 01/2020 – Obesidade e diabetes mellitus.** Brasília, 2020e.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Informe de evidência clínica em práticas integrativas e complementares em saúde nº 02/2020** – Hipertensão e fatores de risco para doenças cardiovasculares. Brasília, 2020f.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Informe de evidência clínica em práticas integrativas e complementares em saúde nº 03/2020** – Depressão e ansiedade. Brasília, 2020g.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Informe de evidência clínica em práticas integrativas e complementares em saúde nº 04/2020** – Transtornos alimentares. Brasília, 2020h.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Informe de evidência clínica em práticas integrativas e complementares em saúde nº 05/2020** – Insônia. Brasília, 2020i.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Informe de evidência clínica em práticas integrativas e complementares em saúde nº 01/2021** – Saúde do trabalhador. Brasília, 2021a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Informe de evidência clínica em práticas integrativas e complementares em saúde nº 02/2021** – Atividade física. Brasília, 2021b.

_____. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares: quais são e para que servem**. s/d. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>>, acesso em: 21/01/2021.

_____. **V Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília, 1975.

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília, 1986.

BROEIRO, Paula. Prática baseada em evidência e seus limites. Editorial. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e da Família**, 31, 2015, pp. 238-40.

BULSING, Muriel. **Um estudo sobre o surgimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. 2013. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

BVS MAPA DE EVIDÊNCIAS. **Contribuições das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) em tempos de COVID-19**. [Online]. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS. 2020. Disponível em: < <https://mtci.bvsalud.org/en/contributions-of-traditional-complementary-and-integrative-medicine-tcim-in-the-context-of-covid-19/> >, acesso em: 21/01/2021.

CAMARA DOS DEPUTADOS. **Indicação de Proposição nº 14/2020** (Deputado Fausto Pinato (PP/SP)). Sugere a inclusão do Being Tao na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. 2020.

_____. **Projeto de Lei nº 2821/2019** (Deputado Giovani Cherini (PR-RS)). Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir as Práticas Integrativas e Complementares no campo de atuação do SUS. 2019a.

_____. **Projeto de Lei nº 531/2019** (Deputada Erika Kokay (PT-DF)). Dispõe sobre a regulamentação e fiscalização do exercício profissional da Acupuntura. 2019b.

_____. **Projeto de Lei nº 3446/2019** (Deputado André Ferreira (PSC/PE)). Altera a Lei nº 13.830, de 13 de maio de 2019, para incluir a equoterapia no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2019c.

_____. **Projeto de Lei nº 11005/2018** (Deputado Giovani Cherini (PR-RS)). Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Terapeuta Floral e dá outras providências. 2018.

_____. **Projeto de Lei nº 4884/2016** (Deputado Giovani Cherini (PDT-RS)). Regulamenta a profissão de Terapeuta Ayurveda e dá outras providências. 2016.

_____. **Projeto de Lei nº 4087/2015** (Deputado Marcelo Álvaro Antônio (PMB-MG)). Regulamenta a Profissão de Terapeuta Naturalista e outros e dá outras providências. 2015.

_____. **Projeto de Lei nº 3804/2012** (Deputado Giovani Cherini (PDT-RS)). Regulamenta a profissão de Naturólogo. 2012.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel. A medicina ocidental contemporânea. In: LUZ, Madel Therezinha; BARROS, Nelson Felici (org.). **Racionalidades e práticas integrativas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. pp 49-72.

CAPRARA, Andrea; LANDIM, Lucyla Paes. Ethnography: its uses, potentials and limits within health research. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n.25, p.363-76, abr./jun. 2008.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra, *et al.* A teoria ator-rede como referencial teórico-metodológico em pesquisa em saúde e enfermagem. **Texto-Contexto Enfermagem**, 26(4), 2017.

CAZARIN, Gisele *et al.* Monitoramento das Práticas Integrativas e Complementares em Minas Gerais: a utilização de um instrumento de apoio aos sistemas de informação. **Journal of Management and Primary Health Care**, 8(2), 2017, pp. 278-289.

CLARKE, John; *et al.* **Making policy move**: Towards a politics of translation and assemblage. Bristol: Policy Press, 2015.

CLOATRE, Emilie. Law and ANT (and its Kin): Possibilities, Challenges, and Ways Forward. **Journal of Law and Society**, Volume 45, number 4, december 2018 pp. 646-663, 2018.

_____. Regulating alternative healing in France, and the problem of ‘non-medicine’. **Medical Law Review**, 27, 2018, pp. 189–214.

_____. CLOATRE, Emilie. Law and biomedicine and the making of ‘genuine’ traditional medicines in global health. **Critical Public Health**, vol. 29, 4, 2019, pp. 424–434. Doi: <https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1594696>.

CLOATRE, Emilie; COWAN, Dave. Legalities and materialities. In: PHILIPPOPOULOS-MIHALOPOULOS, Andreas (ed.). **Routledge Handbook of Law and Theory**. Routledge, Abingdon, Oxon [UK]; New York, NY, 2019. pp.433-452.

COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO – CIPLAN. **Resolução CIPLAN nº 4, de 8 de março de 1988**. Fixar diretrizes sobre o atendimento médico Homeopático nos serviços públicos. Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 março de 1988, pp. 3996-3997. 1988a.

_____. **Resolução CIPLAN nº 5, de 3 de março de 1988**. Implantar a prática da Acupuntura nos Serviços Públicos Médico-Assistenciais para garantir o acesso da população a este tipo de assistência. Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 março de 1988, pp. 3997-3998. 1988b.

_____. **Resolução CIPLAN nº 8, de 8 de março de 1988**. Implantar a prática de Fitoterapia nos Serviços de Saúde, assim como orientar, através das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), buscarem a inclusão da Fitoterapia nas Ações Integradas de Saúde (AIS), e/ou programação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), nas Unidades Federadas, visando colaborar com a prática oficial da medicina moderna, em caráter complementar. Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 março de 1988, pp. 3999-4000. 1988c.

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA. **Resolução nº 2 de 03 de fevereiro de 1986**. Autoriza o Biomédico poderá aplicar, complementarmente, os princípios, os métodos e as técnicas de acupuntura.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Resolução nº 46 de 18 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a intervenção do profissional de educação física e respectivas competências e define os seus campos de atuação profissional.

_____. **Resolução 69 de 16 de dezembro de 2003**. Dispõe sobre a utilização da técnica de acupuntura pelo profissional de educação física, quando da sua intervenção.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 197 de 19 de março de 1997**. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem (Revogada pela Resolução nº500/2015).

_____. **Resolução nº 260 de 12 de julho de 2001**. Fixa terapias naturais como especialidade de Enfermagem (Revogada pela Resolução nº290/2004).

_____. **Resolução nº 290 de 24 de março de 2004**. Fixa Terapias Naturais/Tradicionais e Complementares/Não Convencionais como especialidade de Enfermagem (Revogada pela Resolução nº389/2011).

_____. **Resolução nº 570 de 9 de março de 2018**. Define Enfermagem em Práticas Integrativas e Complementares como especialidade do enfermeiro.

_____. **Cofen manifesta apoio às Práticas Integrativas e Complementares**, 14 de março de 2018. 2018. Disponível em: < www.cofen.gov.br/cofen-manifesta-apoio-as-praticas-integrativas-e-complementares_61201.html/print/ >, acesso em: 20/06/2018.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 353 de 23 de agosto de 2000**. Dispõe sobre o exercício de acupuntura pelo profissional farmacêutico.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução nº 60 de 29 de outubro de 1985**. Dispõe sobre a prática da acupuntura pelo Fisioterapeuta e dá outras providências.

_____. **Resolução nº 220 de 23 de maio de 2001**. Dispõe sobre o reconhecimento da Quiropraxia e da Osteopatia como especialidades do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências.

_____. **Resolução nº. 380 de 3 de novembro de 2010**. Regulamenta o uso pelo Fisioterapeuta das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde e dá outras providências.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Resolução nº 272 de 20 de abril de 2001**. Dispõe sobre a prática da Acupuntura pelo fonoaudiólogo e dá outras providências (Revogada pela Resolução nº456/2014).

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Saúde não é moeda de negociação política**, publicado em 13/06/2006. Artigos. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/saude-nao-e-moeda-de-negociacao-politica/>, acesso em: 10/05/2018.

_____. **Nota à população e aos médicos**. Tema: Incorporação de práticas alternativas pelo SUS, 13 de março de 2018. 2018a. Disponível em: < https://portal.cfm.org.br/images/PDF/praticas_integrativas.pdf >, acesso em: 20/06/2018.

_____. **Efeito placebo nos postos de saúde**, publicado em 18/05/2018. Artigos. 2018b Disponível em: < <https://portal.cfm.org.br/artigos/efeito-placebo-nos-postos-de-saude/> >, acesso em: 20/06/2018.

_____. **Parecer CFM nº 4/2020, de 16 de abril de 2020**. Tratamento de pacientes portadores de COVID-19 com cloroquina e hidroxicloroquina. Ementa: Considerar o uso da cloroquina e hidroxicloroquina, em condições excepcionais, para o tratamento da COVID-19, 2020a.

_____. **Nota de Esclarecimento**. Ozonioterapia não é válida para tratar casos de Covid-19 ou outras doenças. Brasília, 06 de agosto de 2020b.

_____. **Resolução CFM nº 1.000, de 04 de junho de 1980**. Acrescenta Homeopatia como especialidade médica. (Revogada pela Resolução CFM nº 1295/1989).

_____. **Resolução CFM nº 1.138, de 19 de outubro de 1983**. Estabelece carga horária mínima para Cursos de Especialização em Homeopatia. (Revogada pela Resolução CFM nº 1223/1985).

_____. **Resolução CFM nº 1.223, de 12 de dezembro de 1985.** Estabelece carga horária mínima para Cursos de Especialização em Homeopatia. (Revogada pela Resolução CFM nº 1223/1985).

_____. **Processo-Consulta CFM nº 0500/90, PC/CFM/Nº 06/1991.** Parecer. ASSUNTO: O CRM/MG. solicita ao CFM que elabore e encaminhe ao Congresso Nacional, projeto de Lei acerca do "exercício da medicina e os atos privativos dos médicos" . Parecer de 30 de agosto de 1990.

_____. **Processo-Consulta CFM nº 1.301/91, PC/CFM/Nº 04/1992.** Parecer. ASSUNTO: Acupuntura e Fitoterapia - Reconhecimento e regulamentação como uma prática médica. Parecer de 14 de janeiro de 1992.

_____. **Resolução CFM nº 1.455, de 11 de agosto de 1995.** Reconhece a Acupuntura como especialidade médica. (Revogada pela Resolução CFM nº 1634/2002).

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 13 de 20 de dezembro de 2000.** Aprova e regulamenta o uso da hipnose como recurso auxiliar de trabalho do Psicólogo.

_____. **Resolução nº 5 de 24 de maio de 2002.** Dispõe sobre a prática da acupuntura pelo psicólogo (Revogada).

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **A inserção de assistentes sociais em Práticas Integrativas e Complementares no âmbito da saúde/SUS.** Brasília, 10 de junho de 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Ata da 159ª Reunião, de 18, 19 e 20 de outubro de 2005.** 2005a.

_____. **Ata da 160ª Reunião, de 8, 9 e 10 de novembro de 2005.** 2005b.

_____. **Ata da 161ª Reunião, de 14 e 15 de dezembro de 2005.** 2005c.

_____. **Ata da 165ª Reunião, de 10 e 11 de maio de 2006.** 2006a.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª REGIÃO, SÃO PAULO. **As PIC - Práticas Integrativas e Complementares como campo de atuação profissional no SUS,** 06 de setembro de 2017. 2017. Disponível em: < www.crefito3.org.br/dsn/noticias.asp?codnot=2740 >, acesso em 20/06/2018.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Nota Oficial das Entidades Médicas faz sérios alertas sobre a Port. MS nº 971,** 15 de maio de 2006. Disponível em: < <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Noticias&id=1167> >, acesso em 20/06/2018.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ. **Portaria 971 gera reação das entidades médicas pelos riscos à saúde e à vida,** 11 de julho de 2006. 2006. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/Portaria-971-gera-reacao-das-entidades-medicas-pelos-riscos-a-saude-e-a-vida-11-915.shtml> >, acesso em 20/06/2018.

DALMOLIN, Indiará Sartori; HEIDEMANN, Ivonete Therezinha Schülther Buss; FREITAG, Vera Lúcia. Integrative and complementary practices in the Unified Health System: unveiling potentials and limitations. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, **53**, 2019, pp. 1-8.

DANELL; Jenny-Ann Brodin; DANELL, Rickard. Publication activity in complementary and alternative medicine. **Scientometrics**, **Vol. 80, No. 2**, pp. 541–553, 2009.

DANELL; Jenny-Ann Brodin. Reception of integrative and complementary medicine (ICM) in scientific journals: a citation and co-word analysis. **Scientometrics**, **98**, pp. 807–821, 2014.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm> . Acesso em: 15 fev. 2013. 1978.

DECRETO IMPERIAL nº 9.554, de 3 de fevereiro de 1886. Reorganiza o serviço sanitário do Império. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9554-3-fevereiro-1886-543197-publicacaooriginal-53270-pe.html#:~:text=reparti%C3%A7%C3%B5es%20de%20saude-,Art.,o%20servi%C3%A7o%20sanitario%20dos%20portos>>. Acessado 10 jun. 2022.

DEL GOBO, Juliano. **A política nacional de práticas integrativas e complementares do SUS: um estudo a partir de Conferências Nacionais de Saúde (1986-2015)**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2017. 156f.

DING; Zuoqi; LI, Furong. Publications in Integrative and Complementary Medicine: A Ten-Year Bibliometric Survey in the Field of ICM. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, Volume 2020.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde: PDPIS / Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Gerência de Práticas Integrativas em Saúde – Brasília: Fepecs, 2014.**

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal <https://www.youtube.com/c/SecretariadeEstadodeSa%C3%BAdedoDF160/videos>, acesso em 20 de agosto de 2020.

_____. **Práticas Integrativas em Saúde – PIS**, 18 de agosto de 2020. <http://www.saude.df.gov.br/gerpis/>, acesso em 23 de agosto de 2020.

_____. **Pratique Saúde em Casa**, 16 de abril de 2020. <http://www.saude.df.gov.br/pratique-saude-em-casa/>, acesso em 23 de agosto de 2020.

EL DIB, Regina Paolucci. Como praticar a medicina baseada em evidências. Editorial. **J Vasc Bras**, **vol. 6, 1**, 2007, pp. 1-4.

_____. (org.). **Guia prático de medicina baseada em evidências**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014a.

_____. Uma abordagem alternativa na ausência de estudos clínicos em revisões sistemáticas: metanálise proporcional de série de casos. In: EL DIB, Regina Paolucci (org.). **Guia prático de medicina baseada em evidências**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014b. pp.105-110.

ELIADE, Mircea. **Yoga – imortalidade e liberdade**. São Paulo; Palas-Athena, 2009.

ENGLAND. National Health System. Specialist Pharmacy Services. **Clinical evidence for homeopathy**. 2017.

ESCOLA SAÚDE PÚBLICA DA BAHIA:

<https://www.youtube.com/c/espbasesab/videos>, acesso em 25 de agosto de 2020.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. **Plan para la protección de la salud frente a las pseudoterapias**, 2018.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde **Política de Práticas Integrativas e Complementares do Estado do Espírito Santo**: homeopatia, fitoterapia/plantas medicinais e medicina tradicional chinesa/acupuntura. Vitória, 2013.

ESTEVES, Bernardo. Jalecos em Guerra. Como a cloroquina e seu maior propagandista fraturaram a classe médica. **Revista Piauí, Edição nº 169**, outubro de 2020.

EUROCAM. **CAM 2020**. The contribution of Complementary and Alternative Medicine to sustainable healthcare in Europe. Brussels, Belgium, 2020.

EUROPEAN PARLIAMENT. Directorate General for Internal Policies. Policy Department a: Economic and Scientific Policy. **Complementary and Alternative Therapies for Patients Today and Tomorrow - Workshop Report**. European Union; Brussels, Belgium, 2017.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta. Movimento das Políticas Públicas Baseadas em Evidências: uma radiografia crítica. **BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, 97, 2000, pp. 1-14. Doi: <http://doi.org/10.17666/bib9707/2022>.

FARIA, Lina; OLIVEIRA-LIMA, José Antonio de; ALMEIDA-FILHO, Naomar. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro**, v.28, n.1, jan.-mar. 2021, p.59-78.

FERREIRA, José Roberto; BUSS; Paulo Marchiori. Atenção Primária e Atenção à Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. pp. 7-17.

FIOCRUZ BRASÍLIA:

<https://www.youtube.com/c/FIOCRUZBras%C3%ADliaoficial/videos> acesso em 28 de agosto de 2020.

FORNAZIN, Marcelo; JÓIA, Luiz Antonio. Remontando a rede de atores na implantação de um sistema de informação em saúde. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, vol. 55, n. 5, 2015.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRANCE. Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires. **Guide – Santé et dérives sectaires**. Paris; 2018. (La Documentation Française).

_____. Haute Autorité de Santé. Transparency Committee. **Evidence for homeopathic medicines subject to the registration procedure provided for article L.5121-13 of the French code of public health. 2019**. (This document is an English summary of the assessment and appraisal document of homeopathic medicines published on 26 June 2019).

FREEMAN, Richard. Care, policy, knowledge: Translating between worlds. **The Sociological Review Monographs**, Vol. 65 (2), 2017, pp 193 – 200.

FREIRE JÚNIOR, Marcos de Barros. Relato do Centro de Práticas Integrativas em Saúde do SUS do Distrito Federal. In: MACHADO, Katia *et al.* (orgs.). **Trajetórias das práticas integrativas e complementares no SUS – Volume I**. Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2021. pp. 45-53.

FU, Jun-Ying; *et al.* Bibliometric analysis of complementary and alternative medicine research over three decades. **Scientometrics**, 88, 2011, pp. 617-626.

GALVÃO, Taís Freire; PEREIRA, Mauricio Gomes. Avaliação da qualidade da evidência de revisões sistemáticas. *Epidemiologia, Serviço e Saúde* 24(1), 2015, pp. 173-175. Doi: <http://doi.org/10.5123/S1679-49742015000100019>.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Danoção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n.112, jan/mar, 2017, pp.63-76.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro, LTC, 2013.

_____. **Observando o Islã**. Rio de Janeiro; Jorge Zahar Editor, 2004.

GHELMAN, Ricardo. Apresentação. In: **1º Congresso Online de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – I CONAPICS 2020**. 2020.

GILL, Natalie; Singleton, Vicky; Waterton, Claire. The politics of policy practices. **The Sociological Review Monographs**, vol. 65(2), 2017. pp. 3–19.

GUIMARÃES, Maria Beatriz *et al.* As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. **Saúde e Sociedade**, 29, 2020. <http://doi.org/10.1590/S0104-12902020190297>.

GUSMÃO, Fernanda. Overview da pesquisa internacional em saúde integrativa. In: **Webinar Pesquisa em Saúde Integrativa: panorama global e a formação de redes de pesquisa**. CABSIN/Elsevier, 23 de novembro de 2020.

HEIDMANN, Ivonete Therezinha Sartori; *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto-Contexto Enfermagem**, abr-jun, **15(2)**, 2006, pp.352-8.

HIGGINS, Julian *et al.* **Risk Of Bias In Non-randomized Studies - of Exposure (ROBINS-E)**. Launch version, 1 June 2022. Disponível em:
<<https://www.riskofbias.info/welcome/robins-e-tool>>. Acessado em 05 set. 2022.

HINE, Christine. **Etnografia Virtual**. Barcelona: Arigó, 2004.

IJAZ, Nadine; RIOUX, Jennifer; ELDER, Charles; WEEKS, John. Whole Systems Research methods in health Care: a scoping review. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, vol. **25**, Supplement **1**, 2019, pp. S21–S51. Doi:
<http://doi.org/10.1089/acm.2018.0499>.

INSTITUTO QUESTÃO DE CIÊNCIA: <https://iqc.org.br/quem-somos/iqc/>.

INTERGOVERNMENTAL PLATFORM ON BIODIVERSITY AND ECOSYSTEM SERVICE – IPBES. **Workshop on Biodiversity and Pandemics. Workshop Report**, 2020.

IYENGAR, Bellur Krishnamachar Sundararaja. **Luz sobre o yoga: yoga dipika: o guia clássico de yoga escrito pelo embaixador do yoga no Ocidente**. São Paulo; Pensamento, 2016.

JUSTO, Celia Maria Patriani; GOMES, Maria Helena de Andréa. A cidade de Santos no roteiro de expansão da homeopatia nos serviços públicos de saúde no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, **14**, 2007, p.1159-71.

LAD, Vasant. **Ayurveda: a ciência da autocura: um guia prático**. São Paulo; Ground, 2012.

LATOUR, Bruno. **Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

_____. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: Unesp, 2000.

_____. **Reagregando o social**. Salvador; EdUFBA; Bauru/SP; Edusc, 2012.

LAW, John. ‘Notes on the Theory of the Actor-Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity’, **Systems Practice**, 5 (1992), 379-93, 1992.

_____. Traduction/Trahison: notes on ANT. **Convergencia**, UAEM, México, núm. 42, septiembre-diciembre 2006, pp. 47-72.

LAW, John *et al.* Modes of Syncretism. Notes on noncoherence. **Fuzzy Studies**, Duke University Press, 2013.

LAW, John; SINGLETON, Vicky. ANT, multiplicity and policy, **Critical Policy Studies**, **8:4**, pp 379-396, 2014.

LIMA, Karla Morais Seabra Vieira; SILVA, Kênia Lara; TESSER, Charles Dalcante. Práticas integrativas e complementares e a relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface (Botucatu)** [online]. 2014, vol.18, n.49, pp.261-272. Epub Mar 10, 2014.

LOWENKRON, Laura; FERREIRA, Letícia. **Etnografia de documentos**. Pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias. Rio de Janeiro; E-Papers Editora, 2020.

LUZ, Madel Therezinha. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 62). Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

McCARTHY, Michael. Critics slam draft WHO report on homoeopathy. **The Lancet**, **366**, **august 27**, 2005, p. 705-706.

MAGALHÃES, Lilian Miranda; AMPARO-SANTOS, Lígia. Multiplicidade, heterogeneidade e coordenação: a produção do cuidado em alimentação e nutrição a partir das práticas de apoio matricial. **Caderno de Saúde Pública**, **36 (7)**, 2020, pp. 3-12.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Editora Abril, 1984.

MARQUES, Adriana Maria Parreiras; PEREIRA NETO, Manoel Rodrigues. **Das medicinas tradicionais às práticas integrativas de saúde**: caracterização dos recursos humanos nas práticas alternativas de saúde adotadas no Distrito Federal. Brasília: UnB/ObservaRH/NESP, 2010.

MARRES, Noortje. Testing Powers of Engagement Green Living Experiments, the Ontological Turn and the Undoability of Involvement. **European Journal of Social Theory** **12(1)**, 2009. pp. 117–133.

MARRES, Noortje; MOATS, David. Mapping Controversies with Social Media: The Case for Symmetry. **Social Media + Society**, July-December, 2015. pp. 1–17.

MELLAARD, Arne; van MEIJL, Toon. Doing policy: enacting a policy assemblage about domestic violence, **Critical Policy Studies**, **11:3**, 2017. pp.330-348, Doi: <http://doi.org/10.1080/19460171.2016.1194766>.

MELO, Aislan Vieira; SANT'ANA, Graziella Reis; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. Redes, atores e agenciamentos na constituição da Política de Práticas Integrativas e Complementares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, **6**, 2022, pp. 2397-406. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.16442021>.

MELO, Aislan Vieira; SANT'ANA Graziella Reis; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira; ANTONIO, Leosmar. Bioética e interculturalidade na atenção à saúde indígena. **Revista Bioética**, **29(3)**, 2021, pp. 487-498. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021293485>.

MENENDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, **8 (1)**, 2003, pp. 185, 207.

MICHAEL, MIKE; ROSENGARTEN, Marsha. Medicine: Experimentation, Politics, Emergent Bodies. **Body & Society** 18 (3&4), 2012, pp. 1–17.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Práticas Integrativas e Complementares/Gerência de Redes Temáticas/Superintendência de Atenção à Saúde. **Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares/MG** – PEPIC. Belo Horizonte, 2009.

MOL, Annemarie. **The Body Multiple: Ontology in Medical Practice**. Durham: Duke University Press, 2002.

_____. **The logic of care: Health and the problem of patient choice**. London, UK: Taylor & Francis, 2008.

_____. Actor-Network Theory: sensitive terms and enduring tensions. **Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie**. Sonderheft, 50, 2010. pp. 253-269.

_____. “Ontological Politics. A Word and some questions”, in LAW, John; HASSARD, John (org.). **Actor Network Theory and After**, Blackwell/The Sociological Review, 1999. [Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas. In: Nunes, Arriscado; Roque, R. (ed.). **Objectos impuros: experiências em estudos sociais da ciência** (Biblioteca das ciências). Porto: Edições Afrontamento, 2008].

MORAIS, Indyara de Araújo; PEREIRA, Éverton Luis. A etnografia como ferramenta para pensar e agir em saúde: reflexões sobre os problemas de pressão. **Caderno de Saúde Pública**, 36 (5), 2020.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do; BARROS, Nelson Filice de; NOGUEIRA, Maria Inês; LUZ, Madel Therezinha. The medical rationale category and a new epistemology in health. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.12, pp.3595-3604.

NASCIMENTO, Marilene Cabral; ROMANO, Valéria Ferreira; CHAZAN, Ana Cláudia Santos; QUARESMA, Carla Holandino. Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. **Trabalho, Educação, Saúde**, 16, 2018, p. 751-72.

NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE HEALTH. U.S. Department of Health & Human Services. National Institutes of Health. **2016 Strategic Plan**. Exploring the Science of Complementary and Integrative Health. Bethesda, Maryland, United States, 2016.

NOBRE, Julio Cesar de Almeida *et al.*. Corpo e saúde: uma controvertida produção coletiva. **Cadernos UniFOA**, n. 31, 2016. pp. 59-73.

NUNES Gelza Matos *et al.* **PTC MTCI-PICS/COVID-19: Parecer técnico- científico do uso de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) para o enfrentamento da pandemia de COVID-19**. São Paulo: CABSIN; Brasília, DF: Cofen, 2021.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SABERES E PRÁTICAS TRADICIONAIS, INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE. **Boletim de evidências nº 8, maio, 2021.**

_____. **Boletim de evidências nº 9, set-dez, 2021.**

OLIVEIRA, Terezinha Guedes Rêgo; MOREIRA, Maria da Saudade de Azevedo; BRITTO, Giovanna Goes (orgs.). **Trilhando os 30 anos da SMS Natal.** – Natal: EDUFRN, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **OPAS adverte contra uso de produtos à base de cloro como tratamento para COVID-19.** 055, agosto de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-8-2020-opas-adverte-contra-uso-produtos-base-cloro-como-tratamento-para-covid-19> acesso em: 20/12/2020.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade** [online]. 2015, vol.24, suppl.1, pp.205-218.

OTANI, Márcia Aparecida Padovan; BARROS, Nelson Felice. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(3), 2011, pp. 1801-1811, 2011.

PAGE, Matthew J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **British Medicine Journal**, 2021;372:n71. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71>.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador; EDUFBA; Rio de Janeiro; FIOCRUZ, 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.21, n.1, jan.-mar, 2014, p.15-35.

PEIRANO, Mariza. **A favor da etnografia.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

PEREIRA, Pedro. **A biomedicina como sistema cultural.** Antropología Experimental nº 19, 2019, Universidad de Jaén (España), Texto 10, p. 105-119. Doi: <https://dx.doi.org/10.17561/rae.v19.10>.

PORTELLA, Caio Fabio Schlechta; GHELMAN, Ricardo; ABDALA, Carmen Verônica Mendes; SCHVEITZER, Mariana Cabral. Evidence map on the contributions of traditional, complementary and integrative medicines for health care in times of COVID-19. **Integrative Medicine Research** 9, 2020.

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO. Saúde. **Residência Multiprofissional em PICs.** Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=314041. Acessado em 19. mai. 2022).

PUSTIGLIONE Marcelo; GOLDENSTEIN Eduardo; CHENCINSKI, Y. Moisés. Homeopatia: um breve panorama desta especialidade médica. **Revista de Homeopatia. Dossiê Evidências**, vol. 80, n 1, 2, 2017, pp. 6-15.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidad del Poder, Cultura y Conocimiento en América Latina. In: **Anuário Mariateguiano**, v. 9, n. 9, Lima: Amatua, 1997.

RECIFE INTEGRATIVO: <https://www.youtube.com/c/RecifeIntegrativo/videos>, acesso em 28 de agosto de 2020.

RIERA, Raquel *et al.* O que as revisões sistemáticas Cochrane dizem sobre o uso das 10 novas práticas de medicina integrativa incorporadas ao Sistema Único de Saúde. **Diagnóstico e Tratamento**, 24 (1), pp. 25-36, 2019.

RITENBAUGH, Cheryl *et al.* Whole Systems Research: A Discipline for Studying Complementary and Alternative Medicine. **Alternative Therapies**, vol. 9, 4, jul/ago 2003, pp. 32-36.

ROCHA, Dinamara Kran. **Acupuntura médica no Brasil**: um breve histórico. Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura. Disponível em: <https://cmba.org.br/acupuntura-medica-no-brasil/>, acesso em 20/07/2020.

ROCHA, Sabrina Pereira; *et al.* A trajetória da introdução e regulamentação da acupuntura no Brasil: memórias de desafios e lutas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(1), 2015, pp.155-164.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Etnografia na avaliação de políticas públicas: limites e possibilidades. **Política & Trabalho. Revista de Ciências Sociais**, nº 47, Junho/Dezembro de 2017, pp. 229-245.

ROLAND, Maria Inês de França; GIANINI, Reinaldo José. Redes sociotécnicas de assistência à saúde em acupuntura: estudo de caso sobre a formação básica de estudantes de medicina. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, abr.-jun. 2014, p.477-511.

ROSSI, Pedro Santo; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. O remédio é o menor dos problemas: seguindo redes na adesão ao tratamento de aids. **Saúde e Sociedade**, 23(2):495-495, apr-jun/2014.

SACRAMENTO, Henriqueta Tereza. Trajetória das PICS no SUS do município de Vitória. In: MACHADO, Katia *et al.* (orgs.). **Trajetórias das práticas integrativas e complementares no SUS – Volume I**. Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2021. pp. 104-111.

SAID, Edward. **Orientalismo**: O Oriente como invenção do Ocidente. São Paulo: Companhia de Bolso, 2007.

SANTOS, Maria Aparecida dos. Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde do Brasil: inusitadas mediações. **Pesquisas e Práticas Psicossociais** 11 (1), São João del Rei, jan/jun de 2016.

SANTOS, Francisco Assis da Silva *et al.* Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Revista de Saúde Pública**, **45 (6)**, 2011, pp. 1154-1159.

SAVAGE, Glenn. What is policy assemblage? **Territory, Politics, Governance**, **8:3**, pp. 319-335, 2020.

SAVAGE, Glenn; LEWIS, Steven. The phantom national? Assembling national teaching standards in Australia's federal system. **Journal of Education Policy**, **33:1**, 2018, pp.118-142.

SHANG, Aijing *et al.* Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. **The Lancet**, **366**, **august 27**, 2005, p.726-732. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67177-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67177-2).

SHEA, Beverley J. *et al.* AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. **British Medicine Journal**, **2017**, **358**: j4008. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j4008>.

SHORE, Cris; WRIGHT, Susan. Introduction. Conceptualising Policy: Technologies of Governance and the Politics of Visibility In: SHORE, Cris; WRIGHT, Susan; PERÒ, Davide (ed.). **Policy Worlds: Anthropology and the Analysis of Contemporary Power**. Bherghahn Books; New York, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/312371568_Conceptualising_policy_Technologies_of_governance_and_the_politics_of_visibility. Acesso em: 10 fev. 2020.

SINGLETON, Vicky; MEE, Steve. Critical compassion: Affect, discretion and policy-care relations. **The Sociological Review Monographs**, **vol. 65 (2)**, 2017, pp. 130-149.

SILVA, Gisléa Kandida Ferreira. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: trajetória e coalizões de interesse**. 2017. Dissertação (Mestrado) Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

SILVA, Gisléa Kandida Ferreira *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, **v. 30(1)**, 2020, pp. 1-25.

SIMONI, Carmen. Brasil – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. In: 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 – PNPIC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. pp-63-70.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA – SBI. **Nota de esclarecimento**. Divulgação de procedimento protetivo contra o novo coronavírus – COVID-19 [ozonioterapia], 13 de fevereiro de 2020.

_____. **Nota de esclarecimento (Uso de hidroxicloroquina para COVID-19)**, de 22 de março de 2020. 2020b.

_____. **Informe da Sociedade Brasileira de Infectologia sobre o novo coronavírus n° 13:** Esclarecimentos científicos sobre orientações que propõem o uso universal da cloroquina ou hidroxicloroquina para o tratamento da COVID-19, de 20 de maio de 2020. 2020c.

_____. **Informe n° 16 da Sociedade Brasileira de Infectologia sobre: atualização sobre a hidroxicloroquina no tratamento precoce da COVID-19**, de 17 de julho de 2020. 2020d.

_____. **Informe da Sociedade Brasileira de Infectologia sobre o novo coronavírus n° 15: uso de medicamentos para COVID-19**, de 30 de junho de 2020. 2020e.

_____. **Atualizações e recomendações sobre a COVID-19**, de 9 de dezembro de 2020. 2020f.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho *et al.* Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(1), pp. 2143-2154, nov. 2012.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho; AQUINO, Camilla Maria Ferreira; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. Custo efetividade em Práticas Integrativas e Complementares: diferentes paradigmas. **Journal of Management and Primary Health Care**, 8(2), 2017, 343-350.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho; TESSER, Charles Dalcanale. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Caderno de Saúde Pública** [online]. 2017, vol.33, n.1, Epub Jan 23, 2017.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(Sup), pp. 255-266, 2005.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho; SILVA; Gisléa Kândida; FERREIRA, Camila Tenório. **Ciência aberta em PICS:** grupos de pesquisa no Brasil e práticas integrativas e complementares em saúde: relatório de pesquisa [recurso eletrônico]. Recife: Fiocruz-PE, 2020.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde e Debate**, v. 40, n° 108, 2016, pp. 204-218.

SOUZA, Eduardo Frederico Alexander Amaral. **Nutrindo a vitalidade:** questões contemporâneas sobre a racionalidade médica chinesa e seu desenvolvimento histórico-cultural. 2008. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SOUZA, Eduardo Frederico Alexander Amaral; LUZ, Madel Therezinha. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.18, n.1, jan.-mar. 2011, p.155-174.

SOUZA, Iara Maria de Almeida. A noção de ontologias múltiplas e suas consequências políticas. **Ilha Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 049-073, dez. 2015. Disponível em: < <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/2175-8034.2015v17n2p49/31054> >. Acessado: 03 jan. 2018.

STERNE, Jonathan AC *et al.* RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. **British Medicine Journal**, 2019, 366, i4898. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i4898>.

STERNE, Jonathan AC *et al.* ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. **British Medicine Journal**, 2016, 355, i4919. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i4919>.

STROUP, Donna F. *et al.* Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology: A Proposal for Reporting. **JAMA**, 283(15), 2000. Doi: <http://doi.org/0.1001/jama.283.15.2008>.

TAVARES, Fatima Regina Gomes. **Alquimistas da cura: a rede terapêutica alternativa em contextos urbanos**. Salvador: UFBA, 2012.

_____. Legitimidade Terapêutica no Brasil Contemporâneo: As Terapias Alternativas no Âmbito do Saber Psicológico. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, 13, 2003, p. 83-104.

TELE EDUCA MATO GROSSO:

<https://www.youtube.com/c/TeleEducaMatoGrosso1/videos>. Acessado: 28 ago. 2020.

TELESI JÚNIOR, Emílio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados** 30 (86), 2016.

TELESSAÚDE ACRE: <https://www.youtube.com/c/Telessa%C3%BAdeAcre/videos>. Acessado: 25 ago. 2020.

TELESSAÚDE ESPÍRITO SANTO: <https://www.youtube.com/c/telessaudees/videos>. Acessado: 25 ago. 2020.

TELESSAÚDE BAHIA: <https://www.youtube.com/c/Telessa%C3%BAdeBahia/videos>. Acessado: 25 ago. 2020.

TEMPORÃO, José Gomes. Cerimônia de Abertura. 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 – PNPIC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. pp. 50-52.

TESSER, Charles Dalcante. **Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas**. 2004. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 2004.

_____. Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão. In: LUZ, Madel Therezinha; BARROS, Nelson Felice (orgs.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**. Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. pp. 251-284.

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2008, vol.42, n.5, pp.914-920.

TESSER, Charles Dalcante; LUZ, Madel Therezinha. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(2), 2002, pp. 363-372.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Medical rationalities and integrality. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2008, vol.13, n.1, pp.195-206.

TESSER, Charles Dalcante, SOUSA, Islândia Maria Carvalho; NASCIMENTO, Marilene Cabral. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. In: SOUSA, Islândia Maria Carvalho; GUIMARÃES, Maria Beatriz; GALLEGO-PEREZ, Daniel. (orgs.). **Experiências e reflexões sobre medicinas tradicionais, complementares e integrativas em sistemas de saúde nas Américas**. Recife: Fiocruz-PE; ObservaPICS, 2021. pp.82-100.

THE LANCET. The end of homoeopathy. **The Lancet**, 366, august 27, 2005.

THIAGO, Sônia de Castro; TESSER, Charles Dalcante. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de Saúde Pública**, 45(2), 2011, pp. 249-257.

TONIOL, Rodrigo. **Do espírito na saúde**. Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil. Tese (Doutorado) Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

TRAD, Leny Alves Bomfim. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, 17 (3), 2012, pp. 627-633.

VAN DICK, Teun Adrianus. **Racismo e discurso na América Latina**. São Paulo; Contexto, 2006.

VANDENBROUCKE, Jan. Homoeopathy and “the growth of truth”. *The Lancet*, 366, august 27, 2005, p 691-692. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67151-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67151-6).

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Traditional Medicine Strategy 2002 – 2005. Geneva, 2002. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf >. Acesso em: 02 dez. 2018.

_____. **Traditional Medicine Strategy 2014–2023**. Geneva, 2015. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf> . Acesso em: 02 dez. 2018.

_____. **WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019**. Geneva, 2019.

APÊNDICE

Artigo Publicado na Revista Ciência e Saúde Coletiva (2022)

MELO, Aislan Vieira; SANT'ANA, Graziella Reis; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. Redes, atores e agenciamentos na constituição da Política de Práticas Integrativas e Complementares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6, 2022, pp. 2397-406. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.16442021>

Redes, atores e agenciamentos na constituição da Política de Práticas Integrativas e Complementares no Brasil

Networks, actors and negotiations in the constitution of the Policy of Complementary Therapies in Brazil

Aislan Vieira de Melo (<https://orcid.org/0000-0001-6731-0570>)^{1,3}

Graziella Reis de Sant'Ana (<https://orcid.org/0000-0001-8471-6038>)²

Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos (<https://orcid.org/0000-0002-8885-1461>)³

Abstract *Integrative and complementary therapies have been available in the public health system in Brazil as a public policy since 2006. This text of a qualitative nature based on secondary data from the literature and official documents has the aim of understanding the National Policy of Integrative and Complementary Practices from its presence in varied spaces in society. Bypassing the comparison between the theory and practice of the policy, a theoretical and methodological path is proposed to enable new perceptions about policy in practice. By applying the actor-network theory and the negotiation approach, the analysis enables us to perceive the policy as a combination of actions that gives rise to multiple realities and contextual versions of policy, depending on the actors involved. Thus, the results point to complexity hidden behind apparent singularity, revealing the plurality of actors that constitute these realities and demonstrating that the policy is dependent on the actions of other actors for it to become a reality. Following this analytical path, it is possible to generate new elements that contribute to the analysis of the policy in practice, adding to the studies that emphasize the comparison between theory and practice.*

Key words *Complementary therapies, Public health policy, Medical anthropology*

Resumo *Como política pública, práticas integrativas e complementares estão disponíveis no sistema público de saúde no Brasil desde 2006. Este texto, de caráter qualitativo e baseado em dados secundários da literatura e de documentos oficiais, tem o objetivo de compreender a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, a partir da sua presença por variados espaços da sociedade. Contornando a comparação entre o documento e a prática da política, propõe-se um caminho teórico e metodológico que possibilite novas percepções sobre a política em situações concretas. Aplicando a teoria ator-rede e a abordagem do agenciamento, as análises permitem perceber a política como um emaranhado de ações que faz surgir múltiplas realidades e versões contextuais da política, dependendo dos atores com os quais se associa. Desse modo, os resultados apontam para complexidade escondida por trás da aparente singularidade, revelando a pluralidade de atores que constituem essas realidades e demonstrando a dependência da política com relação à ação de outros atores para que ela se torne realidade. Seguindo esse caminho, é possível gerar novos elementos que contribuam para a análise da política na prática, somando-se aos estudos que enfatizam a comparação entre o documento e a prática.*

Palavras-chave *Práticas integrativas e complementares, Políticas de saúde, Antropologia da saúde*

¹ Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul. R. Taquari s/n, Santo Antônio, 79100-510 Campo Grande MS Brasil. aislanmelo@gmail.com

² Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde de apoio à Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande MS Brasil.

Introdução

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC)¹, instituída em 2006, inseriu o Brasil no grupo dos quase 100 países que possuem algum dispositivo jurídico voltado às terapêuticas não biomédicas². Desde 2006, a quantidade de PICs reconhecidas pela PNPIC aumentou significativamente, de 4, na Portaria que instituiu a política¹, para 29, a partir de 2018³⁻⁵. O relatório de monitoramento mais recente, produzido pela Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde, apontou que, no SUS, em 2019, foram ofertadas práticas integrativas e complementares (PICs) em 4.296 municípios brasileiros em todas as unidades da federação, o que representa 77% do total de municípios brasileiros⁶.

Além da significativa oferta de PICs no sistema público de saúde e do aumento na quantidade de PICs reconhecidas, atualmente, também se destaca o interesse da academia pelo tema, sendo o Brasil o 5º país que mais desenvolveu pesquisas sobre “medicina integrativa e complementar” no período entre 2009 e 2018⁷.

Diante desse contexto, de caráter qualitativo e integrando um estudo em nível de doutorado, este texto se baseia em dados secundários extraídos da literatura e de documentos oficiais, procurando compreender a PNPIC a partir da sua distribuição por variados espaços da sociedade. Argumenta-se que, tomando a política como um ator numa rede de relações e seguindo as suas ações, é possível perceber e compreender a existência de múltiplas versões de PNPIC surgindo nos variados espaços onde exerce influência e é influenciada.

Nesse sentido, a partir da teoria ator-rede⁸⁻¹² e da abordagem do agenciamento (*assemblage*)¹³⁻¹⁵, propõe-se dois modos de perceber a política institucionalizada: o primeiro é perceber o documento da política como fruto de um processo de interação (associação) entre atores, cujo resultado é uma versão que veio à tona silenciando outras versões possíveis; o segundo, tendo em vista a PNPIC como uma versão e que pode ser contestada, o olhar se direciona para o modo como outros atores se engajam nela e o que fazem dela (fazendo surgir versões), ao invés de tentarmos compreender como a política influencia pessoas e instituições.

Contornando um caminho comparativo entre o documento da política e a prática da política, cuja tendência é a de apontar falhas, lacunas ou sucesso e elaborar proposições de ajustes, propõe-

se um caminho teórico e metodológico ainda a ser trilhado nas análises da PNPIC e das PICs, possibilitando novas percepções sobre a política que podem contribuir na compreensão da política em situações concretas (na prática).

Contribuição às análises da PNPIC

Até o momento, pode-se dizer que há dois tipos de literatura sobre a PNPIC. Um tipo que procura analisar como está sendo a execução da política e que, geralmente, tende a apontar discrepâncias ou paralelismos entre o documento institucionalizado (o texto da política) e as variadas realidades encontradas pelo país, como, por exemplo, apontando para a pouca compreensão ou afinidade por parte dos gestores ou dos profissionais de saúde com relação à PNPIC¹⁶⁻¹⁹. Outro tipo é constituído por estudos que procuram compreender o processo que culminou na institucionalização da política, resgatando e analisando documentos governamentais, dados extraídos da literatura e entrevistas com pessoas-chaves.

Alguns desses estudos procuram analisar esse processo a partir de teorias que propõem a existência de ciclos de política²⁰⁻²². Embora inspiradas por diferentes autores, essas teorias corroboram uma análise de política pública a partir de um fluxo que segue: estabelecimento de problema, planejamento de estratégias de resolução, formulação de dispositivo jurídico-administrativo, execução, avaliação e, se necessário, reajuste.

Propõe-se, em contraste, outra possibilidade de compreensão da PNPIC, acrescentando duas percepções até então inexploradas. A primeira é uma percepção mais fluida sobre a política em situações concretas, abrindo a possibilidade de apreender como a PNPIC vem contribuindo para a constituição de realidades plurais^{14,15}, tais como, possibilitar: que o profissional administre certa terapêutica na clínica; estabelecimento e/ou fortalecimento de conflitos entre categorias profissionais; incremento de capital político; existência de especialidades profissionais e acadêmicas; estabelecimento de objetos de pesquisa. Assim, a PNPIC fomenta e fortalece a existência de realidades que seriam distintas sem ela, como, por exemplo: PICs, conflitos acerca da legitimidade profissional para executar certas ações de saúde, arregimentação de eleitorado em torno de determinada demanda, ampliação das possibilidades de atuação profissional e de formação acadêmica, campos/áreas de pesquisa.

Como consequência, ao invés de tomar o documento da política como algo a ser implemen-

tado, a segunda é percebê-lo como uma versão da política (PNPIC como dispositivo jurídico, que é diferente da versão de PNPIC como objeto de pesquisa ou como terapêutica, por exemplo) que é apropriada por outros atores nas situações concretas¹⁵. No processo de apropriação, ocorre uma tradução (ressignificação)^{10,11} da política que vem à realidade em uma possibilidade diferente do que estava previsto no dispositivo, como a PNPIC enquanto capital político – para citar o caso mais recente acerca da troca da Coordenação Nacional de PICs.

Desse modo, é possível encontrar a PNPIC em vários espaços sociais, como, por exemplo: gerenciamento de políticas públicas; atendimento ambulatorial e hospitalar; processos de fomento e disponibilização de recursos; pesquisas; discussões internacionais sobre saúde; mundo político; documentos da própria PNPIC e de políticas estaduais e municipais; ações de saúde privada; cruzamento com outras políticas, como de educação e econômicas; programas e/ou outras políticas de saúde, como de educação permanente; formação profissional; relatórios de acompanhamento; sistemas de informação de saúde; discussões das categorias profissionais; instituições não governamentais, como associações e sociedades profissionais; instituições privadas, como academias de yoga; etc.

Compreendendo a PNPIC como um ator que se relaciona com outros atores nas situações concretas e seguindo os caminhos onde ocorrem essas interações, desvenda-se uma cartografia que demonstra a característica multilocal e as múltiplas versões como a política está sendo feita. Se a multilocalização é fácil de compreender devido à diversidade de espaços onde ela emerge, compreender a multiplicidade de versões requer uma abordagem teórica e metodológica etnográfica que permite olhar por trás das aparências e das singularidades com as quais a PNPIC emerge em cada um desses contextos. Este referencial teórico vem da teoria ator-rede e da abordagem do agenciamento.

A teoria ator-rede foi empregada na análise das PICs e da PNPIC por poucos autores²³⁻²⁵ e, seguindo o caminho iniciado por eles, a novidade da presente proposta é aprofundar a aplicação da teoria ator-rede no sentido de evidenciar: a) a heterogeneidade material dos atores (humanos e não humanos) que compõem a PNPIC, b) a qualidade da interação entre eles, c) a multiplicidade de versões que emergem dessa associação, e d) os processos sincréticos que fazem emergir uma política que esconde essa pluralidade. Quanto à

abordagem do agenciamento, ainda não foi utilizada nas análises sobre a PNPIC.

Buscando chamar atenção para a pluralidade de realidades que surgem a partir da associação da PNPIC com outros atores, bem como para o modo como eles atuam nos contextos em que estão inseridos, a abordagem aqui proposta pode contribuir com novos elementos para se compreender as diferenças da política na prática, que já vêm sendo apontadas pela literatura.

Apresentando a teoria ator-rede e a abordagem do agenciamento

A teoria ator-rede tem origem no campo de estudos “Ciência, Tecnologia e Sociedade”, no início dos anos 1980^{8,9,12} e, a despeito de ser conhecida pelo termo “teoria”, corresponde a uma forma de perceber a realidade^{9,11,12}, partindo do pressuposto de que a realidade é um fenômeno constantemente em construção, sendo constituída pela associação das práticas (ações/performances) dos atores envolvidos. Para se compreender a realidade, portanto, é preciso analisar a ação dos atores a partir da etnografia simétrica, a qual considera atores humanos e não humanos como igualmente relevantes na constituição da realidade, o que permite desvendar uma teia de relações e delimitar um enquadramento analítico denominado rede sociotécnica⁸.

Como mencionado, o presente artigo enfatiza a análise da PNPIC a partir da heterogeneidade de atores, da relacionalidade entre eles, da multiplicidade de realidades que resultam dessas interações (versões contextuais) e dos processos sincréticos que tornam as realidades aparentemente singulares e escondem a multiplicidade de materiais, relações e versões que estão envolvidas na constituição da realidade^{10,11}.

Por sua vez, a abordagem do agenciamento (*assemblage*) corresponde à aplicação da teoria ator-rede, avançando nesse método de análise sobre processos políticos e vem firmando seu espaço no campo de análise de políticas públicas^{13,14,26}. Embora ainda não esteja presente nos estudos brasileiros, este tipo de abordagem já vem sendo utilizada em análises de políticas de saúde por pesquisadores estrangeiros²⁷⁻²⁹. A opção por agenciamento para traduzir o termo *assemblage*, deve-se ao fato de se compreender, por um lado, que condiz com o sentido que a abordagem traz, ao passo em que enfatiza a diferença desejada, neste texto, em relação à teoria ator-rede que evidencia a associação e a arregimentação de atores para a rede. Assim, agenciamento, refere-se aos

processos que envolvem associação de atores e agenciamentos (inserção de novos) dando ênfase aos movimentos de constituição da política.

Nessa proposta teórica e metodológica, a política pública deixa de ser algo estanque que deve ser implementado, para ser um emaranhado de ações (ator) que influencia e é influenciado por outros atores, sendo constantemente traduzido (ressignificado) quando é apropriado por outros atores em variados contextos – por gestores, pesquisadores, público-alvo, instituições, etc. Nesse sentido, a política institucionalizada é percebida como uma versão dentre outras que emergem na realidade, emergida a partir de um processo em que outras versões foram silenciadas.

Por exemplo, revisitando as conclusões de Silva²⁰ sobre as reuniões do Conselho Nacional de Saúde e relendo as atas dessas reuniões³⁰⁻³³, percebeu-se que as associações entre as ações (performances) dos atores fizeram emergir uma versão multiprofissional da PNPIC, silenciando a versão médico-centrada que tinha sido elaborada como a versão “original” pelo grupo de trabalho encarregado de elaborar a minuta da política que foi debatida pelos conselheiros. Na medida em que é uma versão possível, o documento aprovado está constantemente sendo contestado por outros atores, conforme será apresentado mais adiante.

A teoria ator-rede e a abordagem do agenciamento na análise da PNPIC

Perceber a PNPIC como ator num fluxo de relações abre a possibilidade de percebê-la como uma entidade que não possui uma identidade permanente, o que enseja três percepções fundamentais para se analisar a política pública.

A primeira, diz respeito à transformação no tempo e no espaço. Se tomarmos a política institucionalizada de 2006 e compará-la com o documento atual, salta aos olhos as alterações com relação à quantidade de PICs reconhecidas, de 4 para 5, ainda em 2006^{1,3}, depois para 19 em 2017⁴, até as 29 atuais em 2018⁵. Assim, numa perspectiva temporal, tomando-se a quantidade e os tipos de terapêuticas reconhecidas, a identidade da PNPIC de 2006 foi sendo alterada.

Percebidas como resultados de entrelaçamentos de ações de variados atores, cada uma dessas alterações, nos respectivos momentos em que emergiram na realidade, representam uma versão que silenciou aquela que, até então, era considerada a política. A inserção de novos atores no processo de debates, tais como, a Portaria nº 971/2006¹ que instituiu a PNPIC com 4 PICs

(Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia e Termalismo Social/Crenoterapia) e o documento emitido pela Associação Médica de Antroposofia e endereçado ao Ministério da Saúde, afirmando que a entidade não se opõe ao uso de vacinas²⁰, influenciou a ação do ministério que, em resposta, efetuando a primeira alteração na política, emitiu a Portaria nº 1.600/2006³, inserindo a antroposofia como a quinta PIC reconhecida pela PNPIC. Esse é um exemplo de entrelaçamento de ações que, segundo a abordagem do agenciamento, vai definindo o silenciamento de uma versão, no caso, mais restritiva, em prol de uma versão que amplia a quantidade de PICs ofertada no SUS.

Atentar-se para esse processo de disputas entre versões é importante por, ao menos, duas razões. Seguindo as ações e o modo como a política se relaciona com outros atores em situações concretas, a primeira importância é que a versão contestadora e vencedora pode restringir ou ampliar as possibilidades de surgimento de realidades, tais como: oferta de consultas antroposóficas, ministração de terapias e medicamentos antroposóficos, procura por tais procedimentos, contratação de profissionais com essa especialidade, aumento de formação acadêmica e profissional na área, impacto nos recursos financeiros voltados à saúde pública, impacto na estrutura física da unidade de atendimento, disputas e conflitos entre profissionais e categorias profissionais, uso de espaço físico que seria disponível para outra PIC, etc. A outra razão, diz respeito à segunda percepção sobre a política, a qual trata da questão da identidade contextual da política.

A segunda percepção fundamental sobre a política, por consequência, está em reconhecer que a identidade (as versões que emergem) da PNPIC depende do contexto em que está inserida, então não faz sentido acreditar na existência de ou procurar uma identidade permanente que a represente e sirva de comparativo entre o correto e o desvio. Parafraseando o antropólogo Clifford Geertz em relação ao Islã, o objetivo “não é definir religião [PNPIC], mas encontrá-la”³⁴.

Ao invés de procurar por uma identidade fixa (essência), é preciso treinar o olhar para compreender como e por que as manifestações são diferentes, tentando desvendar o que existia (quais atores) em um contexto que não há no outro ou se algum ator atua de modo diferente em contextos diferentes, buscando descobrir as condições que possibilitam as versões. Essa abordagem contorna a procura pelo erro, pela falha ou pelo

desentendimento, como, por exemplo, pela falta de sensibilidade e/ou interesse de gestores e profissionais pelas PICs; ou a procura pelo acerto, pelo exemplo a ser seguido ou por propostas que, geralmente, são pontuados por outros pesquisadores que objetivaram compreender a PNPIC. Abre-se, assim, novas possibilidades de análises e compreensão, somando-se às conclusões das pesquisas que enfatizam a abordagem comparativa entre o documento e a prática.

O que alguns estudos podem considerar desvios ou acertos em relação à política do documento, para a abordagem do agenciamento representam manifestações da política que emergem devido à apropriação da política por variados atores, nos variados espaços sociais. É isso que ocorre quando a política se desloca de um âmbito para outro (do gabinete para a unidade de atendimento, por exemplo) e é quando fica mais perceptível a capacidade criativa de sua existência em contribuir (ampliando ou restringindo possibilidades) na constituição de realidades.

A terceira percepção, decorrente das anteriores, é perceber que a PNPIC não é “coisa que é”, “sempre será” ou “será por um tempo” e que faz outros agirem, mas perceber que só ganha existência devido ao entrelaçamento (associação) de e com outras entidades. Por isso, destituindo-a de um superpoder para influenciar os demais atores³⁵, é possível percebê-la como entidade que não possui o poder de moldar por si só a realidade ou é desobedecida ou distorcida por aqueles que a colocam em prática, pois, juntamente com os demais atores, contribui na constituição da realidade. Em outras palavras, para surgir na realidade, a política depende da ação de outros atores, haja vista, também, que a própria política, enquanto documento, só emerge na realidade como resultado de um emaranhado de ações de atores.

Partindo do pressuposto de que a PNPIC é influenciada e influencia os demais, deve-se identificar quem são os demais atores e como atuam. Para tanto, é preciso seguir a ação da política institucionalizada percebendo-a como um fio condutor que conecta as demais entidades e as versões que emergem nos variados contextos.

Política institucionalizada como ator e uma versão vencedora

Na abordagem aqui proposta, políticas “não são simplesmente ferramentas governamentais instrumentais – elas são atores que têm agência e que mudam conforme entram em relação com

outros atores, objetos e instituições em novos domínios”¹⁴(p.20).

Uma das vantagens deste caminho analítico é que a aparente singularidade de uma política pública, por exemplo, dá lugar à compreensão de que ela ganha vida a partir de variadas versões contextuais, dependendo do entrelaçamento de atores e de suas ações, uma vez que a própria política é percebida como um ator nas teias de relações que a fazem vir à tona.

Mais importante do que definir um conceito de ator, que é o elemento central nesse tipo de abordagem, é preciso ter em mente que ele ou ela intervém na realidade a partir de ações. Assim, “a questão da teoria ator-rede não é de onde as atividades dos atores vêm, mas para onde elas vão: os efeitos são cruciais”¹²(p.255).

A ênfase da análise recai, portanto, sobre o que as ações dos atores fazem, sobre suas consequências e como fazem emergir uma realidade, ao invés de procurar compreender o que elas são. Isto está relacionado ao conceito de ontologia política utilizado por Mol³⁶ para se referir à instabilidade da realidade. Ao conceito de ontologia que faz referência à essência da realidade “como ela é”, a autora acrescenta o termo política para denotar o caráter não acabado, não essencializado e não externo à realidade, destacando que o surgimento da realidade é inerente à intervenção dos atores. Assim, os atores atuam no sentido de fazer da realidade “como ela deveria ser” e, ao fazerem emergir determinada realidade, ampliam ou restringem as novas possibilidades de sua própria ação, das ações de outras entidades e, conseqüentemente, o surgimento de novas versões da realidade.

Essa é uma percepção mais empírica da realidade, pois, “TAR [teoria ator-rede] está nos mostrando que as realidades, o que existe no mundo, são feitas de práticas”¹¹(p.384). Por isso é importante revelar e analisar os atores envolvidos, suas ações, as traduções que realizam na efetivação de suas ações e os sincretismos que surgem nos processos de emergência da PNPIC como algo singular na realidade, desvelando a pluralidade que reside por trás da aparente singularidade.

Sobre as traduções, pode-se citar a denominação “práticas integrativas e complementares” dada pela PNPIC, ao invés de “Medicina Tradicional e Complementar” (MTC) ou “Medicina Alternativa e Complementar” utilizados pela OMS (2019), e que está permeada de novo significado e conceituação²⁴.

No que tange aos sincretismos, um exemplo é a interação entre o reconhecimento de certas

terapêuticas que poderiam ter impacto benéfico sobre o bem-estar da pessoa e o SUS como política pública, constituindo um movimento sincrético que resultou na PNPIC, braço da política pública de saúde nacional, que emerge na realidade com aparência de um fenômeno singular – escondendo as versões silenciadas pelo caminho.

Vista a partir da teoria de agenciamento, a PNPIC se configura como uma realidade múltipla³⁷ (pode emergir de maneiras diferentes), complexa (devido aos vários atores envolvidos e aos entrelaçamentos entre suas ações) e contextual (cada versão que emerge diz respeito ao respectivo contexto) que emerge dos entrelaçamentos das ações que os atores efetivam quando intervêm nos contextos onde são inseridos, ao invés de objetos estáveis e externos que definem ou determinam ações a serem implementadas.

Como processos em movimento e multilocalizados¹⁵, característico das políticas públicas, a PNPIC pode emergir no contexto de gestão como recursos humanos e financeiros, emergir como um dever do Estado e direito do cidadão no contexto de cidadania, emergir como uma porta que dá acesso a possibilidades terapêuticas para o paciente, emergir como ameaça à saúde dos pacientes³⁸, emergir como respaldo para formação acadêmica e profissional, emergir como objeto de pesquisa na academia, etc.

Seguir políticas públicas como fluxos de movimento traz a questão de como conceituar política e seus movimentos e não percebê-la a partir de um processo linear, desde o estabelecimento do problema às ruas¹⁴:

uma política encontra expressão através de sequências de eventos; ela cria novos espaços semânticos e sociais, novos tipos de relações, novos sujeitos políticos e novas redes de significado [...] políticas não são simplesmente forças externas, generalizadas e restritivas, nem estão confinadas nos textos. Antes, elas são produtivas, performativas e continuamente contestadas¹⁴(p.1).

São produtivas porque, ao interagirem com outros atores nos variados contextos, podem resultar em múltiplas versões e possibilidades de exercerem influência na realidade, como, por exemplo, emergir como capital político ou como ameaça à saúde de pacientes³⁸ – para citar versões inesperadas no texto da política.

O caráter performático diz respeito a como essas múltiplas versões atuam nos determinados contextos, como, por exemplo, a política como dispositivo jurídico. Uma versão, fomentou (performou) a constituição de instituições, atualmente, importantes para compreendermos a PNPIC,

como Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares (ObservaPICs), Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN) ou Rede de Atores Sociais em PICs em Saúde (RedePics).

Outra versão de PNPIC como dispositivo jurídico, age (performa) possibilitando a oferta de PICs no SUS, ao passo em que restringe outras terapêuticas por não reconhecê-las como PICs. Vale ressaltar que esta versão é muito contestada por unidades da federação e municípios que vêm institucionalizando políticas locais e regionais inserindo terapêuticas não reconhecidas como PICs pela PNPIC ou inseriram terapêuticas que somente depois foram reconhecidas pela PNPIC, como *reiki*, bioenergética e yoga, por exemplo³⁹⁻⁴¹.

A versão jurídica ainda performa de outra forma no contexto das categorias profissionais. Em 2006, quando da publicação da portaria 971 que instituiu a PNPIC¹, o conselho federal e alguns regionais de medicina emitiram comunicados preocupados com a política, questionando, basicamente: o caráter multiprofissional que permite que profissionais não médicos realizem diagnósticos, prescrição e ministração de atos que deveriam ser restritos aos médicos e questionando o reconhecimento de algumas terapêuticas sem comprovação científica. Eles tomaram a mesma atitude em relação às portarias de 2017 e 2018^{4,5} que ampliaram as terapêuticas reconhecidas como PICs^{38,42-45}. Por outro lado, conselhos de outras categorias profissionais, como de enfermagem e de fisioterapia e terapia ocupacional, emitiram notas afirmando sua importância para a saúde da população^{46,47}.

Tanto a tradução (ressignificação) do dispositivo jurídico pelos estados e municípios, quanto a apresentação de outra versão para a PNPIC pelos conselhos de medicina, são exemplos de processos contestatórios da versão vencedora do documento, propondo outros modos de como a política deveria ser: uma versão que abre possibilidades para outras terapêuticas não reconhecidas pela PNPIC ou, diferentemente, questionando terapêuticas que não teriam comprovação científica ou que deveriam ser restritas ao profissional médico. Tais contestações podem influenciar ao ponto de modificarem a versão vencedora, tal como ocorreu com os estados e municípios ofertando *reiki*, yoga, bioenergética e hipnose antes da política nacional tê-las incorporado. Outras, como as dos conselhos de medicina que contestam a partir de ações judiciais, notas técnicas, pareceres e outras normas profissionais, ainda não obtiveram êxito.

Ressalta-se que todas as contestações decorrem das possibilidades permitidas pela versão vencedora.

Num processo linear, com uma política de âmbito nacional, espera-se que as unidades da federação e os municípios instituem suas próprias normas regionais e locais corroborando-a. Do mesmo modo, ao inserir todos os profissionais de saúde que atuam no SUS como potenciais ministrantes de tais terapêuticas^{1,48,49}, espera-se que as categorias profissionais atuem regulamentando essas ações profissionais. A linearidade não ocorre em nenhum dos casos, pois, somente 12 (doze) unidades da federação possuem política para PICs – embora todos ofertem PICs em suas respectivas redes de atenção à saúde estadual –, e nem todos os municípios, incluindo as capitais, instituíram este tipo de norma, enquanto que alguns deles não respeitam as restrições da política nacional e reconhecem outras terapêuticas^{39,41}. No caso das categorias profissionais, o posicionamento do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) é o de que o assistente social não possui formação específica para atuar aplicando essas terapêuticas, embora o Ministério da Saúde autorize^{49,50}.

Por isso, para a abordagem do agenciamento, “apropriação”, é mais adequado do que implementação porque “segue as transformações a cada vez que uma política é transferida para um novo domínio, seguindo também, além das agências do instrumento político, a agência de outros atores envolvidos”¹⁵(p.342). Isso permite revelar a não linearidade e a complexidade através das quais uma política ganha vida na realidade. Como política pública, ela não ocorre dentro dos limites de uma única organização, mas são “distribuídas ao longo de diferentes locais e requerem emergir publicamente para ganhar vida, gerar ações”¹⁵(p.341).

Um exemplo, e que já foi mencionado, é quando a ação da PNPIC como legislação influencia na legitimação da oferta de PICs como prática terapêutica no SUS, influenciando a emergência de PICs como formação e especialização profissionais pelo próprio SUS, via UNASUS (Universidade Aberta do SUS), e a emergência de outros cursos de formação, aulas, consultas, dentre outros, que funcionam em paralelo à ação governamental, fundamentando um mercado a partir da legitimação dessas práticas pela política pública.

Heterogeneidade, relacionalidade, multiplicidade e sincretismos

Abordar dessa maneira amplia a compreensão sobre a gama de entidades que atuam no fluxo de relações que dão vida à realidade, aprofundando na compreensão de como a realidade é feita. A heterogeneidade material que constitui a PNPIC pode ser percebida pela diversidade de entidades (atores) que entrelaçam suas ações, como, por exemplo: documentos; pessoas (gestores, pacientes, profissionais, pesquisadores); estrutura física; objetos como agulhas, tapetes, óleos; instituições; pesquisas; arranjos políticos; recursos financeiros; diagnósticos; doenças; etc.

A relacionalidade diz respeito a como essas entidades efetivam e entrelaçam suas ações com as demais, tais como: a performance do documento possibilita e restringe a oferta de PICs pelo SUS, ao passo em que define os profissionais que podem executá-la; a performance da estrutura física delimita qual PICs pode ser ofertada na unidade de saúde, na modalidade coletiva ou individual; os estudos epidemiológicos podem contribuir com aumento ou restrição de oferta de práticas; dentre outros.

Quanto à multiplicidade: a depender do entrelaçamento das ações efetivadas em cada contexto, versões da política podem emergir na realidade, tais como: no contexto profissional, fundamenta o surgimento de especialidades; na clínica, pode emergir como benefícios terapêuticos para o paciente ou terapia complementar à alopática; na unidade de saúde, pode emergir como um dos serviços terapêuticos de política pública ofertado e que ocupa determinado espaço físico; na gestão, pode emergir como demanda por recursos humanos e financeiros; na academia, surge como objeto de pesquisa; no meio jurídico, como disputas profissionais; na pandemia, como ameaça à saúde ou terapia adjuvante, dentre tantas outras.

Na interação entre as versões que são emergidas, podem ocorrer tipos de articulações que fazem emergir novos fenômenos que aparentam unicidade, naturalidade e estabilidade, tais como o sincretismo em que a yoga como benefícios terapêuticos da clínica, entrelaçada à yoga enquanto uma atividade concebida pela biomedicina como não principal para intervir sobre as reclamações do paciente, faz emergir uma yoga como terapêutica adjuvante, complementar, no SUS.

As várias versões que emergem resultam do fato de que a realidade é feita de modo “histórico, cultural e materialmente localizado”³⁶(p.75),

assim, os fenômenos podem emergir diferentemente no tempo e no espaço. Como consequência, a realidade não é fixa e nem imutável, mas está à mercê do entrelaçamento de coletivos humanos e não humanos.

Na ontologia política da realidade, como mencionado, a ação das entidades segue em direção a “como deve ser a realidade” e não são baseadas em “como a realidade é”³⁶. Por exemplo: tomando o caso da acupuntura, uma das PICs previstas na PNPIC, ela não era um serviço de saúde pública no Brasil, mas atores (pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, pacientes, doenças, prática clínica, agentes políticos, documentos, etc.) entrelaçaram suas ações e intervieram no surgimento de uma versão de acupuntura como mensurável, quantificável, plausível politicamente, visando a emersão de constituir parte de política pública de saúde e fazendo-a emergir como uma PICs.

Como aponta Toniol²⁴, “é preciso muito trabalho e empenho de leis, portarias, agentes estatais e regulações para transformar uma ‘terapia alternativa/complementar’ em ‘prática integrativa e complementar’”²⁴(p.24).

Deve-se atentar que as versões que emergem não são organizadas ou cumulativas, pois, dependendo do contexto, uma prescinde da outra para ser feita. Cada uma delas, com efeito, não é uma versão permanente com a qual os atores precisam se relacionar, cada qual são versões efêmeras e podem coexistir simultaneamente, tanto em um mesmo contexto, quanto em contextos distintos. São efêmeras porque, no fazer a realidade, o que importa é como elas surgem no contexto e como esta versão atua, influencia, o fluxo de relações.

Voltando ao exemplo da acupuntura. Num contexto de discussão epistemológica (congresso científico), nem uma versão quantitativa nem uma terapêutica poderá emergir, haja vista que o “dever ser” da acupuntura neste contexto, por exemplo, pode ser a epistemologia Oriental ou Ocidental.

Outro aspecto relevante da multiplicidade é que os atores envolvidos podem agir diferentemente dependendo do contexto em que estão inseridos. Um gestor, por exemplo, que também é um profissional de saúde que aplica técnicas de saúde, em determinado contexto pode ser aquele que está aplicando a acupuntura no paciente, performando uma acupuntura como terapêu-

tica. E, neste momento, a versão da acupuntura quantificável (oferta/demanda/custos) que baseia análises de gestão, não interfere em sua ação como profissional porque esta versão mensurável não emerge na realidade, dado que as entidades envolvidas, o paciente e o gestor, não mais como gestor, mas neste momento como profissional autorizado à aplicar acupuntura, juntamente com as outras entidades que compõem o contexto (clínica, vestimentas, enfermidade, paciente, etc.), fazem emergir uma outra realidade, a versão da acupuntura que busca o bem-estar por meio de uma atividade de relação direta com o paciente, diferentemente da atividade gestão-profissionais própria da gestão.

Considerações finais

Apresentando um caminho teórico e metodológico para analisar a PNPIC, pretendeu-se contribuir com o aprofundamento da compreensão de como a política é efetivada em situações concretas⁵¹. Acrescentando um caminho ainda a ser explorado pela literatura, enfatizou-se a potencialidade da PNPIC em contribuir na constituição de realidades plurais. Para isso, foi proposto perceber a política como um ator que interage com outros atores nos variados contextos em que é possível perceber sua presença. O documento da política, nesse sentido, é tomado como uma das versões possíveis pelas quais a PNPIC pode emergir na realidade e que, ao ser apropriado por outros atores nas situações concretas passa por ressignificação e pode ser contestado. Isso pode resultar em silenciamento do texto atual, emergindo outra versão do documento.

Procurou-se demonstrar que perceber a PNPIC como conjunto de ações e seguir os fluxos de movimentos que a faz emergir na realidade, revela a complexidade que se esconde por trás da sua aparente naturalidade, singularidade e estabilidade, permitindo compreender a pluralidade de atores que constituem essas realidades, demonstrando a intrínseca dependência da ação de outros atores para que a política venha à tona. Desse modo, argumentou-se ser possível gerar mais elementos que contribuam para a análise da PNPIC na prática, somando-se aos estudos que enfatizam a comparação entre o documento e a prática da política.

Colaboradores

AV Melo concebeu a ideia; redigiu o artigo, revisou criticamente o conteúdo intelectual e aprovou a versão final. GR Sant'Ana revisou criticamente o conteúdo intelectual e aprovou a versão a ser publicada. PRHO Bastos revisou criticamente o conteúdo intelectual e aprovou a versão a ser publicada. Todos os autores são responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2006; 4 maio.
2. World Health Organization (WHO). *WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019*. Geneva: WHO; 2019.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.600, de 17 de julho de 2006. Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2006; 18 jul.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da União* 2017; 28 mar.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. *Diário Oficial da União* 2018; 22 mar.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde*. Brasília: MS; 2020.
7. Ding Z, Li F. Publications in Integrative and Complementary Medicine: A Ten-Year Bibliometric Survey in the Field of ICM. *Evid Based Complement Alternat Med* 2020; 2020:4821950.
8. Latour B. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1994.
9. Latour B. *Reagregando o social*. Salvador: EdUFBA, Bauru: Edusc; 2012.
10. Law J, Afdal G, Asdal K, Lin W, Moser I, Singleton V. Modes of Syncretism: notes on noncoherence. *Common Knowledge* 2014; 20(1):172-192.
11. Law J, Singleton V. ANT, multiplicity and policy, *Critical Policy Stud* 2014; 8(4):379-396.
12. Mol A. Actor-Network Theory: sensitive terms and enduring tensions. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft* 2010; 50:253-269.
13. Savage G. What is policy assemblage? *Territory Politics Governance* 2020; 8(3):319-335.
14. Shore C, Wright S. Introduction. Conceptualising Policy: Technologies of Governance and the Politics of Visibility. In: Shore C, Wright S, Però D, editores. *Policy Worlds: Anthropology and the Analysis of Contemporary Power*. New York: Bherghahn Books; 2011.
15. Mellaard A, van Meijl T. Doing policy: enacting a policy assemblage about domestic violence. *Critical Policy Studies* 2017; 11(3):330-348.
16. Thiago SC, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. *Rev Saude Publica* 2011; 45(2):249-257.
17. Dalmolin IS, Heidemann ITSB, Freitag VL. Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: desvelando potências e limites. *Rev Esc Enferm USP* 2019; 53:1-8.
18. Santos FAZ, Sousa IMC, Gurgel IGD, Bezerra AFB, Barros NF. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. *Rev Saude Publica* 2011; 45(6):1154-1159.
19. Santos MC, Tesser CD. Um método para implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):3011-3024.
20. Silva GKF. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: trajetória e coalizões de interesse* [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2017.
21. Silva GKF, Sousa IMC, Cabral MEGS, Bezerra AFB, Guimarães MBL. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. *Physis* 2020; 30(1):1-25.
22. Bulsing M. *Um estudo sobre o surgimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS* [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2013.
23. Tesser CD. *Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.

24. Toniol R. *Do espírito na saúde. Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil* [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
25. Santos MA. Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde do Brasil: inusitadas mediações. *Pesqui Práticas Psicos* 2016; 11(1):176-184.
26. Clarke J, Bainton D, Lendvai N, Stubbs P. *Making policy move: Towards a politics of translation and assemblage*. Bristol: Policy Press; 2015.
27. Michael M, Rosengarten M. Medicine: Experimentation, Politics, Emergent Bodies. *Body Soc* 2012; 18(3&4):1-17.
28. Savage G, Lewis S. The phantom national? Assembling national teaching standards in Australia's federal system. *J Educ Policy* 2018; 33(1):118-142.
29. Singleton V, Mee S. Critical compassion: Affect, discretion and policy-care relations. *Sociol Rev Monographs* 2017; 65(2):130-149.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Ata da 159ª Reunião, de 18, 19 e 20 de outubro de 2005*. Brasília: MS, CNS; 2005.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Ata da 160ª Reunião, de 8, 9 e 10 de novembro de 2005*. Brasília: MS, CNS; 2005.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Ata da 161ª Reunião, de 14 e 15 de dezembro de 2005*. Brasília: MS, CNS; 2005.
33. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Ata da 165ª Reunião, de 10 e 11 de maio de 2006*. Brasília: MS, CNS; 2005.
34. Geertz C. *Observando o Islã*. Rio de Janeiro: Zahar; 2014.
35. Cloatre E. Law and ANT (and its Kin): Possibilities, Challenges, and Ways Forward. *J Law Soc* 2018; 45(4):646-663.
36. Mol A. Ontological Politics. A Word and some questions. In: Law J, Hassard J, editors. *Actor Network Theory and After*. Hoboken: Blackwell/The Sociological Review; 1999. p. 74-89.
37. Mol A. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press; 2002.
38. Conselho Federal de Medicina (CFM). *Nota à população e aos médicos. Tema: Incorporação de práticas alternativas pelo SUS* [Internet]. 2018 [acessado 2018 jun 20]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/praticas_integrativas.pdf.
39. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. *Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde: PDPIS*. Brasília: Fepecs; 2014.
40. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. *Política de Práticas Integrativas e Complementares do Estado do Espírito Santo: homeopatia, fitoterapia/plantas medicinais e medicina tradicional chinesa/acupuntura*. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde; 2013.
41. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. *Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares/MG – PEPIC*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde; 2009.
42. Conselho Federal de Medicina (CFM). *Saúde não é moeda de negociação política* [Internet]. 2006 [acessado 2018 maio 10]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/saude-nao-e-moeda-de-negociao-politica/>.
43. Conselho Federal de Medicina (CFM). *Efeito placebo nos postos de saúde* [Internet]. 2018 [acessado 2018 jun 20]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/efeito-placebo-nos-postos-de-saude/>.
44. São Paulo. Conselho Regional de Medicina (CRM). *Nota Oficial das Entidades Médicas faz sérios alertas sobre a Port. MS nº 971* [Internet]. 2006 [acessado 2018 jun 20]. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Noticias&id=1167>.
45. Paraná. Conselho Regional de Medicina (CRM). *Portaria 971 gera reação das entidades médicas pelos riscos à saúde e à vida* [Internet]. 2006 [acessado 2018 jun 20]. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/Portaria-971-gera-reacao-das-entidades-medicas-pelos-riscos-a-saude-e-a-vida-11-915.shtml>.
46. Conselho Federal de Enfermagem (CFE). *Cofen manifesta apoio às Práticas Integrativas e Complementares* [Internet]. 2018 [acessado 2018 jun 20]. Disponível em: www.cofen.gov.br/cofen-manifesta-apoio-as-praticas-integrativas-e-complementares_61201.html/print/.
47. São Paulo. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª região. *As PIC - Práticas Integrativas e Complementares como campo de atuação profissional no SUS* [Internet]. 2017 [acessado 2018 jun 20]. Disponível em: www.crefito3.org.br/dsn/noticias.asp?codnot=2740.
48. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. 2ª ed. Brasília: MS; 2006.
49. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. *Diário Oficial da União* 2017; 13 jan.
50. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). *A inserção de assistentes sociais em Práticas Integrativas e Complementares no âmbito da saúde/SUS*. Brasília: CFESS; 2019.
51. Baker T, McGuirk P. Assemblage thinking as methodology: commitments and practices for critical policy research. *Territory Politics Governance* 2017; 5(4):425-442.

Artigo apresentado em 20/02/2021

Aprovado em 25/10/2021

Versão final apresentada em 27/10/2021

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

ANEXOS

ANEXO A

Definição das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde, conforme a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (Portarias no Ministério da Saúde nº 971/2006, 1.600/2006, 847/2017 e 702/2018)

Definição das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde, conforme a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (Portarias no Ministério da Saúde nº 971/2006, 1.600/2006, 847/2017 e 702/2018)

Optamos por apresentar as definições das PICs seguindo as respectivas portarias e reproduzindo literalmente os textos desses documentos, conforme Brasil (2006a; 2006b; 2017; 2018a).

Práticas Integrativas e Complementares Inseridas pela Portaria nº 971/2006
(extraído de: BRASIL, 2006a)

1. Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura

A Medicina Tradicional Chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais).

A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da medicina tradicional chinesa (MTC), a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.

A MTC inclui ainda práticas corporais (lian gong, chi gong, tui-na, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa), relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, a promoção e à recuperação da saúde.

Diante do exposto, é necessário repensar, à luz do modelo de atenção proposto pelo Ministério, a inserção dessa prática no SUS, considerando a necessidade de aumento de sua capilaridade para garantir o princípio da universalidade.

2. Homeopatia

A homeopatia, sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes foi enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure, em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento.

A implementação da homeopatia no SUS representa uma importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde uma vez que:

- recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Dessa forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde;
- fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo;
- atua em diversas situações clínicas do adoecimento como, por exemplo, nas doenças crônicas não-transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários; e
- contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a farmacodependência;

3. Plantas Medicinais e Fitoterapia

A fitoterapia é uma “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças.

4. Termalismo social/Crenoterapia (Observatório de Experiências) (ver também Portaria 702/2018)

O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal.

O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde.

A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

Prática Integrativa e Complementar Inserida pela Portaria nº 1600/2006

(extraído de: BRASIL, 2016b)

Medicina Antroposófica (Observatório de Experiências)

A Medicina Antroposófica apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde.

Entre os recursos terapêuticos da Medicina Antroposófica, destacam-se: a utilização de aplicações externas (banhos e compressas), massagens, movimentos rítmicos, terapia artística e uso de medicamentos naturais (fitoterápicos e medicamentos diluídos e dinamizados).

As experiências presentes no SUS colocam-se como um campo de interesse para acompanhamento e observação por oferecerem contribuições significativas para a abordagem da Atenção Básica, destacando-se a utilização de recursos que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com ênfase

na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Práticas Integrativas e Complementares Inseridas pela Portaria nº 847/2017
(extraído de: BRASIL, 2017)

1. Arteterapia

É uma prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida. A Arteterapia estimula a expressão criativa, auxilia no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo. Através da arte é promovida a ressignificação dos conflitos, promovendo a reorganização das próprias percepções, ampliando a percepção do indivíduo sobre si e do mundo. A arte é utilizada no cuidado à saúde com pessoas de todas as idades, por meio da arte, a reflexão é estimulada sobre possibilidades de lidar de forma mais harmônica com o stress e experiências traumáticas.

2. Ayurveda

É considerado uma das mais antigas abordagens de cuidado do mundo, foi desenvolvido na Índia durante o período de 2000-1000 a.C. Utilizou-se de observação, experiência e os recursos naturais para desenvolver um sistema único de cuidado. Ayurveda significa a Ciência ou Conhecimento da Vida. Este conhecimento estruturado agrega em si mesmo princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não desvinculá-los e considerando os campos energético, mental e espiritual. A OMS descreve sucintamente o Ayurveda, reconhecendo sua utilização para prevenir e curar doenças, e reconhece que esta não é apenas um sistema terapêutico, mas também uma maneira de viver.

No Ayurveda a investigação diagnóstica leva em consideração tecidos corporais afetados, humores, local em que a doença está localizada, resistência e vitalidade, rotina diária, hábitos alimentares, gravidade das condições clínicas, condição de digestão, detalhes pessoais, sociais, situação econômica e ambiental da pessoa. Considera que a doença inicia-se muito antes de ser percebida no corpo, aumentando o papel preventivo deste sistema terapêutico, tornando possível tomar medidas adequadas e eficazes com antecedência. Os tratamentos no Ayurveda levam em consideração a singularidade de cada pessoa, de acordo com o dosha (humores biológicos) do indivíduo. Assim, cada tratamento é planejado de forma individual. São utilizadas técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais (ásanas), pranayamas (técnicas respiratórias), mudras (posições e exercícios) e o cuidado dietético.

A teoria dos três doshas (tridosha) é o princípio que rege a intervenção terapêutica no Ayurveda. As características dos doshas podem ser consideradas uma ponte entre as características emocionais e fisiológicas. Cada dosha está relacionado a uma essência sutil: Vata, a energia vital; Pitta o fogo essencial; e Kapha está associado à energia mental.

A abordagem terapêutica básica é aquela que pode ser realizada pelo próprio indivíduo através do autocuidado, sendo o principal tratamento.

3. Biodança

É uma prática de abordagem sistêmica inspirada nas origens mais primitivas da dança, que busca restabelecer as conexões do indivíduo consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva.

Configura-se como um sistema de integração humana, de renovação orgânica, de integração psicofísica, de reeducação afetiva e de reaprendizagem das funções originais da vida. Sua metodologia vivencial estimula uma dinâmica de ação que atua no organismo potencializando o protagonismo do indivíduo para sua própria recuperação. A relação com a natureza, a participação social e a prática em grupo passam ocupar lugar de destaque nas ações de saúde.

É um processo altamente integrativo, sua metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos selecionados como músicas, cantos, exercícios e dinâmicas capazes de gerar experiências que estimulam a plasticidade neuronal e a criação de novas redes sinápticas. Nesse sentido, configura-se como um sistema de aceleração dos processos integrativos existenciais: Psicológico, Neurológico, Endocrinológico e Imunológico (PNEI), produzindo efeitos na saúde como: ativar a totalidade do organismo; gerar processos adaptativos e integrativos; através da otimização da homeostase do organismo.

4. Dança Circular

Danças Circulares Sagradas ou Dança dos Povos, ou simplesmente Dança Circular é uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. Os indivíduos dançam juntos, em círculos e aos poucos começam a internalizar os movimentos, liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades.

O principal enfoque na Dança Circular não é a técnica e sim o sentimento de união de grupo, o espírito comunitário que se instala a partir do momento em que todos, de mãos dadas, apoiam e auxiliam os companheiros. Assim, ela auxilia o indivíduo a tomar consciência de seu corpo físico, harmonizar o emocional, trabalhar a concentração e estimular a memória.

As danças circulares podem criar espaços significativos para o desenvolvimento de estados emocionais positivos, tornando-se um recurso importante no contexto de grupos, uma vez que estimulam a cooperação, despertam o respeito ao outro, a integração, a inclusão e o acolhimento às diversidades. A prática tem o potencial mobilizador da expressão de afetos e de reflexões que resultam na ampliação da consciência das pessoas.

No círculo trabalha-se o equilíbrio entre o indivíduo e o coletivo, o sentimento de pertinência e do prazer pela participação plena dos processos internos de transformação, promovendo o bem-estar, a harmonia entre corpo-mente-espírito, a elevação da autoestima; a consciência corporal, entre outros benefícios.

5. Meditação

É uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições. Também é entendida como estado de Samadhi, que é a dissolução da identificação com o ego e total aprofundamento dos sentidos, o estado de "êxtase".

A prática torna a pessoa atenta, experimentando o que a mente está fazendo no momento presente, desenvolvendo o autoconhecimento e a consciência, com o intuito de observar os pensamentos e reduzir o seu fluxo.

Permite ao indivíduo enxergar os próprios padrões de comportamento e a maneira através da qual cria e mantém situações que alimentam constantemente o mesmo modelo de reação psíquica/emocional. Arelado a isso, o conjunto de atitudes e comportamentos, aliado aos mecanismos de enfrentamento escolhidos pelo indivíduo diante as diversas situações da vida, tem impacto sobre sua saúde ou doença.

A meditação constitui um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo. A prática traz benefícios para o sistema cognitivo, promove a concentração, auxilia na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, relaxamento, redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos.

6. Musicoterapia

É a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

É importante destacar que a utilização terapêutica da música se deve à influência que esta exerce sobre o indivíduo, de forma ampla e diversificada. No desenvolvimento humano a música é parte inerente de sua constituição, pois estimula o afeto, a socialização e movimento corporal como expressões de processos saudáveis de vida.

A Musicoterapia favorece o desenvolvimento criativo, emocional e afetivo e, fisicamente, ativa o tato e a audição, a respiração, a circulação e os reflexos. Também contribui para ampliar o conhecimento acerca da utilização da música como um recurso de cuidado junto a outras práticas, facilitando abordagens interdisciplinares, pois promove relaxamento, conforto e prazer no convívio social, facilitando o diálogo entre os indivíduos e profissionais.

7. Naturopatia

É entendida como abordagem de cuidado que, por meio de métodos e recursos naturais, apoia e estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se. Tem sua origem fundamentada nos saberes de cuidado em saúde de diversas culturas, particularmente aquelas que consideram o vitalismo, que consiste na existência de um princípio vital presente em cada indivíduo, que influencia seu equilíbrio orgânico, emocional e mental, em sua cosmovisão.

A Naturopatia utiliza diversos recursos terapêuticos como: plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, trofologia, massagens, recursos expressivos, terapias corpo-mente e mudanças de hábitos.

Cada indivíduo recebe um tratamento individualizado, planejado para suas especificidades, seguindo seis princípios fundamentais: não fazer mal - por meio do uso de métodos que minimizam o risco de efeitos colaterais; identificar e tratar as causas fundamentais da doença - identificando e removendo as causas subjacentes das doenças ao invés de suprimir os sintomas; ensinar os princípios de uma vida saudável e uma prática promocionista - compartilhando conhecimentos com os indivíduos e os encorajando a ter responsabilidade sob sua própria saúde; tratar o indivíduo como um todo por meio de um tratamento individualizado - compreendendo fatores físicos, mentais, emocionais, espirituais, genéticos, ambientais e sociais únicos que contribuem para a doença e, personalizando os protocolos de tratamento para o

indivíduo; dar ênfase à prevenção de agravos e doenças e à promoção da saúde - avaliando os fatores de risco e vulnerabilidades e recomendando intervenções apropriadas para manter e expandir a saúde e prevenir a doença e, dar suporte ao poder de cura do organismo - reconhecendo e removendo os obstáculos que interferem no processo de autocura do corpo.

8. Osteopatia

É um método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos. Esta prática parte do princípio que as disfunções de mobilidade articular e teciduais em geral contribuem no aparecimento das enfermidades.

A abordagem osteopática envolve o profundo conhecimento anatômico, fisiológico e biomecânico global, relacionando todos os sistemas para formular hipóteses de diagnóstico e aplicar os tratamentos de forma eficaz. Desta forma, a osteopatia diferencia-se de outros métodos de manipulação pois busca trabalhar de forma integral proporcionando condições para que o próprio organismo busque o equilíbrio/homeostase.

Pode ser subdividida basicamente em três classes, a saber: osteopatia estrutural; osteopatia craniana; osteopatia visceral. Esta abordagem para os cuidados e cura do indivíduo, se baseia no conceito de que o ser humano é uma unidade funcional dinâmica, em que todas as partes se inter-relacionam e que possui seus próprios mecanismos para a autorregulação e a autocura.

O foco do tratamento osteopático é detectar e tratar as chamadas disfunções somáticas, que correspondem à diminuição de mobilidade tridimensional de qualquer elemento conjuntivo, caracterizadas por restrições de mobilidade(hipomobilidades).

A osteopatia diz respeito à relação de corpo, mente e espírito na saúde e doença, enfatizando a integridade estrutural e funcional do corpo e a tendência intrínseca do corpo, direcionada à própria cura.

9. Quiropraxia

É uma abordagem de cuidado que utiliza elementos diagnósticos e terapêuticos manipulativos, visando o tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e dos efeitos destas na saúde em geral.

São utilizadas as mãos para aplicar uma força controlada na articulação, pressionando além da amplitude de movimento habitual. É comum se ouvir estalos durante as manipulações, isso ocorre devido à abertura da articulação, que gera uma cavitação.

O ajuste articular promovido pela Quiropraxia é aplicado em segmentos específicos e nos tecidos adjacentes com objetivo de causar influência nas funções articulares e neurofisiológicas a fim de corrigir o complexo de subluxação, cujo modelo é descrito como uma disfunção motora segmentar, o qual incorpora a interação de alterações patológicas em tecidos nervosos, musculares, ligamentosos, vasculares e conectivos.

10. Reflexoterapia

Também conhecida como reflexologia, é uma prática que utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões. Cada uma destas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. São massageados pontos-chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente.

As áreas do corpo foram projetadas nos pés, depois nas mãos, na orelha e também em outras partes do corpo, passando a ser conhecida como microssistemas, que utiliza o termo "Terapias Reflexas", Reflexoterapia ou Reflexologia.

A planta dos pés apresenta mais de 72.000 terminações nervosas; na existência de um processo patológico, vias eferentes enviam fortes descargas elétricas que percorrem a coluna vertebral e descendo pelos nervos raquidianos, pelas pernas, as terminações nervosas livres, que se encontram nos pés criam um campo eletromagnético que gera uma concentração sanguínea ao redor de determinada área. Quanto maior a concentração de sangue estagnado, mais crônicas e mais graves são as patologias.

11. Reiki

É uma prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Baseado na concepção vitalista de saúde e doença também presente em outros sistemas terapêuticos, considera a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral.

A terapêutica objetiva fortalecer os locais onde se encontram bloqueios - "nós energéticos" - eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, de forma a restabelecer o fluxo de energia vital.

A prática promove a harmonização entre as dimensões físicas, mentais e espirituais. Estimula a energização dos órgãos e centros energéticos. A prática do Reiki, leva em conta dimensões da consciência, do corpo e das emoções, ativa glândulas, órgãos, sistema nervoso, cardíaco e imunológico, auxilia no estresse, depressão, ansiedade, promove o equilíbrio da energia vital.

12. Shantala

É uma prática de massagem para bebês e crianças, composta por uma série de movimentos pelo corpo, que permite o despertar e a ampliação do vínculo cuidador e bebê. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional.

Promove e fortalece o vínculo afetivo, harmoniza e equilibra os sistemas imunológico, respiratório, digestivo, circulatório e linfático. Permite ao bebê e à criança a estimulação das articulações e da musculatura auxiliando significativamente no desenvolvimento motor, facilitando movimentos como rolar, sentar, engatinhar e andar.

13. Terapia Comunitária Integrativa (TCI)

É uma prática de intervenção nos grupos sociais e objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que se a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. É um espaço de acolhimento do sofrimento psíquico, que favorece a troca de experiências entre as pessoas.

A TCI é desenvolvida em formato de roda, visando trabalhar a horizontalidade e a circularidade. Cada participante da sessão é corresponsável pelo processo terapêutico produzindo efeitos individuais e coletivos. A partilha de experiências objetiva a valorização das histórias pessoais, favorecendo assim, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção e da possibilidade de resolução dos problemas.

Está fundamentada em cinco eixos teóricos que são: a Pedagogia de Paulo Freire, a Teoria da Comunicação, o Pensamento Sistêmico, a Antropologia Cultural e a Resiliência. Reforça a autoestima e fortalece vínculos positivos promovendo redes solidárias de apoio e otimizando recursos disponíveis da comunidade, é fundamentalmente uma estratégia integrativa e intersetorial de promoção e cuidado em saúde. Tendo a possibilidade de ouvir a si mesmo e aos outros participantes, a pessoa pode atribuir outros significados aos seus sofrimentos, diminuindo o processo de somatização e complicações clínicas.

14. Yoga

É uma prática que combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. Fortalece o sistema músculo-esquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo. Um conjunto de ásanas (posturas corporais) pode reduzir a dor lombar e melhorar para harmonizar a respiração, são praticados exercícios de controle respiratório denominados de prânâyâmas. Também, preconiza o autocuidado, uma alimentação saudável e a prática de uma ética que promova não-violência.

A prática de Yoga melhora a qualidade de vida, reduz o estresse, diminui a frequência cardíaca e a pressão arterial, alivia a ansiedade, depressão e insônia, melhora a aptidão física, força e flexibilidade geral.

Práticas Integrativas e Complementares Inseridas pela Portaria nº 702/2018 (extraído de: BRASIL, 2018a)

1. Apiterapia

A apiterapia é método integrativo que utiliza os produtos produzidos pelas abelhas em suas colmeias para promoção e manutenção da saúde, e auxílio complementar no tratamento de algumas condições alteradas, praticado desde a antiguidade conforme mencionado por Hipócrates em alguns textos, e em textos chineses e egípcios. Esses produtos são denominados apiterápicos e incluem a apitoxina, a geleia real e o pólen, a própolis, o mel, dentre outros, que compõem categorias diferenciadas. A utilização da apitoxina como prática integrativa e complementar recebe a denominação de apipuntura, quando a estimulação ocorre nos pontos estratégicos do corpo similares aos definidos para a acupuntura, seja pela introdução do próprio ferrão da abelha ou por meio de agulhas apropriadas. Porém, outros modos consistem em aplicação sublingual, subcutânea com agulhas, injeções ou tópicas, com processamento industrializado de doses de apitoxina, o que torna a toxina menos ativa. A apitoxina age como anestésico na pele, com ação da endorfina muito alta, e apesar da dor inicial acaba relaxando a área de aplicação.

Em situações específicas, a apiterapia pode contribuir com o Sistema Único de Saúde principalmente quando analisada comparativamente às melhorias que ela pode proporcionar a alguns pacientes, com economia de gastos da instituição pública por utilizar matéria-prima de baixo custo.

2. Aromaterapia

A aromaterapia é prática terapêutica secular que consiste no uso intencional de concentrados voláteis extraídos de vegetais - os óleos essenciais (OE) - a fim de promover ou melhorar a saúde, o bem-estar e a higiene. Na década de 30, a França e a Inglaterra passaram a adotar e pesquisar o uso terapêutico dos óleos essenciais, sendo

considerada prática integrante da aromaterapia - ciência que estuda os óleos essenciais e as matérias aromáticas quanto ao seu uso terapêutico em áreas diversas como na psicologia, cosmética, perfumaria, veterinária, agronomia, marketing e outros segmentos.

No Brasil, a aromaterapia é reconhecida como uma prática integrativa e complementar com amplo uso individual e/ou coletivo, podendo ser associada a outras práticas como talassoterapia e naturopatia, e considerada uma possibilidade de intervenção que potencializa os resultados do tratamento adotado. Como prática multiprofissional, tem sido adotada por diversos profissionais de saúde como enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, médicos, veterinários, terapeutas holísticos, naturistas, dentre outros, e empregada nos diferentes setores da área para auxiliar de modo complementar a estabelecer o reequilíbrio físico e/ou emocional do indivíduo.

Somados todos os fatos apresentados, a aromaterapia pode contribuir com o Sistema Único de Saúde, agregando benefícios ao paciente, ao ambiente hospitalar e colaborando com a economia de gastos da instituição pública por utilizar matéria-prima de custo relativamente baixo, principalmente quando analisada comparativamente às grandes vantagens que ela pode proporcionar.

3. Bioenergética

A bioenergética é uma visão diagnóstica que, aliada a uma compreensão etiológica do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, por exemplo, e movimentos sincronizados com a respiração. Trabalha o conteúdo emocional por meio da verbalização, da educação corporal e da respiração, utilizando exercícios direcionados a liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos. Propõe a interação homem-corpo-emoção-razão, sendo conduzida a partir da análise desses componentes por meio de conceitos fundamentais (couraça muscular, anéis ou segmentos da couraça muscular) e técnicas corporais (grounding, respiração e massagem).

A bioenergética considera que o corpo é capaz de traduzir, em linguagem não verbal, as suas necessidades, por meio de simbolismos ou sintomas apresentando uma memória celular que registra experiências e reage a estes padrões.

Desta forma, torna-se possível “ler” no corpo, também, as resistências e defesas do indivíduo, uma vez que ele revela expressões emocionais vividas até o momento. Este tipo de defesa, reconhecida como uma couraça, atua tanto na proteção do indivíduo contra ações externas e experiências traumatizantes, quanto na diminuição, de forma gradual, da espontaneidade nas relações humanas, da capacidade de auto percepção, da sensibilidade para o amor, do afeto e compaixão, bem como, dificulta a respiração plena e profunda.

A bioenergética pode contribuir com o Sistema Único de Saúde ao proporcionar ao paciente condições de liberar tensões, facilitar a expressão, favorecer o autoconhecimento e promover uma vida mais saudável.

4. Constelação Familiar

A constelação familiar é uma técnica de representação espacial das relações familiares que permite identificar bloqueios emocionais de gerações ou membros da família. Desenvolvida nos anos 80 pelo psicoterapeuta alemão Bert Hellinger, que defende a existência de um inconsciente familiar - além do inconsciente individual e do inconsciente coletivo - atuando em cada membro de uma família. Hellinger denomina "ordens do amor" às leis básicas do relacionamento humano - a do pertencimento ou vínculo, a da ordem de chegada ou hierarquia, e a do equilíbrio - que atuam ao mesmo

tempo, onde houver pessoas convivendo. Segundo Hellinger, as ações realizadas em consonância com essas leis favorece que a vida flua de modo equilibrado e harmônico; quando transgredidas, ocasionam perda da saúde, da vitalidade, da realização, dos bons relacionamentos, com decorrente fracasso nos objetivos de vida.

A constelação familiar é uma abordagem capaz de mostrar com simplicidade, profundidade e praticidade onde está a raiz, a origem, de um distúrbio de relacionamento, psicológico, psiquiátrico, financeiro e físico, levando o indivíduo a um outro nível de consciência em relação ao problema e mostrando uma solução prática e amorosa de pertencimento, respeito e equilíbrio.

A constelação familiar é indicada para todas as idades, classes sociais, e sem qualquer vínculo ou abordagem religiosa, podendo ser indicada para qualquer pessoa doente, em qualquer nível e qualquer idade, como por exemplo, bebês doentes são constelados através dos pais.

5. Cromoterapia

A cromoterapia é prática terapêutica que utiliza há milênios as cores no tratamento de doenças, sendo utilizada pelo homem desde as antigas civilizações, e atua do nível físico aos mais sutis com o objetivo de harmonizar o corpo. Antigamente, o uso terapêutico era realizado principalmente através da luz solar, pela forte crença no seu potencial de cura.

A partir das abordagens dos distintos sistemas complexos das medicinas tradicionais, as cores em suas frequências podem ser utilizadas para neutralizar as condições excessivas do corpo e restabelecer a saúde, podendo serem utilizadas em regiões específicas do corpo, como os centros de força, pontos de acupunturas ou marmas, em consonância com o desequilíbrio identificado no indivíduo. Na concepção cromoterápica, o conceito de complementaridade embasa os efeitos positivos das cores sobre as disfunções de um órgão que, quando hiper estimulado, possui vibrações energéticas de vermelho (e podem ter os movimentos neutralizados e a expansão exagerada pelo tratamento cromoterápico com azul) ou, quando retraído, com funções diminuídas, energeticamente atuando na vibração do azul, pode ser estimulado pelo vermelho.

A cromoterapia, por intermédio das cores, procura estabelecer e restaurar o equilíbrio físico e energético, promovendo a harmonia entre corpo, mente e emoções, pois o desvio da energia vibratória do corpo é responsável por desencadear patologias. Pode ser trabalhada de diferentes formas: por contato, por visualização, com auxílio de instrumentos, com cabines de luz, com luz polarizada, por meditação.

Entre as possibilidades terapêuticas utilizadas pelos profissionais de saúde, a cromoterapia se enquadra como um recurso, associado ou não a outras modalidades (geoterapia, reflexologia, aromaterapia, imposição de mãos etc.), demonstrando resultados satisfatórios.

6. Geoterapia

A geoterapia é prática que contribui com ampliação e melhoramentos nos sistemas de abordagem integrativa, em intervenções clínicas. Prática milenar e de utilização variada pelos povos antigos, alterna desde embalsamentos, conservação de alimentos, tratamentos, manutenção da saúde, até fins estéticos. Tratados antigos mencionam que as argilas eram prescritas para tratamentos de enfermidades e preservação da saúde, destacando grande emprego em casos de doenças osteomusculares, processos inflamatórios, lesões dérmicas, cicatrização de ferimentos, entre outros.

A geoterapia é prática relativamente simples, na qual a argila (cor selecionada de acordo com o objetivo de tratamento) é diluída em água e manipulada até formar um material homogêneo, de textura colóide para ser aplicada no corpo. Essa massa de argila é rica em elementos minerais e estruturas cristalográficas que permitem reações bioquímicas e vibracionais nos tratamentos de saúde. As reações bioquímicas são amplamente discutidas e fundamentadas pela presença de elementos minerais que cada tipo de argila compõe, do tipo de água utilizada para diluição, tempo de contato com pele, temperatura etc. As reações vibracionais, somadas ao contexto anterior, são resultantes da carga elétrica gerada pelas estruturas cristalinas que a formam a argila, instituindo assim, cristalografia como parte integrante da geoterapia.

As possibilidades de aplicação são muitas podendo ser utilizada de modo associado a outras terapias como reflexoterapia, auriculoterapia, massoterapia, fitoterapia, florais, cromoterapia, entre outras, possibilitando ampla atuação nos processos terapêuticos e atendendo as necessidade dos usuários. É um recurso que tem história bem definida, não invasiva, segura e com relatos clínicos de eficácia apresentado em estudos antigos e atuais, passível de incorporar benefícios ao Sistema Único de Saúde.

7. Hipnoterapia

A hipnoterapia é um conjunto de técnicas que, por meio de intenso relaxamento, concentração e/ou foco, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permita alterar uma ampla gama de condições ou comportamentos indesejados como medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas. Pode favorecer o autoconhecimento e, em combinação com outras formas de terapia, auxilia na condução de uma série de problemas.

Em 1993, a hipnoterapia foi definida pela American Psychological Association (APA) como procedimento através do qual um profissional de saúde conduz o indivíduo a experimentar sensações, mudanças, percepções, pensamentos ou comportamentos, com o seu uso indicado em diversas condições como transtornos depressivos, ansiedade, neurose depressiva, depressão, baseado em estudos anteriores. Estudos atuais indicam a terapia por hipnose como um tratamento eficaz e relevante na depressão. Algumas revisões de literatura realizadas identificaram artigos, abrangendo populações distintas, nas quais a maioria das pessoas acredita que a hipnoterapia é benéfica, pode melhorar habilidades, especialmente a memória, e consideraria seu uso em circunstâncias adequadas.

Alguns setores de saúde adotam regularmente esta prática em seus protocolos de atendimento, como a odontologia, a psicologia, a fisioterapia, a enfermagem, dentre outras.

8. Imposição de Mãos

A imposição de mãos é prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano auxiliando no processo saúde-doença. Sem envolvimento de outros recursos (remédios, essências, aparelhos) faz uso da capacidade humana de conduzir conscientemente o fluxo de energias curativas multidimensionais para dentro do corpo humano e dos seus sistemas energéticos físicos e espirituais a fim de provocar mudanças terapêuticas.

A maioria das formas de cura pela imposição das mãos envolve de fato o posicionamento das mãos sobre ou próximo ao corpo da pessoa para transferência de energia do agente de cura para o paciente. Essa prática fundamenta-se no princípio de que a energia do campo universal sustenta todos os tipos de organismos vivos e que

este campo de energia universal tem a ordem e o equilíbrio como base. No estado de saúde, esta energia universal flui livremente dentro, através e fora do campo de energia humano promovendo equilíbrio. Na doença, o fluxo de energia pode estar obstruído, desorganizado ou em desequilíbrio.

Os conceitos da energia essencial da vida receberam vários nomes em diferentes partes do mundo e fazem parte de sistemas médicos milenares: na Índia, a palavra em sânscrito para energia vital é prana; na China, essa energia é descrita fluindo através de uma rede não física de meridianos, é chamada de qi ou ch'i; e no antigo Egito é denominado ká. Prática tradicional de saúde de uso integrativo e complementar a outras práticas e/ou terapias de saúde.

9. Ozonioterapia

A ozonioterapia é prática integrativa e complementar de baixo custo, segurança comprovada e reconhecida, que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica, já utilizada em vários países como Itália, Alemanha, Espanha, Portugal, Rússia, Cuba, China, entre outros, há décadas.

Há algum tempo, o potencial terapêutico do ozônio ganhou muita atenção através da sua forte capacidade de induzir o estresse oxidativo controlado e moderado quando administrado em doses terapêuticas precisas. A molécula de ozônio é molécula biológica, presente na natureza e produzida pelo organismo sendo que o ozônio medicinal (sempre uma mistura de ozônio e oxigênio), nos seus diversos mecanismos de ação, representa um estímulo que contribui para a melhora de diversas doenças, uma vez que pode ajudar a recuperar de forma natural a capacidade funcional do organismo humano e animal.

Alguns setores de saúde adotam regularmente esta prática em seus protocolos de atendimento, como a odontologia, a neurologia e a oncologia, dentre outras.

10. Terapia de Florais

A terapia de florais é uma prática complementar e não medicamentosa que, por meio dos vários sistemas de essências florais, modifica certos estados vibratórios auxiliando a equilibrar e harmonizar o indivíduo. O pioneiro das essências florais foi o médico inglês Edward Bach que, na década de 1930, inspirado nos trabalhos de Paracelso, Hahnemann e Steiner, adota a utilização terapêutica da energia essencial - energia sutil - de algumas flores silvestres que cresciam sem a interferência do ser humano, para o equilíbrio e harmonia da personalidade do indivíduo, reatando laços com a tradição alquímica de Paracelso e Hildegard Von Bingen, numa nova abordagem da saúde.

As essências florais são extratos líquidos naturais, inodoros e altamente diluídos de flores que se destinam ao equilíbrio dos problemas emocionais, operando em níveis sutis e harmonizando a pessoa internamente e no meio em que vive. São preparadas a partir de flores silvestres no auge da floração, nas primeiras horas da manhã, quando as flores ainda se encontram úmidas pelo orvalho, obtidas através da colheita de flores extraídas de lugares da natureza que se encontram intactos. A essência floral que se origina da planta em floração atua nos arquétipos da alma humana, estimulando transformação positiva na forma de pensamento e propiciando o desenvolvimento interior, equilíbrio emocional que conduz a novos comportamentos. Não é fitoterápico, não é fragrância, não é homeopatia, não é droga.

Pode ser adotado em qualquer idade, não interferindo com outros métodos terapêuticos e/ou medicamentos, potencializando-os. Os efeitos podem ser observados de imediato, em indivíduos de maior sensibilidade.

Medicina Antroposófica (ver também Portaria 1600/2006)

Inicialmente integrado ao SUS, pela PNPIC, como Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS, articulação institucional voltada para o desenvolvimento de metodologias apropriadas ao acompanhamento e à avaliação de experiências em medicina antroposófica presentes no SUS, bem como ao monitoramento desses serviços e à divulgação dos resultados, envolveu as três esferas de gestão no SUS em sua articulação. Agora, passa a integrar formalmente o rol de PICS institucionalizadas no Sistema.

A Medicina Antroposófica (MA) foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos e apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Considerada uma abordagem terapêutica integral com base na antroposofia, avalia o ser humano a partir dos conceitos da trimembração, quadrimembração e biografia, oferecendo cuidados e recursos terapêuticos específicos. Atua de maneira integrativa e utiliza diversos recursos terapêuticos para a recuperação ou manutenção da saúde, conciliando medicamentos e terapias convencionais com outros específicos de sua abordagem.

Na abordagem interdisciplinar de cuidados, os diferentes recursos terapêuticos ofertados envolvem:

- terapia medicamentosa: recurso de base antroposófica em que, de acordo com o diagnóstico individualizado, são prescritos medicamentos antroposóficos ou, em alguns casos, alopáticos;
- aplicações externas: uso de substâncias ou de toques na pele - orientado por conhecimentos antroposóficos - que exerce efeito terapêutico, propiciando a absorção de princípios medicamentosos e a cura endógena. Utiliza substâncias como chás medicinais, emulsões de plantas, pomadas de metais ou vegetais, óleos essenciais e raízes de plantas. Banho medicinal, cataplasma, compressa, enfaixamento, escalda-pés, fricção e massagem são exemplos de aplicação externa;
- banhos terapêuticos: Técnica de base antroposófica que utiliza o banho como recurso complementar na promoção da saúde e pode ocorrer com ou sem uso de calor ou de substâncias, como óleos essenciais, emulsão de plantas e chás. Pode ser de escova, de fricção, de assento, entre outros, e obedece a uma sequência rítmica, respeitando-se um período de repouso após o banho.
- massagem rítmica: técnica de base antroposófica que utiliza movimentos rítmicos para manipulação dos tecidos corporais, atuando de forma terapêutica;
- terapia artística: prática expressiva que utiliza elementos artísticos (como cor, forma, volume, luz e sombra) na realização de exercícios específicos, orientados e acompanhados por terapeuta artístico antroposófico - de maneira individualizada, em função dos objetivos do tratamento - visando melhorar a vitalidade, a criatividade, a resiliência e, por consequência, a recuperação do equilíbrio entre corpo e alma na promoção da saúde. As modalidades mais frequentes incluem exercícios com aquarela aplicando pigmentos naturais; desenho de formas; modelagem em argila; ou desenho com carvão;
- euritmia: prática corporal de base antroposófica, com movimentos associados a fonemas - representam sons primordiais - que induzem efeitos anabolizantes, relaxantes ou desintoxicantes, em função harmonizadora e que não apresenta contraindicação ou efeito colateral.
- quirofonética: técnica terapêutica de base antroposófica na qual o terapeuta quirofonético entoia sons da própria fala (vogais, consoantes, versos) enquanto realiza

deslizamentos manuais pelo corpo do paciente, para despertar as forças internas de regeneração da saúde. O toque corporal na quirofonética obedece a movimentos específicos realizados especialmente nas costas, braços e pernas e, em geral, com o auxílio de óleos medicinais. Foi desenvolvida pelo médico alemão Alfred Baur, em 1972, e pode ser aplicada em diversas situações de adoecimento físico, psíquico ou deficiências motoras e cognitivas;

- cantoterapia: prática expressiva que utiliza a atividade artística do canto, por meio de exercícios musicais, para atuar sobre o corpo e a emoção, estimulando e propiciando uma forma de autoconhecimento e fortalecimento do eu. Auxilia a destravar emoções reprimidas, trabalhando numa perspectiva de melhorar os aspectos psicológicos e corporais do indivíduo.

- terapia biográfica: técnica de aconselhamento de base antroposófica na qual, orientado pelo terapeuta, o indivíduo revê sua própria biografia para perceber o que pode estar bloqueando seu desenvolvimento pessoal e identificar as possibilidades de transformação.

ANEXO B

Parecer de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO BRASILEIRO: ANÁLISE DE UMA REDE SOCIOTÉCNICA

Pesquisador: AISLAN VIEIRA DE MELO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 15544119.9.0000.0021

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.678.367

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa consiste em uma análise de políticas públicas em saúde. A pesquisa busca fornecer subsídios para melhor compreensão e planejamento dos processos de implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) como política de saúde pública brasileira.

O objetivo geral consiste em compreender como está sendo o processo de implementação das práticas integrativas e complementares (PICs) no município de Campo Grande-MS.

A coleta de dados será realizada através de entrevistas com 30 participantes no âmbito de:

- 1) Gestores (secretários municipais de saúde ou pessoas por eles designadas; responsáveis pelas áreas de PICs na rede municipal de saúde, se houver; diretores de unidades de atendimento ou pessoas por eles designadas); profissionais de saúde que atuam com PICs nas unidades de atendimento (incluindo os assistentes sociais).
- 2) Havendo intersetorialidade: secretários de outras áreas do executivo municipal ou pessoas por eles designadas, diretores de unidades municipais de atendimento de áreas onde haja oferta de PICs, profissionais que atuam com PICs nestas unidades;
- 3) Representantes de entidades de classe (Conselhos Regionais ou associações), representantes de Instituições de ensino (Diretores de unidades, coordenadores de curso, professores responsáveis por disciplinas), outras pessoas que se mostrarem como atores importantes como, membros de conselhos de saúde, políticos, etc.

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 3.678.367

Alem das entrevistas, serao feitas observacoes dos locais onde ocorrem a oferta das PICs. Tambem serao acessadas informacoes obtidas de documentos relacionados as PICs: politicas publicas; portarias; instrucoes e similares de orgaos governamentais ou nao; projetos de cursos de instituicoes de ensino ou que oferecam formacao em PICs ou areas da saude; dados informacionais da SESAU relacionados a atendimentos, locais de oferta e profissionais; relatorios da SESAU.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender como esta sendo o processo de implementacao das praticas integrativas e complementares (PICs) no municipio de Campo Grande-MS, produzindo informacoes e analises qualitativas regionais, para auxiliar na compreensao e no planejamento da insercao dessas praticas no Sistema Unico de Saude local e nacional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador avalia os riscos e beneficios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa pode contribuir para melhorar a compreensao e planejamento dos processos de implementacao da Politica Nacional de Praticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) como politica de saude publica brasileira.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresenta:

- TCLE.
- Autorizacao da SESAU.
- Roteiro inicial de perguntas orientadoras nas entrevistas com gestores municipais de saude. - Termo de compromisso para utilizacao de informacoes de banco de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador atendeu às pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 3.678.367

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1370570.pdf	04/10/2019 19:12:53		Aceito
Outros	documento_facilitadorII.pdf	04/10/2019 19:10:59	AISLAN VIEIRA DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEVIII.pdf	04/10/2019 19:06:17	AISLAN VIEIRA DE MELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoAislanIII.pdf	04/10/2019 19:05:06	AISLAN VIEIRA DE MELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAislanII.pdf	03/08/2019 18:31:16	AISLAN VIEIRA DE MELO	Aceito
Outros	Doc_facilitador_reanalise_pos_parecer1.pdf	03/08/2019 18:28:55	AISLAN VIEIRA DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	03/08/2019 18:12:13	AISLAN VIEIRA DE MELO	Aceito
Outros	roteiroperguntas.pdf	08/06/2019 16:24:44	AISLAN VIEIRA DE MELO	Aceito
Outros	resolucaocolegiado.pdf	08/06/2019 16:24:05	AISLAN VIEIRA DE MELO	Aceito
Outros	UsoBancodedados.pdf	08/06/2019 16:23:02	AISLAN VIEIRA DE MELO	Aceito
Outros	sesau.pdf	08/06/2019 16:21:11	AISLAN VIEIRA DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/06/2019 16:17:39	AISLAN VIEIRA DE MELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisaAislanVMelo.pdf	08/06/2019 16:17:08	AISLAN VIEIRA DE MELO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	08/06/2019 16:16:32	AISLAN VIEIRA DE MELO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 3.678.367

CAMPO GRANDE, 01 de Novembro de 2019

Assinado por:
Fernando César de Carvalho Moraes
(Coordenador(a))

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br

ANEXO C

Resolução de aprovação do projeto de pesquisa pela Coordenação do Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

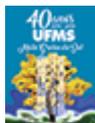


RESOLUÇÃO Nº 151, DE 10 DE MAIO DE 2019.

A PRESIDENTE DO COLEGIADO DE CURSO DOS CURSOS DE MESTRADO E DOUTORADO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE da Faculdade de Medicina da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no uso de suas atribuições legais, resolve, **ad referendum**:

Aprovar o Projeto de Pesquisa, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, intitulado: **“PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO BRASILEIRO: ANÁLISE DE UMA REDE SOCIOTÉCNICA”** sob a responsabilidade do aluno de Doutorado **AISLAN VIEIRA DE MELO, RGA 201800475**, e orientação do Prof. **Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos**.

ALEXANDRA MARIA ALMEIDA CARVALHO



Documento assinado eletronicamente por **Alexandra Maria Almeida Carvalho, Presidente de Colegiado**, em 16/05/2019, às 10:44, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1239648** e o código CRC **1F6DFD64**.

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE

Av Costa e Silva, s/nº - Cidade Universitária

Fone:

CEP 79070-900 - Campo Grande - MS

Referência: Processo nº 23104.001312/2019-96

SEI nº 1239648



ANEXO D

Termo de parceria e Termo de responsabilidade e autorização para realização de pesquisa na área da saúde, firmada com a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, Mato Grosso do Sul



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
 - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
 - Contato (telefone e e-mail);
 - Nome do projeto;
 - Objetivos;
 - Metodologia completa;
 - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

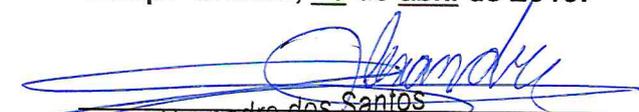
Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

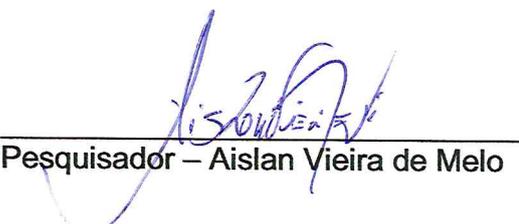
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande, 23 de abril de 2019.


José Alexandre dos Santos
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência Educação Permanente
Divisão Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação
SGTE/SESAU/CG/MS


Pesquisador – Aislan Vieira de Melo



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza pesquisa proposta pelo pesquisador, Aislan Vieira de Melo, inscrito no CPF/MF sob nº 285.992.018-83, portador do documento de identidade sob nº 30.729.730-5 SSP/SP, residente e domiciliado à Avenida Rita Vieira de Andrade, nº 658, ap. 135 Torre 5, bairro Rita Vieira, nesta Capital, telefone nº (67) 9.9843.0209, pesquisador do Curso de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste– nível de Doutorado – da Faculdade de Medicina, da instituição Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, com o título do projeto de pesquisa Práticas Integrativas e Complementares no Sistema de Saúde Público Brasileiro: Análise de uma Rede Sociotécnica, o pesquisador firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

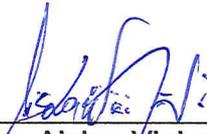
Fica advertido de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

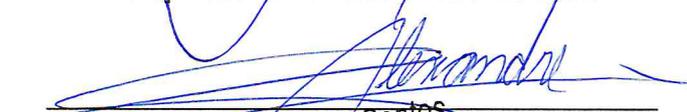
Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande, 23 de abril de 2019.



Pesquisador – Aislan Vieira de Melo



Secretaria Municipal de Saúde
José Alexandre Santos
Gerência Educação Permanente
Divisão Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação
SGTE/SESAU/CG/MS