

# Kelen Cerqueira



Vamos Implementar as PICs?



Políticas e Oportunidades

Copyright © Kelen Cerqueira, 2024

**Editora Textos** [desde 2005]

Email: editoratextos@gmail.com

www.editoratextos.com.br

Pelotas, RS

Os dados e a completude das referências são de inteira e única responsabilidade da autora.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Cerqueira, Kelen

Vamos implementar as PICS? [livro eletrônico] : políticas e oportunidades / Kelen Cerqueira. -Pelotas, RS : Editora Textos, 2024.  
PDF

Bibliografia.

ISBN 978-65-999045-3-0

1. Medicina integrativa 2. Políticas públicas Brasil 3. Saúde pública  
I. Título.

24-203280

CDD-362.10981

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Brasil : PICS : Práticas integrativas e complementares em saúde: Saúde pública  
362.10981

Tábata Alves da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9253

# Sobre a Autora



Kelen Cerqueira possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas (2003), Pós-Graduação em Saúde Pública pela Universidade Católica de Pelotas (2008), Mestre em Ciência Política pela Universidade Federal de Pelotas (2013).

Atuou como docente da Universidade Católica de Pelotas. Atualmente, é preceptora de alunos da graduação do curso de Medicina e de médicos residentes do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Pelotas.

Coordena o Programa de Práticas Integrativas e Complementares da Universidade Federal de Pelotas e o projeto PICS Areal Leste da UFPel. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: Atenção Primária à Saúde; Implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Auriculoterapia e fitoterapia no Sistema Único de Saúde



Ao meu filho Bruno,  
motivo da minha  
existência, por ti me  
construo e reconstruo.  
Te amo até o infinito,  
filho!

# Agradecimentos



A Saúde Pública, especialidade médica em que atuei nos últimos vinte anos, me fez aprender a trabalhar com adversidades diariamente e, assim, tentar incessantemente buscar maneiras de oferecer aos meus pacientes as melhores formas de cuidados dentro do sistema público de saúde. Foi durante esta busca que me deparei com as Práticas Integrativas e Complementares em saúde - as PICS - e através delas vivenciei, junto com os que eu assisto, a minha realização profissional com a integração da Medicina Convencional e outras formas de cuidado, capazes de considerar o ser em seu contexto físico, mental e espiritual.

# Agradecimentos

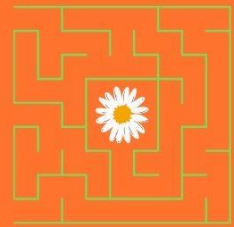


Sendo assim, a oportunidade de fazer um mestrado em Ciência Política, abordando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde é motivo de minha eterna gratidão a todos que me auxiliaram a chegar neste momento: ao meu filho, meu agradecimento pelo carinho e incentivo sempre; aos meus pais, pelo incentivo; à minha grande amiga Sandra Levien, por sempre me apoiar nos momentos mais difíceis; à minha amiga Cleusa Jacotett, por ter me incentivado a iniciar esta caminhada; à minha amiga Clarice Abitante, por ter sido a grande incentivadora do Projeto de Extensão PICS UFPeI/ Areal Leste, que foi idealizado a partir dos conhecimentos produzidos por este trabalho de pesquisa; à minha orientadora, profa. Silvana Schimanski, por me orientar com tanta propriedade, retidão e doçura. Obrigada por se tornar um exemplo para mim.

# Agradecimentos



Ao Dr. Marcos Pedrosa, diretor do Departamento de Gestão do Cuidado Integral na Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, que generosamente nos prestigiou com sua disponibilidade para contribuir de forma tão significativa com a realização deste trabalho; ao Alpheu Ferreira do Amaral Júnior, que atua como Especialista em Saúde na Secretaria Estadual de Saúde, na área técnica da Política Estadual de PICS/RS, por todas as suas considerações decisivas à compreensão da PEPIC/RS; a todos os meus professores do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política por todo o empenho e dedicação, em especial à profa. Etiene Villela Marroni, que tanto nos contagia com seu amor pela docência.



# Lista de Siglas

- ABCDH Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas Homeopatas
- ABFH Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas
- ABMA Associação Brasileira de Medicina Antroposófica
- AMBA Associação Médica Brasileira de Acupuntura
- AMHB Associação Médica Homeopática Brasileira
- AMRO Escritório Regional da OMS para as Américas
- ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APS Atenção Primária à Saúde
- ASSOCIOFITO Associação Nacional de Fitoterapia em Serviços Públicos
- BRICS Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
- CABSIN Consórcio Acadêmico de Saúde Integrativa
- CEBRAP Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
- CEPIC Comissão de Elaboração da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
- CFM Conselho Federal de Medicina
- CIB Comissão Intergestores Bipartite
- CIPIC Comissão Interssetorial de PICS
- CIPLAN Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
- CIT Câmara Intergestora Tripartite
- CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde







# Prefácio

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) abrangem conhecimentos ancestrais sobre cuidados. Representam o reconhecimento da existência dos múltiplos fazeres e saberes, que por anos, ficaram à margem das discussões sobre políticas públicas de saúde. Tais políticas, quando orientadas pelas práticas da medicina ocidental ou biomedicina, tendem a ignorar a importância da integralidade do ser humano, deixando de considerar suas dimensões físicas, emocionais e espirituais, essenciais para uma abordagem completa dos cuidados de saúde.

No contexto da Organização Mundial da Saúde, adota-se a distinção conceitual entre a Medicina Tradicional e a Medicina Complementar. Enquanto a medicina tradicional é aquela baseada nos conhecimentos históricos e culturais de uma nação, a medicina complementar refere-se a um amplo conjunto de práticas de cuidados que não se inserem na medicina convencional, mas podem fazer parte da tradição de um

país. Desse modo, são práticas utilizadas de forma complementar às terapias médicas convencionais, com a intenção de contribuir para o cuidado de todas as dimensões do indivíduo.

Nos distintos níveis políticos, um dos maiores desafios reside em encontrar um equilíbrio entre as perspectivas dos diversos agentes políticos envolvidos, que incluem os usuários, profissionais da saúde, associações profissionais, instituições de ensino e pesquisa em saúde e formuladores de políticas. Enquanto alguns grupos destacam os benefícios das práticas em termos de respeito e reconhecimento das crenças individuais, outros expressam críticas contundentes em relação à sua eficácia, questionando, assim, a sua inclusão nos sistemas de saúde públicos.

Por um lado, as discussões sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no contexto contemporâneo, revelam a necessidade de mais estudos científicos para compreender os conhecimentos e práticas associados a elas. Ao mesmo tempo, essas discussões estimulam uma reflexão crucial sobre as limitações dos métodos científicos em validar esses conhecimentos. Algumas práticas ainda desafiam o

paradigma científico moderno, resultando em eficácia que não pode ser plenamente comprovada. Alheio às considerações políticas ou acadêmicas, relatórios internacionais destacam o crescente interesse dos usuários pelas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Essa demanda crescente sugere que a procura por cuidados que reconheçam a complexidade multidimensional do ser humano é percebida de forma positiva, especialmente no âmbito da prevenção e no manejo de diferentes condições patológicas.

A presente obra oferece uma contribuição substancial aos debates sobre os desafios das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no âmbito das políticas públicas de saúde. Ao longo da obra, a pesquisadora reconhece a globalidade do tema, ao mesmo tempo em que resgata elementos locais cruciais, pavimentando caminhos para avanços no entendimento dos desafios enfrentados pelas PICS dentro do contexto das políticas públicas de saúde.

Pelotas, outono de 2024

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvana Schimanski

Doutora em Relações Internacionais pela Universidade de Brasília

# Sumário

Introdução | 15

**1** A Internacionalização das Políticas Públicas | 26

**2** As PICs no Contexto da Governança Global | 33

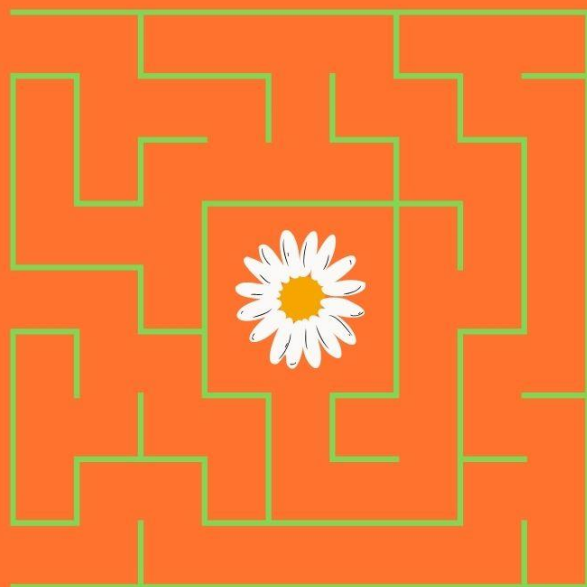
**3** A Política Nacional de Práticas Integrativas e  
Complementares de Saúde (PNPICS) | 69

**4** A Política Estadual de Práticas Integrativas e  
Complementares do Rio Grande do Sul  
(PEPIC/RS) | 103

Considerações Finais | 139

Referências | 159

PICS | 176



# Introdução

Esta obra objetiva analisar os desafios relacionados às Práticas Integrativas e Complementares à Saúde (PICS) e os desafios presentes nos três diferentes níveis políticos: internacional, nacional e estadual, considerando a Organização Mundial da Saúde (OMS), focando no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul. Busca entender os mecanismos para superar tais desafios, a fim de que tais práticas sejam, cada vez mais, conhecidas e acessíveis a todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Brasil, em 1988, passou por uma radical reforma sanitária com a criação do SUS, através dos artigos nº 196 e nº 198 da Constituição Brasileira, regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8080/90. Nesse contexto, o conceito de saúde foi ampliado, adotando uma concepção mais extensa para a compreensão do processo de cuidar<sup>1</sup> e dos cuidados da saúde (Brasil, 1988).

---

<sup>1</sup> Cuidado em saúde é uma ação integral, voltada para a compreensão de saúde como o direito de ser. Significa ter cuidado com as diferenças, respeitando as relações de etnias, gênero e raça, dos sujeitos que são portadores de deficiências, patologias e necessidades específicas. Pensar em direito de ser é garantir acesso a outras práticas terapêuticas, permitindo ao usuário participar ativamente da decisão sobre a melhor tecnologia médica a ser utilizada por ele (Pinheiro, 2009, n.p.).



Através da criação do SUS conquistou-se o maior sistema de saúde pública universal do mundo (SAMPAIO, 2019). A Carta Magna brasileira determina que é dever do Estado garantir a saúde para todos os cidadãos. Isso deve ser feito por meio de políticas sociais e econômicas voltadas para a redução do risco de doença e outros agravos, assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988).

No processo de consolidação do SUS foram desenvolvidas importantes políticas públicas, dentre as quais a **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC)**, publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, através da Portaria GM/MS nº 971. A PNPIC é uma política de inclusão terapêutica, favorecendo a complementaridade e diversificando as opções de cuidado em saúde (ANDRADE, 2006). Conforme Freitag e Badke (2019), as **Práticas Integrativas e Complementares na Saúde (PICS)** correspondem aos recursos de tratamento com caráter multiprofissional, buscando estimular mecanismos naturais para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Tais práticas fundamentam o

cuidado nas necessidades individuais de cada paciente em sua multidimensionalidade: física, emocional e espiritual.

No Brasil, 29 dessas práticas são reconhecidas pelo Ministério da Saúde, dentre elas: Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Antroposofia e Termalismo (reconhecidas em 2006); Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (reconhecidas em 2017); Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais (com reconhecimento em 2018) (Brasil, 2018; Brasil, 2022).

O Ministério da Saúde informa que “[...] o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, de forma integral e gratuita, 29 procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) à população” (Brasil, 2022, n.p.). As informações no sítio web do Ministério indicam que tais atendimentos iniciam na rede de Atenção Básica à Saúde e que evidências científicas têm apontado para os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e práticas integrativas e complementares,

destacando que tais práticas não substituem tratamentos convencionais (biomédicos).

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são conhecidas, na literatura internacional, como medicinas alternativas e complementares (*Complementary and Alternative Medicine*) ou medicina tradicional (*Traditional Medicine*) (Choi, 2009; Gale; Mchale, 2015; Brasil, 2018). A nomenclatura da política, adotada no Brasil, reconhece como o conjunto de práticas e conhecimentos não inseridos na medicina convencional ou Biomedicina (Brasil, 2018).

Choi (2009) descreve que, nos países com sistemas de cuidados em saúde baseados na medicina ocidental, ou onde a medicina tradicional não foi incorporada, os termos como medicina alternativa, complementar ou não-convencional são utilizados. Gale e McHale (2015) apontam que a medicina ocidental tem dominado os diferentes sistemas de saúde do mundo, de forma que termos como tradicional, complementar e alternativas são utilizados para descrever outros sistemas, práticas e produtos de cuidados em saúde.

No sistema de saúde brasileiro, existem registros de PICS desde a década de 1980 (Brasil, 2006). De acordo

com as informações do Ministério da Saúde: “[...] esse fato ocorreu após a Declaração de Alma-Ata, em 1978, consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, alcançando um espaço legítimo de visibilidade nas demandas e necessidades da população por uma nova cultura de saúde [...]” (Brasil, 2022, n.p).

Assim, desde o evento de Alma-Ata em 1978, na 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, a OMS vem incentivando seus Estados membros a desenvolverem políticas que incluam as PICS em seus sistemas públicos de saúde. (Declaração de Alma-Ata 1978; Brasil, 2018). O parágrafo VII da Declaração sobre os cuidados primários em saúde prevê:

[...] baseiam-se, em níveis local e de encaminhamento, **aos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais,** conforme seja necessário, convenientemente **treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde** e para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade. (Declaração de Alma-Ata, 1978, p. 2, grifo nosso).

Na visão de Choi (2009), o papel das práticas tradicionais foi descrito na Declaração de Alma-Ata, reconhecendo a necessidade do trabalho com equipes multidisciplinares de saúde, envolvendo desde médicos,

enfermeiras, auxiliares e outras práticas terapêuticas, para responder às necessidades de saúde expressas da comunidade.

No Brasil, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi deliberada a implantação de práticas alternativas de assistência à saúde. Em 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) determinou diretrizes para o atendimento com o uso de Homeopatia, Acupuntura, Termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e Fitoterapia (Brasil, 2018).

Passados alguns anos, foram estabelecidos grupos de trabalho que publicaram documentos, relatórios e diretrizes para os membros da OMS, no sentido de contribuir com informações e ampliar as discussões, tanto sobre as práticas em si, quanto sobre o status legal das práticas tradicionais, complementares ou alternativas. A primeira estratégia global foi publicada no ano de 2002, para o período de 2002-2005, após extenso processo de consultas a diversos atores. Atualmente, está em vigência a estratégia 2014-2023, que reconhece avanços e experiências alcançados durante a implementação da estratégia de 2002-2005. Nesse sentido, a Organização

tem assumido um importante papel na difusão sobre a temática ao redor do planeta. (WHO, 2001; 2002; 2004; 2013).

No mundo, observa-se um aumento significativo no interesse da população pelas PICS. Segundo a OMS, mais de 70% da população mundial depende dessas práticas como atenção primária. Nos países desenvolvidos verificou-se um crescimento desse modelo de cuidado, no qual mais de 100 milhões de europeus e um número expressivo de pessoas concentradas na África, Ásia, Austrália e Estados Unidos da América são usuárias de PICS. Atribuiu-se tal crescimento ao elevado número de enfermidades crônicas e ao aumento dos custos dos serviços de saúde, levando a população a buscar outras formas de tratamento; insatisfação com a terapêutica biomédica; interesse por um cuidado holístico e preventivo às doenças e à procura por tratamentos que ofereçam qualidade de vida quando a cura não for possível (Contatore, 2015).

No Brasil, ocorreu um aumento do interesse acadêmico pelo tema, a partir da década de 1990. Constatou-se que nos últimos 17 anos, desde a criação da

PNPICS, os estudos sobre esta temática buscavam elucidar as dificuldades enfrentadas na implantação e implementação da política no Brasil. O mais recente relatório de monitoramento das PICS (Brasil, 2018; 2020), demonstrou que sua implantação vem ocorrendo de forma bastante heterogênea nas diferentes regiões brasileiras, justificando o objetivo das pesquisas realizadas, ou seja, determinar os desafios relativos à implementação desta política pública.

Ao redor do mundo, a implementação das PICS é um desafio. O progresso das últimas décadas acerca da implementação das práticas sobre medicina tradicional e complementar vem sendo monitorado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O relatório mais recente demonstrou que, cada vez mais os países reconhecem o papel de tais práticas nos seus sistemas nacionais de saúde, destacando que, até 2018, 98 membros da OMS haviam desenvolvido políticas nacionais, 109 lançaram leis nacionais e regulação sobre tais práticas e 124 implementaram regulação sobre Fitoterapia (WHO, 2019).

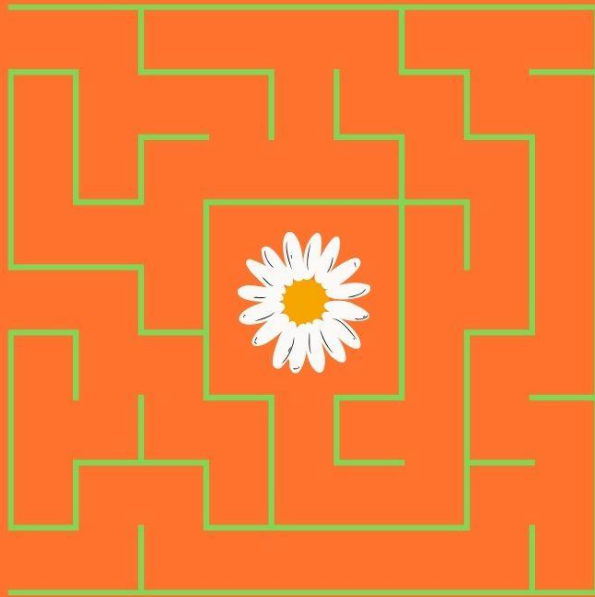
O Brasil, mesmo sendo membro da OMS, e contando com uma Política Nacional de Práticas

Integrativas e Complementares (PNPICS), apresenta heterogeneidade na implantação desta política em alguns de seus estados. O relatório de monitoramento destaca que “[...] as PICS estiveram presentes em 16.007 serviços de saúde do SUS, sendo 14.508 (90%) na Atenção Primária à Saúde (APS), distribuídos em 4.159 municípios (74%) e em todas das capitais (100%)” (Brasil, 2020). Embora os dados sugiram que a quantidade de municípios que oferecem esse atendimento sejam significativos, destaca-se o aumento desigual entre as regiões brasileiras (Brasil, 2020).

**A Política Estadual de Prática Integrativa e Complementar do Rio Grande do Sul (PEPIC/RS)** tem-se apresentado de forma crescente, segundo dados do Ministério da Saúde (2020). Na análise de informações de 2019, publicadas pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul em comparação com dados do Ministério da Saúde, observou-se que dos 497 municípios do estado, 71,8% oferecem PICS (Brasil, 2020). Contudo, das 2.586 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Rio Grande do Sul, apenas 39,75% registram o uso dessas práticas terapêuticas (RS, 2019; Brasil, 2020).



O Rio Grande do Sul possui uma considerável abrangência de municípios que aderiram à PNPIIC, todavia, o número de estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde, que trabalham com as PICS, ainda poderá expandir-se, como é o caso do estado de Santa Catarina, também localizado na região Sul do país, e que apresenta uma cobertura de 48,95% de suas Unidades Básicas de Saúde com PICS (Brasil, 2020).



## Capítulo 1

# Internacionalização das Políticas Públicas

## Política Pública

A introdução da política pública como ferramenta das decisões do governo é produto da Guerra Fria e da valorização da tecnocracia como forma de enfrentar suas consequências (Souza, 2006). Seu introdutor, no governo estadunidense, foi Robert McNamara que, em 1948, fomentou a criação da *RAND Corporation*, organização não-governamental financiada por recursos públicos e considerada a precursora dos *think tanks*. Um grupo de matemáticos, cientistas políticos, analistas de sistema, engenheiros, sociólogos, dentre outros, buscava demonstrar como uma guerra poderia ser conduzida como um jogo racional. A proposta das decisões políticas com base em métodos científicos de avaliação dos problemas públicos espalhou-se a outras áreas da produção governamental, inclusive para a política social (Parsons, 1997).

Uma política pública necessita considerar outros elementos à sua formulação e à sua análise além das questões de racionalidade, tais como o papel das eleições, das burocracias dos partidos e dos grupos de interesse. Easton (1957) propôs um modelo avaliativo, definindo a

política pública como um sistema, que pode ser comparado com o sistema biológico humano, no qual parte de seu funcionamento é determinado pelo tipo de sistema, ou seja, a instituição (sua estrutura e necessidades internas) e outra parte, pela conjuntura em que opera. Baseado nesse conceito, o sistema político acontece através do fluxo de *inputs* e *outputs*, no qual os *inputs* são as demandas da sociedade e os *outputs* são as decisões para a sociedade que, por sua vez, geram outras demandas ao governo.

Nas últimas décadas, o reconhecimento da relevância dos conhecimentos sobre políticas públicas foi irrefutável, bem como sobre as instituições, as regras e os modelos que regulam a decisão, elaboração, implementação e avaliação política. Muitos fatores levaram a essa maior visibilidade. A necessidade de políticas menos dispendiosas tornou-se comum à maioria dos países, principalmente àqueles em desenvolvimento. Sendo assim, o desenho e a execução de políticas públicas, como as econômicas e as sociais, ganharam maior visibilidade (Souza, 2006).

As instituições facilitam o curso de certas políticas e dificultam o de outras, definindo regras que, por sua

vez, determinam as alternativas políticas e alteram o posicionamento dos atores. Sob esta perspectiva, compreende-se que não são só os indivíduos ou grupos que exercem influências sobre as políticas públicas, mas também as regras formais e informais que regem as instituições (March; Olsen, 1995).

Em linhas gerais, a política pública favorece a observação do que o governo pretende e o que verdadeiramente faz. Envolve vários atores e níveis de decisão e, embora materializada através dos governos, é abrangente e não se limita a leis e regras (Souza, 2006).

Sabe-se que a dinâmica política varia nos diferentes locais nos quais é constituída. Sechi (2012) sugere que os estudos de políticas públicas mais recentes têm destacado a sua dimensão espacial, como o contexto institucional, uma vez que se referem ao cenário político, ou seja, um conjunto de instituições no qual as políticas são desenvolvidas. Nas palavras do autor:

A abordagem estadista admite que atores não estatais até tenham influência no processo de elaboração e implementação de políticas públicas, mas não confere a eles o privilégio de estabelecer (decidir) e liderar um processo de política pública. Já acadêmicos da abordagem multicêntrica admitem tal privilégio a atores não estatais.

No Brasil, desde 1988, com a promulgação da Constituição Federal, as políticas públicas de saúde orientam-se pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, integralidade do atendimento e participação da comunidade na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

Quanto a esses princípios, a universalidade refere-se à garantia aos cidadãos brasileiros, de acesso a todos os serviços de saúde pública e privados conveniados, em todos os níveis do sistema de saúde; enquanto a equidade aborda a regulação desse acesso através das diferenças de prioridades determinadas pela gravidade de cada situação. Já o atendimento com integralidade, deve incorporar um amplo espectro de intervenções capazes de promover saúde no cotidiano das pessoas, articulando prevenção, atendimento curativo, reabilitação e readaptação ao convívio social. Além disso, a gestão de saúde é determinada pela atual Constituição pela diretriz de descentralização, através da municipalização da saúde, como estratégia de redistribuição do poder, repassando competências e instâncias decisórias para as esferas mais

próximas da população que, por sua vez, têm seu poder decisório garantido através dos conselhos nacionais, estaduais e municipais de saúde, formados pela sociedade civil organizada (Duncan, 2022).

As políticas públicas estão presentes no cotidiano e é inegável que têm sido crescentes os estímulos internacionais em todas as suas etapas. Na sequência, serão abordados um conjunto de argumentos que fundamentam nossa percepção acerca da influência internacional das políticas públicas para as PICS.

### **Globalização, Estado e Políticas Públicas**

O processo de globalização acarretou várias consequências no contexto social, político e econômico. No contexto social, Guattari (1990), refere que esse processo, determinou catecismos psicanalíticos, comportamentalistas, sistematizados, no qual a sociedade foi se desfazendo de suas crenças e práticas culturais por não se classificarem em paradigmas pré-determinados por padrões universais, classificados pelo autor como “esquizoanálise”.

Por outro lado, a globalização permitiu que os movimentos sociais alcançassem o poder de libertação

das amarras coloniais. A virtualidade do espaço mundial constituiu o primeiro determinante de resistência da multidão aos limites impostos à subjetividade, através do compartilhamento de ideologias e da promoção de ações e comportamentos (Hardt, 2001).

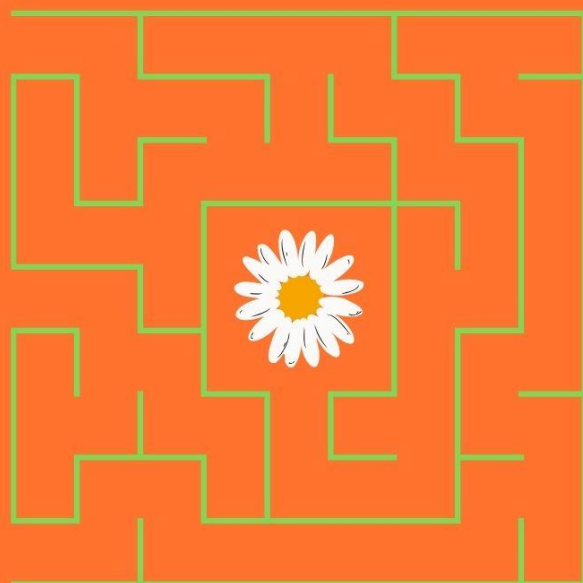
As dinâmicas globais facilitaram o fluxo político nas arenas transnacionais nas mais diferentes áreas. O Brasil é considerado um ator influente por suas políticas públicas – como o Fome Zero, implantado em 2003 (Faria, 2005).

As organizações internacionais governamentais<sup>2</sup> – como as agências especializadas das Nações Unidas, por exemplo – desempenham um papel de disseminadoras de ideias, programas e instituições ao redor do globo. Em um mundo globalizado, o processo de difusão e transferência política, resguardadas suas formas e graus, se tornou quase onipresente. Nesse contexto, a propagação de políticas foi se intensificando e, atualmente, esse fluxo acontece naturalmente, conectando políticas domésticas às internacionais (Faria, 2018; Oliveira; Pal, 2018).

---

<sup>2</sup> Os autores mencionam o papel das Organizações Internacionais Não-Governamentais nesse processo de influência, através da sua habilidade de disseminar ideias e informações em nível global.





## Capítulo 2

As PICS no Contexto  
da Governança Global

## **Declaração de Alma-Ata**

Nos registros da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) destacou a importância da difusão política das práticas alternativas de cuidado (Declaração de Alma Ata 1978; Brasil, 2018).

As Medicinas Tradicionais (MT), que congregam saberes, práticas e crenças nativas em diferentes culturas e as Medicinas Complementares Alternativas (MCA) que são cuidados em saúde não inseridos nos métodos convencionais, dominantes na atenção médica, são utilizadas por milhões de pessoas nos países em desenvolvimento e atingem significativos níveis de uso na atenção primária à saúde em países como: Índia (70%), Ruanda (70%) e Etiópia (90%) (OMS, 2002; OPAS, 1978). Em ambas as abordagens, prevenção, diagnóstico e tratamento de enfermidades físicas e mentais são realizados com certa eficácia e legitimidade social.

Países desenvolvidos como EUA, Austrália e Canadá registram milhões de dólares em gastos com a utilização de terapias complementares. O debate sobre este assunto passou a ser importante para a saúde pública

mundial, com o reconhecimento de governos, agências internacionais e entidades sanitárias (Andrade, 2010).

No Brasil as práticas não convencionais em saúde são promovidas por políticas públicas desde 2005, através da **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares**, inspirada nas orientações da OMS. Em consonância com os saberes e práticas da Medicina Natural, são estimulados sistemas médicos complexos que propiciam mecanismos naturais de promoção e recuperação da saúde, promovendo a integração do ser humano com o meio ambiente e sociedade, ampliando o entendimento do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano (Brasil, 2005).

Quando a OMS em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizou em 1978, a 1º Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, com a participação de mais de 700 representantes de diferentes nações, a saúde foi ressignificada como um direito fundamental e consolidada como uma das mais importantes metas sociais mundiais. A saúde foi compreendida como o completo bem-estar físico, mental e social. Na sequência

ao evento, foi elaborada a Declaração de Alma-Ata, na qual a OMS passou a recomendar que seus membros fomentassem o desenvolvimento social e econômico para diminuir o hiato existente entre as condições da saúde de países em desenvolvimento e desenvolvidos (Brasil, 2002).

A atenção primária ganha destaque com a ideia de saúde para todos e a OMS a define como estratégia a ser ofertada a toda a população, a partir da universalidade no contexto de um sistema de saúde. Na Declaração de Alma-Ata, o conceito de sistema de saúde foi articulado, abordando a integralidade no cuidado e as necessidades de saúde à população, atentando para a importância das articulações intersetoriais, destacando a abordagem nutricional, participação comunitária na organização dos serviços e a educação em saúde (Brasil, 2002; Mendes, 2004).

O evento em Alma-Ata aconteceu em uma conjuntura na qual se observava um movimento mundial de iniciativas nacionais de experiências em Atenção Primária à Saúde, aos quais foram reconhecidas as possibilidades de aprimoramento de estratégias para o cuidado em saúde. Muitas práticas – como a Medicina

Tradicional Chinesa, Fitoterapia, Medicina Ayurveda, entre outras – estavam atingindo resultados positivos na assistência em saúde, segundo registros de nações da África, Ásia e América do Sul. Frente a isto, a OMS, recomendou o reconhecimento destas práticas, nos sistemas públicos de saúde de seus países membros (Declaração de Alma-Ata, 1978; Brasil, 2018).

Em sistemas de saúde, como o inglês, já se observavam experiências na atenção primária. Porém, foi durante a Revolução Cubana (entre 1959 e 1969), o momento que se identificou a organização de sistemas de saúde que se encontravam próximos à moradia dos pacientes. Naquela época, não existia um modelo de atenção primária e, os dados existentes, eram do início do século XX (Relatório de Dawson, médico inglês), sobre uma organização de sistemas de saúde baseado em redes capilarizadas, propondo uma atenção primária como porta de entrada ao serviço de saúde. Essa concepção não resistiu ao enfrentamento político da época. Outras experiências de atenção primária ocorreram em países da África, Ásia e América Latina, com participação de profissionais de saúde e, principalmente médicos vinculados às igrejas Católica e

Protestante. Neste contexto, vigorava uma concepção missionária, de dedicação religiosa, filantrópica em relação a iniciativas pontuais de atenção primária à saúde durante o século XX (Facchini, 2018).

## **Outros Fóruns Internacionais sobre Saúde**

Outros fóruns de discussão sucederam o evento de Alma-Ata, como a Conferência do Canadá, em 1986, quando foi elaborada a Carta de Ottawa, alertando sobre condições e recursos para ações na promoção de saúde e destacando a importância da equidade no cuidado. Em 1988, a Conferência da Austrália debateu sobre a importância das políticas públicas para a melhoria das condições de saúde da população, enfatizando a relevância das decisões políticas, notadamente as de caráter econômico, para o avanço das condições de saúde.

A Suécia seguiu as orientações da OMS e realizou a 3ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em 1991, seguida pela Conferência Mundial sobre Meio Ambiente realizada no Rio de Janeiro, Brasil, em 1992, no qual se discutiu sobre ecologia e saúde como questões interdependentes e indissolúveis. No mesmo contexto,

Bogotá, na Colômbia, realizou a 4ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em 1992, quando se discutiu a situação da saúde na América Latina, propondo estratégias para conciliar interesses econômicos e propósitos sociais de bem-estar. O evento salientou a prioridade de mais ações de saúde pública para combater o sofrimento causado pelas enfermidades decorrentes da pobreza (Brasil, 2002).

A 51ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em 1998 em Genebra, na Suíça, redigiu um documento corroborando a estratégia de saúde para todos no século XXI e a necessidade de implementação de novas políticas nacionais e internacionais (OMS; OPAS, 1998).

No Brasil, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi deliberada a implantação de práticas alternativas de assistência. Em 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) determinou diretrizes para o atendimento em Homeopatia, Acupuntura, Termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e Fitoterapia. De acordo com as informações do Ministério da Saúde: “[...] após a declaração de Alma Ata, validada, principalmente, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi criado um espaço

legítimo de visibilidade das demandas e necessidades da população por uma nova cultura de saúde [...]” (Brasil, 2018; Brasil, 2022).

## **A OMS e a Medicina Tradicional Complementar (MTC)**

O debate sobre Medicina Tradicional Complementar (MTC), ou Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como são conhecidas no Brasil, remonta de longa data. Desde 1969, quando ocorreu a 22ª Assembleia Mundial da Saúde, a OMS observou que o uso generalizado de medicamentos tradicionais, em diferentes países, deveria ser mais bem estudado para garantir sua eficácia e segurança (Who, 1969).

Até os dias atuais, foram publicadas pela OMS 16 resoluções e duas estratégias relacionadas à Medicina Tradicional. A maioria dessas resoluções reconhece o uso da MTC e seu potencial terapêutico (Glass; Lima, 2021). Essas resoluções chamam a atenção para a necessidade de investimentos, estudos e implantação da MTC pelos seus Estados-membros. Como estratégia, recomendam que países signatários regulem o processo de implantação



e implementação de novos métodos de cuidado e produzam relatórios de progressos (OMS, 2002).

Contudo, observa-se que as resoluções não tratam de uma visão integral de saúde, nos moldes da integralidade do cuidado, que é um dos princípios do SUS, mas entendem a MTC como uma forma de oferecer cuidados de saúde à população de países em desenvolvimento. Nota-se o interesse na exploração econômica dos produtos relacionados à MTC, ou seja, transformar o tradicional em científico (Glass; Lima, 2021).

As diretrizes da OMS foram sendo adaptadas em consonância com a conjuntura do progressivo reconhecimento popular mundial da Medicina Tradicional Complementar. A globalização e seu consequente intercâmbio cultural, favoreceu o uso de técnicas e produtos terapêuticos. Em 2003, durante a Assembleia Mundial da Saúde sobre Medicina Tradicional, os Estados membros da OMS foram incumbidos de fornecer informações confiáveis da MTC, para a promoção segura quanto ao seu uso.

A evolução da MTC no contexto mundial é avaliada pela OMS e seus Estados-membros a partir dos seguintes documentos:

- Estatuto Legal da Medicina Tradicional e Complementar Alternativa: uma Revisão Mundial (OMS, 2001);
- 1ª Estratégia de Promoção da Medicina Tradicional (2002-2005) e;
- Diretrizes de Informações sobre Uso Adequado aos Usuários de Medicina Tradicional Complementar Alternativa (2004).

O reconhecimento pela OMS e por muitos de seus países-membros, configurou uma nova perspectiva para a saúde mundial. A ideia do método alternativo como opção clínica, vai se adaptando diante dos esforços para promover a cooperação e a complementaridade entre a Biomedicina e a Medicina Tradicional Complementar (Andrade; Costa, 2010).

No plano estratégico para 2002-2005, a OMS destacou quatro grandes objetivos: (1) embasamento de políticas; (2) garantia de segurança, eficácia e qualidade; (3) melhoria no acesso; (4) promoção do uso adequado de terapias complementares. O documento enfatizou a

necessidade do reconhecimento legal das práticas e um aumento no financiamento para pesquisas na área. A existência de organizações profissionais representou importante meio para coibir o uso destas terapias por pessoas não capacitadas.

Quanto à capacitação dos profissionais, a OMS ressaltou a importância do conhecimento básico de partes relevantes da medicina convencional, como saúde pública, higiene, primeiros socorros e questões éticas, além da construção de uma boa relação entre o praticante e seu usuário. A confiança entre profissional e paciente é considerada fundamental para garantir a segurança e reduzir riscos de eventos adversos entre terapias medicamentosas e complementares. É de grande relevância o desenvolvimento de organizações locais de praticantes de MTC que possam fomentar futuras organizações nacionais.

A congregação de ações entre interessados em terapias complementares, como ONGs, organizações profissionais, usuários e pesquisadores da área são recomendados pela OMS às autoridades de saúde. A instituição acredita na informação e educação dos usuários através de uma linguagem simples e acessível,

conduzindo a escolhas apropriadas de autocuidado. Torna-se essencial uma campanha de informação, que promova o uso de MTC, baseado no contexto social, cultural, religioso e espiritual de cada nação, assim como na estrutura do seu sistema de saúde e no padrão de utilização destas terapias, para garantir que sejam eficazes e adequadas à situação específica do país (OMS, 2002).

Até 2002, China, República da Coreia e Vietnã, eram as únicas nações que reconheciam oficialmente a MTC, incorporando-a em todas as áreas de cuidados de saúde e as caracterizando em sistemas integrativos. Foi necessária uma série de regulamentos e registros para controlar a qualidade, eficácia e qualidade das práticas. Nestas nações, os médicos recebem educação universitária, incluindo conhecimentos da medicina tradicional e convencional (Biomedicina). Já os sistemas de saúde inclusivos, reconhecem a MTC, mas não a incorporam em todos os contextos do cuidado, como é o caso de países como: Austrália, Canadá, Alemanha, Gana, Índia, Indonésia, Irã, Madagascar, Malásia, Mali, Singapura, Suíça, Tailândia, Ucrânia, Emirados Árabes e Estados Unidos (OMS, 2002).

O Brasil, a partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, sancionada em 2006, promoveu um sistema de saúde inclusivo, reconhecendo 29 diferentes terapias complementares no SUS (BRASIL, 2018). Porém, em muitos dos sistemas de saúde, os cuidados são baseados inteiramente na medicina convencional (Biomedicina), não reconhecendo oficialmente a medicina tradicional como um método terapêutico (OMS, 2002).

A melhor promoção da MTC segundo as documentações da OMS, são os meios de comunicação de massa (rádio, TV, jornais). Em pesquisa realizada sobre educação pública no uso racional de medicamentos, entendeu-se que, nos países em desenvolvimento, o uso da mídia de massa foi o canal de comunicação mais popular, seguido por oficinas e distribuição de material impresso.

Nos países desenvolvidos, os meios de comunicação mais populares foram as atividades de ação com materiais impressos. Outras atividades compreendem reuniões comunitárias, palestras, programas escolares, teatro, serviços telefônicos, que podem, atualmente, ser substituídos pelas redes sociais.

Muitos projetos incluídos no estudo da OMS (2004) usaram uma abordagem mista de atividades, no qual governos têm um papel fundamental no controle destas informações, independentemente da existência de um centro nacional de MTC.

### **Estatuto Legal da Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa: uma revisão mundial**

Em 2001, a OMS, exercendo sua função de produzir informações em saúde, publicou o “Estatuto Legal da Medicina Tradicional e Complementar / Alternativa: uma revisão mundial”.

Nos documentos publicados até a conclusão da primeira estratégia da OMS (2002-2005), a MTC foi abordada como uma prática alternativa de saúde, termo, segundo Barros (2006), com referências amplas, heterogêneas, classificando suas práticas pelo que não são, ao invés de fazê-lo pelo que são e demonstrando um certo descrédito inicial.

A MTC é amplamente utilizada em diversos países, nos três níveis do cuidado: prevenção, tratamento e reabilitação, pois, por vezes, é o único acesso à saúde para populações mais carentes, como as da Ásia e África.

Nesses locais, mais da metade da população não conta com acesso regular a medicamentos essenciais. O documento da OMS (2002-2005), atribui a difusão destas práticas ao perfil ideológico dos pacientes, fazendo referência ao fato de a Homeopatia ser integrada aos sistemas nacionais de saúde em países como: Índia, México, Paquistão, Sri Lanka e Reino Unido.

A MTC tornou-se um importante serviço de saúde para a população sem acesso geográfico ou financeiro à medicina alopática, sendo constatada sua eficácia em áreas como: saúde mental, prevenção e tratamento de doenças não transmissíveis e melhoria da qualidade de vida de pessoas que vivem com doenças crônicas. Diante dos resultados positivos da MTC, o seu crescente alcance mundial tornou ainda mais urgente sua abordagem por meio de pesquisas, ensaios clínicos e avaliações, como formas de garantir que os cuidados de saúde prestados, sejam seguros e confiáveis, respeitando os padrões de segurança, eficácia e controle de qualidade dos produtos fitoterápicos e terapias tradicionais. A OMS destaca a importância dos praticantes possuírem qualificações necessárias para o bom desempenho de suas funções.

As políticas nacionais são parte fundamental, pois é através delas que a MTC poderá se inserir nos programas de saúde, assegurando a criação de mecanismos regulamentares e legais necessários à promoção e manutenção de boas práticas. Entende-se que a segurança e eficácia dessas terapias, fornecerão acesso equitativo a recursos de saúde. O reconhecimento e a regulamentação da MTC são variados entre as nações, mas a OMS vem trabalhando para desenvolver políticas apropriadas para minimizar esta heterogeneidade.

### **Estratégia de Promoção da Medicina Tradicional Complementar Alternativa para 2002-2005**

Na Estratégia de Promoção da Medicina Tradicional Complementar para período compreendido entre os anos de 2002 e 2005, a OMS reconheceu na MTC: diversidade, flexibilidade e acessibilidade; ampla aceitação entre populações de países em desenvolvimento; popularidade crescente em países desenvolvidos; baixo custo; baixo nível de aporte tecnológico e crescente importância econômica.

O documento demonstrou que, os países mais pobres do mundo, são os que mais precisam de



tratamentos eficazes de baixo custo para doenças transmissíveis. Avaliou desafios a serem superados, como: grau variável do reconhecimento pelos governos; falta de evidências científicas sólidas sobre a eficácia de muitas terapias; dificuldades relativas à proteção do conhecimento indígena e problemas em garantir seu uso adequado.

Entendeu que os desafios da MTC compreendiam a construção de políticas nacionais e estruturas regulatórias, devendo abranger legislação e regulamentação para produtos fitoterápicos e práticas de terapias complementares, através da educação, treinamento e licenciamento de praticantes, além de pesquisa e alocação de recursos financeiros.

Para a OMS, políticas sólidas de MTC, aumentariam a oferta de cuidados de saúde para pacientes com diferentes comorbidades, configurando-se numa importante estratégia de cuidado em saúde da população mundial. Até 2002, apenas 25 dos 191 Estados-membros haviam desenvolvido alguma política nacional de MTC, entendendo que essas políticas representam questões de propriedade intelectual das práticas complementares, bem como os recursos naturais envolvidos. Alguns grupos da

OMS não reconhecem o direito à propriedade desses conhecimentos; outros opõem-se por razões éticas ou econômicas. No entanto, a biopirataria, a apropriação não autorizada de conhecimento e materiais tradicionais, são amplamente condenadas.

O desafio trata da segurança, eficácia e qualidade, pois a medicina alopática ou Biomedicina é baseada na cultura ocidental. Os praticantes entendem que sua abordagem é científica e isenta de valores culturais, enquanto que as terapias tradicionais desenvolvem-se sob intensa influência da cultura e história popular, fundamentando-se em abordagem holística da vida e no equilíbrio entre mente, corpo e ambiente, com ênfase na saúde e não na doença. Essa abordagem, mais complexa aos cuidados de saúde, torna o conhecimento tradicional muito atraente à população, mas dificulta sua avaliação dentro do academicismo.

As práticas de MTC se desenvolveram em diferentes culturas e regiões, com padrões e métodos diversos e, promover métodos paralelos, aplicáveis em níveis nacionais ou internacionais, tornou-se um dos grandes obstáculos.

Os praticantes de terapias tradicionais podem vir de um contexto cultural e filosófico que difere daquele que envolve os padrões originais, levando a problemas de interpretação e aplicação das técnicas. Os praticantes de medicina alopática, em alguns países, relutam em encaminhar pacientes para praticantes de MTC, tendo como consequência, a oposição de muitos sistemas de saúde na aceitação dessas terapias entre os seus tratamentos.

A falta de apoio à pesquisa nesta área, resulta na carência de dados e no desenvolvimento de uma metodologia para avaliar a segurança, eficácia e qualidade das MTC, sendo a falta de registro de seus praticantes um dos obstáculos. Destaca-se a dificuldade na avaliação de produtos fitoterápicos, cuja precisão na identificação da planta é essencial, assim como o isolamento dos ingredientes ativos. No entanto, diante da popularidade mundial da Fitoterapia, torna-se urgente a necessidade de um método aplicável, com poucos recursos e eficaz para a avaliação de fitoterápicos (OMS, 2002-2005).

É relevante avaliar a abordagem cientificista da OMS em seus documentos publicados até 2002, desconsiderando evidências históricas e culturais de

práticas de cuidado utilizadas há milênios, indo ao encontro da proposta de “esquizoanálise” de Guattari (1990). Não se observa intenção em fundamentar a MTC sob uma visão epistemológica, que a coloque em igualdade à medicina científica, mas, sim, de torná-la algo científico (Glass; Lima, 2021).

A Estratégia da OMS (2002-2005) objetivou, a partir do suporte normativo para seus países membros, ajudar no desenvolvimento e integração dos sistemas nacionais de saúde, com vistas a garantir o uso adequado, seguro e eficaz da MTC. Na África, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental, a OMS se apresenta mais ativa no apoio a MTC, ajudando Estados-membros a desenvolverem políticas e regulamentos nacionais, facilitando o intercâmbio regional de informações e apoiando esforços para garantir a segurança dos produtos envolvidos, bem como na disponibilidade de capacitação de pessoal.

O Comitê Regional Africano da OMS adotou uma Resolução, em 2000, sobre a “Promoção do Papel da Medicina Tradicional nos Sistemas de Saúde: uma Estratégia para a Região Africana”. A Resolução reconheceu a importância e o potencial destas práticas

para a melhoria da qualidade de saúde da população e recomendou o rápido desenvolvimento para a produção local de medicamentos tradicionais. Impeliu as nações africanas, membros da OMS, a transformar a Estratégia em políticas nacionais de MTC, com legislação apropriada e planejamento de intervenções específicas nos níveis nacional e local, colaborando ativamente com todos os parceiros na implementação e avaliação. Os resultados começaram a ser percebidos em cinco anos, com estruturas legais para MTC em 16 países africanos.

Nas Américas, em 1999, um grupo de trabalho da AMRO (Escritório Regional da OMS para as Américas), avaliou a utilização das terapias tradicionais no contexto de seus países (incluindo políticas e regulamentações nacionais), propondo reuniões para debater a regulamentação de produtos preparados com plantas medicinais e na promoção à pesquisa em medicina indígena.

O Encontro Regional sobre Aspectos Regulatórios de Produtos Fitoterápicos, organizado pela Sede da OMS e da AMRO, foi realizado no ano 2000 e analisou questões sobre a política nacional, economia e regulamentação. Foram introduzidas diretrizes da OMS

para avaliar a segurança e eficácia de fitoterápicos e, os participantes, adotaram uma proposta sobre requisitos comuns de registro desses produtos, facilitando a integração da MTC nos sistemas nacionais de saúde nas Américas. A regulamentação e o registro de fitoterápicos foram estabelecidos na Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Honduras, Guatemala, México, Peru e Venezuela. A segunda reunião, sobre pesquisa em medicina indígena, foi realizada em março de 2001 na Guatemala e seguiu com a mesma proposta.

No continente europeu, mais de 12 países estabeleceram ou revisaram seus regulamentos sobre medicamentos fitoterápicos, fundamentando-se nas Diretrizes da OMS para Avaliação de Fitoterápicos.

No sudeste da Ásia, a MTC é amplamente utilizada e respeitada. Em 1998, ocorreu uma Reunião dos Ministros da Saúde deste continente, recomendando que essa “rica herança” e “recurso importante” fosse utilizado de forma mais eficaz na implementação da Atenção Primária à Saúde nos países da região (OMS, 2002-2005).

No ano seguinte, a SEARO (Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático), organizou uma consulta

regional sobre o desenvolvimento da MTC. O foco da consulta foi o reforço dos programas nacionais e o papel dos especialistas na melhoria dos sistemas distritais de saúde. Esse encontro promoveu o compartilhamento de informações sobre políticas e regulamentos nacionais sobre essas práticas.

A SEARO, continua a apoiar ativamente cada país para desenvolvimento de políticas nacionais e sua integração em seus sistemas nacionais de saúde. Além disso, a OMS tem apoiado ações do Departamento de Sistemas de Medicina e Homeopatia, estabelecido na Índia, pelo Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar. O Estado indiano, entre 1998 e 1999, engajou-se na padronização e promoção no controle da qualidade de medicamentos *ayurvédicos*, *unani*, *siddha* e homeopáticos concluindo as “Diretrizes de Boas Práticas de Fabricação para Medicamentos ayurvédicos”.

Os países do Pacífico Ocidental, têm um vasto patrimônio em terapias tradicionais e, em reuniões de Ministros da Saúde, entre 1997 e 1999, destacaram total apoio ao desenvolvimento e promoção para melhorar o estado de saúde de suas populações. O Escritório Regional para o Pacífico Ocidental (WPRO), ajudou os

países na elaboração de políticas e regulamentos nacionais de MTC, facilitando a integração nos sistemas de saúde. O Instituto Filipino de Cuidados Tradicionais e Alternativos, em Papua Nova-Guiné, contou com a contribuição da OMS na construção de legislações de saúde e na criação de uma política nacional de terapias complementares.

Até a elaboração da primeira Estratégia da OMS, no ano de 2000, a região do Pacífico Ocidental, contava com 14 países reconhecendo os benefícios da Medicina Tradicional Complementar. Até bem pouco tempo, somente China, Japão, República da Coreia e Vietnã reconheciam politicamente a MTC.

Até o momento da publicação da primeira Estratégia da OMS, cursos de graduação em terapias tradicionais, em tempo integral, estavam sendo ofertados em universidades da Austrália, China, Hong Kong, Japão, República da Coreia e Vietnã. Muitos desses cursos se beneficiaram da contribuição do WPRO, através do desenvolvimento das Diretrizes para o Uso Apropriado de Fitoterápicos, publicada em 1997. Essa iniciativa promoveu a segurança no uso de fitoterápicos



pelos países da região, contribuindo para a formulação de políticas e programas nacionais.

A criação e implementação de políticas nacionais de MTC foi o foco principal de colaboração da OMS a seus países membros. Em 1999, um *workshop* sobre o desenvolvimento de políticas nacionais, analisou a sua contribuição para a saúde da população do Pacífico Ocidental, elencando as terapias mais populares. Destaca-se o debate sobre terapias tradicionais e alopáticas, determinando meios de harmonizar os dois tipos de cuidados para alcançar um maior impacto no aprimoramento da saúde. Além disso, os 20 países das Ilhas do Pacífico, no ano de 2000, puderam contar com um plano de ação sobre MTC elaborado por um workshop regional organizado pela OMS.

### **Mecanismo de Difusão Política: formação de padrões**

As terapias de MTC se desenvolveram em contextos culturais específicos e foram se difundindo para outros ambientes, com outras culturas. Essa difusão não foi mediada no início, comprometendo a segurança e a eficácia de suas práticas. A OMS (2002-2005) indica

como exemplo a Acupuntura que, originária da China, tornou-se uma das terapias mais populares, levando ao questionamento se o conhecimento, treinamento e habilidade dos praticantes, se mantêm no grau de suas origens. Por isso, a OMS desenvolveu as Diretrizes sobre Treinamento Básico e Segurança em Acupuntura e Diretrizes para Pesquisa Clínica em Acupuntura para regular a prática e a pesquisa na área.

Quanto ao uso da Fitoterapia, o debate concentrou-se na sua regulamentação. A OMS produziu documentos de referência, como os Métodos de Controle de Qualidade para Materiais de Plantas Medicinais, facilitando o trabalho técnico das autoridades reguladoras de medicamentos e encorajando países a realizar o controle de qualidade.

As ferramentas de assistência, utilizadas pela OMS, fazem referência à criação de Institutos Nacionais de MTC aos moldes dos criados na República Popular da China, República Popular Democrática da Coreia, Gana, Índia, Indonésia, República Democrática Popular do Laos, Mali, Madagascar, Nigéria, República da Coreia, Sri Lanka, Tailândia e Vietnã. Para estes Institutos, a OMS contribuiu com diretrizes e informações científicas,

apoiando e fornecendo subsídios para pesquisas sobre segurança e eficácia em medicamentos fitoterápicos.

Na África, por exemplo, até 2002, a OMS apoiou um total de 21 países em estudos na área, fornecendo bolsas para pesquisa com antimaláricos e fitoterápicos, no Instituto de Pesquisa Médica (Quênia), no Centro Nacional de Pesquisa Científica em Plantas Medicinais (Gana) e no Instituto Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Farmacêutico (Nigéria). As pesquisas seguiram as Diretrizes Gerais da OMS para metodologia de pesquisa e avaliação da Medicina Tradicional.

O trabalho de construção das diretrizes da OMS, objetivou promover a segurança e eficácia das práticas de MTC, contando com a contribuição técnica de várias organizações nacionais e internacionais. O NCCAM, (Centro Nacional de Medicina Complementar e Alternativa), dos EUA, por exemplo, foi designado Centro Colaborador da OMS para Medicina Tradicional em 1996, fornecendo comentários técnicos nas monografias da OMS sobre medicamentos fitoterápicos e orientações sobre treinamento básico e segurança em Acupuntura, além de apoio financeiro para elaboração de

documentos como as Diretrizes Gerais de Metodologias de Investigação e Avaliação da Medicina Tradicional.

Na Europa, ocorreu a colaboração do Grupo de Trabalho EMEA (Agência Europeia de Avaliação de Medicamentos, sobre Medicamentos à Base de Plantas), que ajudou na preparação das monografias da OMS sobre Plantas Medicinais Seleccionadas, nas Diretrizes Gerais para Metodologias de Pesquisa e Avaliação de Plantas Medicinais Tradicionais e nas Diretrizes para a Avaliação de Medicamentos à Base de Plantas. Dessa forma, os países europeus são incentivados a usar os documentos técnicos da OMS sobre MTC.

As obras da OMS foram recomendadas pela Comissão Europeia aos seus próprios Estados-membros como um documento de referência oficial. Outro contexto de atuação da OMS, trata do compartilhamento e troca de informações, em encontros nacionais e internacionais, através dos Centros de Colaboradores de Medicina Tradicional. Estes Centros respondem dúvidas de autoridades de saúde, cientistas e público em geral, responsabilizando-se por manter bancos de dados com informações sobre MTC e fornecendo informações científicas para os praticantes.

## **Estratégia de Promoção da Medicina Tradicional para o período 2014-2023**

Diante do importante papel que a MTC alcançou na prestação de cuidados, a Assembleia Mundial de Saúde publicou uma Resolução, em 2009, solicitando ao diretor-geral da OMS a realização de um planejamento na promoção da MTC, a partir da realidade dos Estados-membros a essas práticas e dos desafios que surgiam.

A Estratégia de Medicina Tradicional da OMS (2014-2023), planejou ações para a década atual, não justificando mais o uso da MTC pelo contexto socioeconômico de uma nação, mas pela sua importância nos cuidados necessários com as pessoas. Entendeu-se irrefutável a contribuição dessas práticas à população de diferentes países, destacando a razão mais urgente para a implementação da MTC nos sistemas de saúde, a partir do aumento da prevalência global de doenças crônicas.

Com o intuito de atender a nova demanda, a OMS repensou seus objetivos. Como a Fitoterapia e seus produtos deixaram de ser alvo de atenção de governos e pacientes, as discussões se voltaram para as demais práticas de MTC e seus praticantes, bem como sua integralização na prestação de serviços da saúde.

A nova estratégia objetivou apoiar Estados-membros na efetivação das práticas de MTC para a saúde, bem-estar e cuidados de saúde centrados nas pessoas e; promover a segurança e a eficácia por meio da regulamentação de produtos, práticas e profissionais. O planejamento da OMS para alcançar parte das ações, correspondem a:

- 1) construção de base de conhecimento e formulação de políticas nacionais;
- 2) fortalecimento da segurança, qualidade e eficácia por meio da regulamentação;
- 3) promoção da cobertura universal de saúde por meio da integração de serviços de MTC e autocuidado de saúde nos sistemas nacionais de saúde.

Apesar da promoção do autocuidado ser uma novidade nas abordagens da OMS em relação às MTC, a instituição fundamenta seu planejamento a partir de: (1) ações na construção de políticas nacionais; (2) redação de diretrizes; (3) padrões internacionais para a técnica das práticas e metodologia para pesquisas das terapias, produtos e praticantes; (4) pesquisa na área; (5) apoio a projetos de pesquisa clínica sobre a segurança e eficácia;

(6) entender o uso racional da MTC através da promoção de suas evidências; (7) troca de informações.

O objetivo da Cobertura Universal de Saúde, proposto pela OMS, é garantir à população o acesso a serviços de saúde promotores, preventivos, curativos e reabilitadores com a qualidade de garantir sua eficácia, acompanhando o padrão abordado pela Constituição da OMS e o conceito de Saúde para Todos<sup>3</sup>. Há de se considerar todos os fatores intrínsecos e extrínsecos na qualidade do sistema de saúde universal: aspectos socioeconômicos e investimentos no próprio sistema de saúde (como oferta de profissionais de saúde, disponibilidade de medicamentos essenciais, unidades de atendimento, qualidade no trabalho).

A construção da política nacional deve partir de um estudo prévio, com regulamentação adequada, identificando as formas de MTC, definindo quem as usa, explorando as razões de seu uso e determinando as necessidades presentes e futuras. Os países devem construir seu próprio perfil nacional em torno da

---

<sup>3</sup> A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO, 1946).

temática, desenvolvendo políticas, regulamentos e diretrizes que abordem terapias que atendam às necessidades de saúde de seu povo.

Na Suécia, por exemplo, a integração da MTC na atenção primária, demonstrou a importância da disponibilidade de treinamento especializado para clínicos gerais, da combinação de métodos de pesquisa qualitativos e quantitativos, do diálogo e colaboração interdisciplinar. Uma política baseada no conhecimento técnico e contextual é a chave para integrar a MTC nos sistemas nacionais de saúde. A pesquisa é priorizada pela OMS, enfatizando a importância das contribuições dos ensaios clínicos controlados e de outros métodos de avaliação. É fundamental que métodos de pesquisa continuem sendo testados, como os de eficácia comparativa e os de padrões de uso para fundamentar as políticas nacionais e as tomadas de decisões.

## **Dificuldades Regulatórias às Práticas de MTC**

### **Elencadas pelos Estados-membros da OMS**

Os resultados dos estudos da OMS constataam a crescente demanda mundial por essas práticas. A justificativa para esta constatação é reiterada no texto



Estratégia de Planejamento da OMS (2014-2023), ou seja, a MTC além de abordar o tratamento de diferentes patologias, especialmente as crônicas, contribui na prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde, além de baixo investimento financeiro.

A MTC conta com uma grande diversidade de produtos, práticas e praticantes capazes de contribuir com a saúde de seus usuários, inculcando, alguns riscos e interesses estritamente comerciais. Tendo em conta os recursos limitados às políticas públicas, os Estados-Membros devem gerenciar esses conflitos de forma a proporcionar aos usuários a melhor e mais segura forma de cuidados de saúde, sem, contudo, esquecer a preferência daqueles que as utilizam e o contexto nacional em que estão inseridos. Para tanto, é necessário que os gestores reconheçam o papel que a MTC vem estabelecendo na saúde de seu país ou região e fortalecê-lo através de uma base de conhecimento e evidências, além de um planejamento de recursos para sua implementação.

A estratégia de implementação, segundo a OMS (2014-2023), reconhece a contribuição e a diversidade da MTC nos cuidados de saúde de um país ou região,

definindo a abrangência dessas práticas através do número de usuários, quais práticas estão sendo utilizadas, motivos que levaram à escolha dessas práticas (indicação de um profissional de saúde e/ou se este, sabe sobre o uso da MTC pelo seu paciente). Deve implementar e integrar políticas e programas de terapias tradicionais no sistema nacional de saúde, quando apropriado e promover a comunicação e parceria entre profissionais da Biomedicina, de MTC e pacientes. As organizações profissionais e de pesquisa, como estratégia de regulação, segundo a OMS, devem qualificar as práticas em cooperação com entidades, pesquisadores e profissionais credenciados, priorizando recomendações em áreas específicas para formulação de políticas.

As ações estratégicas devem fornecer apoio e orientação técnica aos Estados-membros, desenvolvendo documentos e ferramentas relevantes para estudos de políticas e apoiar na definição e regulamentação das diferentes modalidades de MTC, estabelecendo e mantendo um banco de dados para informações sobre políticas e regulamentos.

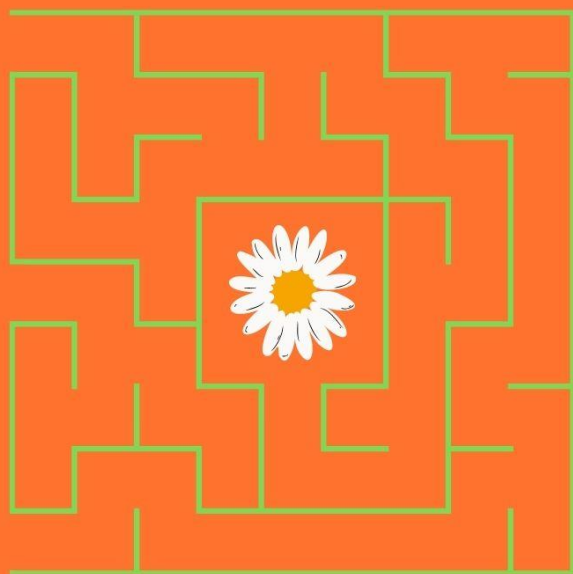
Pode-se utilizar o método de comparação com padrões de referência (*benchmarking*). Isso deve ser feito

por meio de auditorias e análises nacionais, bem como pelo desenvolvimento e compartilhamento de modelos em nível internacional. A OMS recomenda que indicadores de desempenho, baseados em três objetivos estratégicos, sejam avaliados em nível nacional pelos Estado-Membro e, que outros indicadores, condizentes com a conjuntura de cada país, sejam desenvolvidos para implementar a avaliação da MTC.

A OMS desenvolveu uma lista de indicadores-chave de desempenho, relativos a cada um dos objetivos estratégicos, que ajudarão a medir o sucesso da estratégia de MTC: número de Estados-membros que relatam uma política nacional/provincial/estadual; aumento no financiamento em pesquisa público/governamental; regulamentação nacional para produtos; regulamentação nacional/provincial/estadual para a prática; regulamentação/registo nacional/provincial/estadual para praticantes; planos/programas/abordagens nacionais para integrar o serviço nacional de saúde; projeto/programa de educação do consumidor para autocuidado usando MTC.

Nota-se assim, uma postura cartesiana da OMS em seus documentos publicados até 2002; voltada

essencialmente para dados quantitativos, sem considerar evidências históricas e a relevância cultural de práticas de cuidado datadas de milênios. Não se identifica uma intenção da OMS em fundamentar a MTC sob uma visão epistemológica, de forma a reconhecê-la em igualdade à medicina científica, mas sim, de torná-la em algo mensurável, o mais próximo possível do considerado científico (Glass; Lima, 2021).



## Capítulo 3

# Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde

## **PNPICS: uma estratégia política pela integralidade no cuidado**

Na sequência às recomendações da OMS, através da Declaração de Alma-Ata, o Brasil, inserido nessa conjuntura de reestruturação da saúde pública, realizou sua Reforma Sanitária na década de 1980, com a construção do Sistema Único de Saúde, o SUS. Um sistema universal foi proposto, com Atenção Primária à Saúde estruturada na integralidade do cuidado. Essa concepção foi se materializando com experiências que foram surgindo em vários estados brasileiros como: Minas Gerais, São Paulo, Rio Grande do Sul e estados do Nordeste (Facchini, 2018).

A história da construção da atenção primária brasileira, registra o início da utilização de medicinas alternativas e complementares por profissionais de saúde, evidenciada por registros no sistema de saúde pública, desde a década de 1980 (Brasil, 2006).

Quando a Conferência de Alma-Ata define sua proposta, no Brasil já estavam acontecendo experiências com os mesmos fundamentos do documento proposto pela Conferência (Facchini, 2018).

Em registros históricos do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas (UFPel, 1976), consta que dois anos antes de Alma-Ata, foi criada uma Unidade Básica de Saúde (UBS) vinculada ao departamento, que já apresentava aspectos de uma atenção primária universal, com livre acesso à população, atendimento gratuito e território definido para as ações em saúde.

Quando o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, em 1988, dez anos após a Conferência de Alma-Ata, o paradigma da atenção primária universal e integral já havia sido sedimentado (Facchini, 2018). Nesse contexto, o conceito de saúde foi ampliado, adotando uma concepção mais ampla para a compreensão do processo de cuidar e dos cuidados da saúde (Brasil, 1988).

O Brasil, então, conseguiu construir um sistema de saúde de acesso universal (financiado com recursos pagos pela população por meio de impostos) integral, desde a vacina até os transplantes. Contudo, o financiamento do SUS ainda consiste na fragilidade do sistema, que atravanca a acessibilidade plena à saúde pública no Brasil (Facchini, 2018).

Para viabilizar os fundamentos propostos pelo SUS, o Brasil promoveu diferentes políticas públicas, além de promulgar várias deliberações, como a implantação de práticas alternativas de assistência à saúde em 1986, na Oitava Conferência Nacional de Saúde. Em 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) determinou diretrizes para o atendimento em Homeopatia, Acupuntura, Termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e Fitoterapia (Brasil, 2018).

O Ministério da Saúde publicou uma política para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS), apenas no ano de 2006, através da Portaria GM/MS nº 971. O Governo Federal criou esta política como forma de atender a demanda criada pela Organização Mundial de Saúde em inserir as medicinas alternativas e complementares, no sistema de saúde público de seus países membros e às deliberações da 1º Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001, 1º Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2003 e a 2º Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde,



em 2004, ressaltando a necessidade de acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos. As Conferências legitimaram as propostas terapêuticas que, segundo evidências históricas, participaram da construção da atenção primária brasileira (Brasil, 2006).

Essa ação política gerou outra demanda governamental, criada pelos conselhos profissionais, que ainda não reconhecem essas práticas terapêuticas e se opõem ao seu reconhecimento pelo Ministério da Saúde. Atualmente, a indústria farmacêutica se manifesta em oposição a essa política (Sampaio, 2019).

## **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**

A regulamentação de práticas tradicionais de cuidado em saúde chegou ao Brasil como uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir da Declaração de Alma-Ata em 1978.

No Brasil, a criação da política iniciou-se em junho de 2003, quando o então Ministro da Saúde, Humberto Costa (governo Lula I), reuniu-se com representantes das associações nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, com vista a

desenvolver diretrizes para práticas de saúde que estavam sendo realizadas no sistema de saúde pública de vários estados e municípios brasileiros. O Ministério da Saúde criou um grupo gestor responsável pela formulação da PNPIC, determinando a criação de quatro subgrupos de trabalho, baseando-se nas áreas de atuação dos profissionais envolvidos, devido às especificidades de cada uma delas. O grupo gestor desenvolveu um plano de ação para ser adotado pelos subgrupos, posteriormente consolidando um documento técnico para ser utilizado na elaboração da política. Os subgrupos tiveram autonomia para definir o seu plano de ação e alguns subgrupos, como o da Homeopatia, Fitoterapia e Medicina Antroposófica, realizando fóruns com importante participação da sociedade civil organizada de várias regiões do Brasil, além de reuniões técnicas para concluir o plano de ação. O subgrupo da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e Acupuntura realizaram reuniões técnicas, fundamentadas em documentos da OMS (Brasil, 2006).

Foi feito um diagnóstico situacional através da avaliação das práticas já inseridas no SUS; levantamento da capacidade instalada; número e perfil dos profissionais

envolvidos; capacitação de profissionais; qualidade dos serviços, entre outros critérios.

Segundo documentos da PNPICS (2006), o grupo gestor e os subgrupos de trabalho contaram com a contribuição dos seguintes órgãos, entidades e instituições:

- Coordenação-geral do processo de formulação da política nacional:
- Secretaria-Executiva/MS;
- Secretaria de Atenção à Saúde/MS.
- Subgrupo de trabalho – medicina tradicional chinesa/acupuntura:
- Secretaria de Atenção à Saúde (coordenação);
- Secretaria-Executiva;
- Secretaria de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde;
- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos;
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- Governo do Distrito Federal – Secretaria de Saúde;

- Município de São Paulo – Secretaria de Saúde;
- Município de Campinas – Secretaria de Saúde;
- Associação Médica Brasileira de Acupuntura (AMBA);
- Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA);
- Subgrupo de trabalho – homeopatia;
- Secretaria de Atenção à Saúde (coordenação);
- Secretaria-Executiva;
- Secretaria de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde;
- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos;
- Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB);
- Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH);
- Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas Homeopatas (ABCDH);
- -Subgrupo de trabalho – plantas medicinais e fitoterapia;

- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (coordenação);
- Secretaria-Executiva;
- Secretaria de Atenção à Saúde;
- Fiocruz – Farmanguinhos;
- Associação Nacional de Fitoterapia em Serviços Públicos (ASSOCIOFITO);
- Instituto Brasileiro de Plantas Mediciniais (IBPM);
- Associação Brasileira de Fitomedicina (SOBRAFITO);
- Rede Latino-Americana Interdisciplinar de Plantas Mediciniais (RELIPLAN);
- Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina;
- Subgrupo de trabalho – medicina antroposófica;
- Secretaria de Atenção à Saúde (coordenação);
- Secretaria-Executiva;
- Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (ABMA).

Em seguida à conclusão do projeto da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, o documento foi enviado para apreciação pelas Câmaras

Técnicas dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite, sendo aprovado em fevereiro de 2005.

Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) após várias reuniões entre profissionais do Ministério da Saúde e a Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiológica, a proposta de política foi apresentada em dezembro de 2005, com restrições quanto ao texto referente à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura e à denominação da política.

Foi formada uma subcomissão com representantes do CNS, técnicos do Ministério da Saúde e outros profissionais para redigir a proposta final que seria reavaliada em fevereiro de 2006, conquistando a aprovação por unanimidade. Nesse momento, foi sancionada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, publicada através das portarias ministeriais nº 971 de 3 de maio de 2006 e nº 1600 de 17 de julho de 2006 (Brasil, 2006).

A institucionalização da PNPICS é resultado do histórico sanitário brasileiro: eficácia clínica e sociocultural sustentada na tradição, reconhecendo o

pluralismo terapêutico presente na cultura da sociedade (Barros, 2007; Andrade; Costa, 2010). Os princípios de promoção global do cuidado humano, integração do ser humano com a natureza e a sociedade, a ampla abordagem da doença e da saúde e a utilização de recursos naturais de prevenção constituem elementos da integralidade do cuidado, holística e complexa, como referem as diretrizes defendidas pela OMS e pelo Ministério da Saúde (Luz, 1993).

Segundo Glass e Lima (2021), os documentos brasileiros apresentam visões epistemológicas diferentes das apresentadas pela OMS, a começar pelos objetivos da implantação dessas práticas. No Brasil, a integralidade do cuidado, a humanização dos atendimentos e a atenção primária à saúde, constituem os objetivos principais da política brasileira. A melhoria na atenção à saúde indígena consta nos objetivos a serem alcançados. Assim, as portarias do Ministério da Saúde defendem um paradigma de saúde distinto do que é denominado de modelo biomédico, defendido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Trata-se de um ato político polêmico por envolver a demarcação entre o científico e o não científico.

O Conselho Federal de Medicina manifestou-se em 13 de março de 2018, em nota à comunidade médica e à população, alegando que as PICS não apresentam resultados e eficácia comprovadas cientificamente; que a incorporação dessas práticas ignora as prioridades de alocação de recursos no SUS; e, por fim, a prescrição e adoção de terapias sem reconhecimento científico são proibidas aos médicos brasileiros (CFM, 2018).

Glass e Lima (2021), entendem que o CFM, ao se pronunciar sobre a alocação de recursos públicos, demonstrou desconhecimento sobre as políticas que apoiam as PICS, como: Política Nacional de Atenção Básica; Estratégia de Saúde da Família; Política Nacional de Educação Popular em Saúde, bem como o inciso da Constituição de 1988, que dispõe sobre a integralidade da atenção das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Ressalta-se, em referência à nota de 13 de março de 2018 do CFM, o destaque à falta de comprovação científica das PICS e a proibição dos médicos em aplicarem terapias não comprovadas cientificamente, demonstrando mais uma vez a demarcação epistemológica. Essa mesma opinião é partilhada pela Associação Médica Brasileira (AMB) que publicou um



artigo referindo-se à primeira portaria regulamentar das PICS (2006) como “Portaria equivocada” (2006).

A Sociedade Brasileira de Física (SBF), em 2018, publicou uma carta pública, intitulada “Um basta à pseudociência” (2018), demonstrando um posicionamento epistemológico combatido pelo já referido Guattari (1990). O autor classifica a “esquizoanálise” como catecismos psicanalíticos, comportamentalistas, sistematizados, que levam a sociedade a se desfazer de suas crenças e práticas culturais por não se classificarem em paradigmas pré-determinados por padrões universais.

### **PNPICS: conjuntura atual**

Segundo dados do Ministério da Saúde (2020), existe o registro de 17.335 estabelecimentos de saúde que oferecem PIC na atenção básica em 4.297 municípios. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a que mais oferece essas práticas, concentrando 90% da oferta em serviços de saúde. Foram realizados dois milhões de atendimentos com PICS nas UBSs desde a criação da política. A prática mais utilizada foi a Medicina Tradicional Chinesa, incluindo acupuntura e fitoterapia, com mais de 1 milhão

de atendimentos (Brasil, PICS, 2020). Registros do Ministério da Saúde demonstram um crescimento substancial na oferta de PICS entre os anos de 2017 e 2019. Somente em 2017, foram publicadas portarias importantes para o aprimoramento do registro das PICS nos sistemas de informações do SUS (BRASIL, 2020). Desde então, foi possível incrementar o monitoramento dessas práticas nos estabelecimentos de saúde pública e constatar sua expansão.

Nos seus primeiros dez anos, existiu uma indefinição do escopo da política, resultando em falhas no registro de informações pertinentes às ações em PICS no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Essa dificuldade de registro foi atribuída à falta de códigos de identificação dessas práticas para preenchimento dos formulários. Estudos referem que ainda existe uma insuficiência de diretrizes operacionais para implementação da PNPIC nos municípios brasileiros, o que dificulta a sua consolidação no SUS, no contexto na Atenção Básica (Habimorad; Catarucci, 2020).

Os dados do Ministério da Saúde (SCNES, SISAB/DATASUS) apontam para a concentração de estabelecimentos de saúde com PIC em APS nas regiões Sudeste e Nordeste, existindo diferenças regionais significativas na implantação dessas terapias complementares.

Acredita-se, que essa diferença se deve ao fato de municípios dessas regiões estarem envolvidos com terapias complementares por meio de iniciativa de voluntários, desde 1980, como aconteceu em Uberlândia-MG, com a utilização da fitoterapia. Nesse município o processo de implantação de PIC ocorreu por meio da criação do Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PMPICS), uma articulação entre o prefeito, câmara de vereadores, Comissão Interssetorial de PICS (CIPIC) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Alves; Querino, 2019).

Sob a ótica da proposta de Immergut (1996), ressalta-se a importância da Central de Movimentos Populares (CIPIC e CNS) na estruturação das PICS no município. Os principais desafios elencados pelos gestores, de acordo com estudos de Costa e Costa (2019) e Habimorad e Catarucci (2020) correspondem a: falta de

coordenação nacional oficial da PNPIC no contexto do Ministério da Saúde; inexistência de dotação orçamentária para implantação e implementação das PICS nos municípios brasileiros (a própria PNPIC não explica seu financiamento), ressaltando a importância do Poder Executivo na formulação de políticas (Immergut, 1996); predominância do atual modelo biomédico, voltado para os tratamentos alopáticos; falta de conhecimento das PICS (o que pode contribuir para a formação de opiniões equivocadas sobre o assunto, dificultando a relação da equipe de saúde com os praticantes desses métodos) e carência de capacitação de recursos humanos no SUS.

Segundo Santos e Tesser (2012), uma estratégia para facilitar a implantação da PNPIC e a melhoria de acesso às PIC ocorreria através de quatro fases:

- Fase 1: estabelecer os profissionais que irão conduzir as PIC (preferencialmente profissionais com experiência em PIC);
- Fase 2: realizar uma análise situacional, quando os profissionais, atuantes ou não em PIC, seriam recrutados para levantar questões que dificultam a implantação das PICS, estratégias de

organização das ações e de fluxo de atendimentos dos serviços e a formalização das ações;

- Fase 3: regulamentação para o desenvolvimento das PIC de acordo com a PNPIC;
- Fase 4: implantação cíclica e contínua, baseada na capacidade de atendimento da equipe envolvida no processo. Para tanto, serão necessários investimentos iniciais e capacitação contínua dos profissionais da rede para atendimento de modo qualificado e resolutivo.

Observa-se que é necessário reunir gestores, profissionais da saúde e a sociedade para promover debates sobre a relevância das PICS como um novo paradigma de cuidado integrativo. Essa coparticipação é fundamental para a implantação da PNPIC, pois é através dessa interação que é possível planejamento adequado e sustentabilidade das ações (Costa; Costa, 2019; Habimorad; Catarucci, 2020). As diferenças regionais no Brasil, na implantação da PNPIC, se devem, a princípio, por diferenças nessas interações. Essa interação entre os atores é determinante no “jogo

político”. A relação entre os poderes do Estado, são determinadas pelas “regras do jogo” estabelecidas pelas instituições políticas que, por sua vez, são determinadas pelos resultados eleitorais e pelos sistemas partidários. Sob essa perspectiva, uma proposta política pode ter uma história diferente em diferentes sistemas políticos, devido a maior ou menor influência de grupos de interesse (Immergut, 1996).

Como a PNPIC não dispõe de financiamento, é de grande relevância sua defesa política nos conselhos de saúde e em outras instâncias do poder público. O enfrentamento dos desafios de implantação da política requer criação de legislação específica dos estados e municípios que garantam a destinação de recursos para a operacionalização dessas práticas (Habimorad; Catarucci, 2020).

É importante considerar a relevância de políticas institucionais que facilitem a apresentação dessas práticas em ambientes acadêmicos, bem como demonstrar sua eficácia nos tratamentos de pacientes; e em ambientes de cultura local e organizacional, como forma de readequar o modelo biomédico vigente, em que as pessoas esperam apenas por medicalização para controle de suas

enfermidades, dificultando a implementação da política em questão (Silva; Lima, 2015, Moura; Sousa, 2017, Reis; Esteves, 2018). Além disso, a relação existente entre as PICS e as práticas da cultura popular e religiosa do Brasil é reconhecida como uma potencialidade no processo de implantação dessa política, de forma a facilitar sua aceitação pela população brasileira (Habimorad; Catarucci, 2020).

Desde a criação da PNPIC, observou-se progressos consideráveis nas diretrizes operacionais para a sua implementação, o que determinou o avanço no número de municípios brasileiros que aderiram ao novo modelo terapêutico (Brasil, 2020). Nesses 18 anos, a PNPIC foi abordada de diferentes formas pelos diferentes gestores, em diferentes conjunturas, que podem ser consideradas como as variáveis externas propostas, pelo modelo de sistemas de David Easton (1957), que compreendia a interação entre problema, regras e decisões políticas. Essas variáveis externas determinam períodos de estagnação e períodos de avanços na história dessa política. Assim, pode-se elencar como variáveis o conhecimento das PICS por parte dos gestores e da sociedade, sua aceitação pelos profissionais de saúde e

pelos usuários do SUS, o envolvimento da sociedade civil organizada, bem como o grau de cooperação entre os defensores da política e a gestão.

Nos últimos cinco anos, na instância federal, aconteceram importantes conquistas como a criação da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, criada em março de 2018 pelo Ministério da Saúde no âmbito da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde, mas regulamentada apenas em fevereiro de 2021, estando sob o comando da biomédica Christiane Santos Matos até final de 2022. O Laboratório de Inovação em Saúde sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (LIS PICS), criado em outubro de 2021, foi outro avanço na expansão da PNPIC e conta com a participação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a referida Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPICS). O LIS PICS acompanha experiências exitosas em PICS no SUS como estratégia de trocar conhecimento entre os participantes e divulgar evidências de resultados terapêuticos com as PICS (Brasil LIS PICS). Constatou-se também,



diferentes níveis de progresso nas instâncias estadual e municipal (Brasil, 2020), demonstrando que os resultados eleitorais e a conjuntura realmente determinam diferenças no processo decisório e nas ações políticas, assim como a participação popular organizada.

Pode-se concluir que o Poder Executivo, nesses últimos seis anos, tem se organizado de forma a incentivar a implantação e implementação da PNPICS, mas ainda existem importantes diferenças na sua implantação nas diferentes regiões do Brasil. Diante dessa constatação, ressalta-se a importância da divulgação da PNPICS entre os gestores estaduais e municipais, bem como no ambiente acadêmico de saúde e entre os profissionais e usuários do SUS. Levar essa discussão à sociedade civil organizada nas diversas regiões do país, revela-se, também, como importante estratégia na implantação desse novo modelo terapêutico, bem como esforços interdisciplinares, multiprofissionais, gerenciais, principalmente participativos e motivacionais, fundamentados na subjetividade humana (Andrade; Costa, 2010).

## **A PNPICS na Percepção da Atual Gestão Nacional da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**

Na esfera federal a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde é coordenada por Marcos Vinicius Pedrosa, diretor do Departamento de Gestão do Cuidado Integral na Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, desde 2 de janeiro de 2023, quando a presidência da república foi assumida por Luís Inácio Lula da Silva. As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, no governo anterior, estavam sob coordenação do Departamento de Estratégia de Saúde da Família. Entretanto, o atual governo decidiu colocá-las em um departamento que as permitisse interagir de forma transversal com as demais políticas deste departamento, contemplando o cuidado com crianças, jovens, mulheres, homens e idosos.

A institucionalização da PNPICS foi uma resposta à demanda social que já existia desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Todavia, em 2003, um grupo de associações profissionais vieram ao Ministério com a solicitação de uma política. O debate desta proposta perdurou por três anos, com o Conselhos Nacionais de

Saúde e com a Câmara Intergestora Tripartite (CIT). Até que própria OMS fomentou esse movimento com a publicação de sua Estratégia para implementação das práticas tradicionais para o período 2002-2005, de forma que as associações profissionais brasileiras envolvidas neste contexto, trouxeram em mãos esse documento da OMS, ao Ministério da Saúde – naquele momento liderado por Humberto Costa, ministro no governo Lula I – de maneira a demonstrar que não se tratava apenas de uma demanda nacional, mas internacional. Assim, em 2006, as PICS foram institucionalizadas no Brasil. Atualmente 93% dos municípios brasileiros oferecem PICS. As PICS mais ofertadas no Brasil são as relacionadas à Medicina Tradicional Chinesa, com a Auriculoterapia, Acupuntura, Ventosaterapia, entre outros.

Dentre as figuras mais importantes na história da PNPICS, foram elencadas pela gestão o ex-ministro da saúde Humberto Costa, com quem iniciou a implementação da política, o atual diretor técnico do Departamento de Gestão do Cuidado Integral, Daniel Amado, que tem participado desse processo desde 2010; a Associação Brasileira de Fitoterapia; o Colégio Médico

de Acupuntura; a Associação Médica de Homeopatia; o Conselho Nacional de Saúde; a FIOCRUZ; a professora Madel Therezinha Luz, pesquisadora da Sociologia da área da Saúde e da Vida, idealizadora do grupo de pesquisa Racionalidades Médicas e Saúde (iniciado na década de 1990), uma pesquisadora fundamental para se pensar em um referencial teórico no Brasil; o professor Nelson Filice, Cientista Social, sempre presente em discussões da implementação dessa política; Charles Tesser, médico de família, professor da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), uma parceria com a qual o Ministério da Saúde conta na construção do curso de Auriculoterapia; Carmen de Simoni, que foi a primeira coordenadora da política de PICS em 2006 até 2010.

Esse processo de implementação da PNPICS seguiu regras que estão descritas no próprio texto da política, no qual são referidas as atribuições do governo federal, estadual e municipal. A PNPICS é uma política transversal, contemplada por outras políticas públicas como a de Promoção de Saúde, de Alimentação e Nutrição e a própria PNAB (Política de Atenção Básica). Não existe um programa específico das PICS, mas elas

são consideradas em várias outras políticas, que fortalecem a implementação da PNPICS.

Há alguns anos, as medicinas tradicionais eram classificadas como alternativas; atualmente, denominam-se como integrativas e complementares, não fazendo jus ao real papel que essas terapias possuem no desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro. Um dos objetivos do governo Lula III é atualizar a política através de uma revisão conceitual. O Estado também tem planejado a política de PICS como um campo de ferramentas para o cuidado clínico e estratégico do cuidado ao longo da vida, incluindo a promoção de saúde. As PICS são relevantes no contexto da saúde mental, cardiovascular, controle da dor, que, por sua vez, contempla os cuidados paliativos, e na promoção da saúde planetária, através da proposta inerente das PICS quanto ao cuidado da saúde do meio ambiente.

Quanto à coordenação nacional das PICS, entende-se que sempre existiu uma coordenação com autonomia envolvendo projetos, porém sem uma estrutura no organograma da gestão. Atualmente, Marcos Vinicius Pedrosa coordena a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, enquanto Daniel Amado responde pela Diretoria

de Departamento e coordenação do Núcleo Técnico (grupo de trabalhadores que apoiam as ações do Ministério da Saúde e do Departamento na política). Os processos de planejamento são de responsabilidade de Daniel Amado.

No planejamento, configuram-se as capacitações em PICS, desenvolvidas em Auriculoterapia, que é uma prática com a qual se teve uma experiência exitosa no Brasil e constitui-se uma das medicinas tradicionais com maior alcance no mundo; Fitoterapia, Plantas Medicinais e Territórios Saudáveis, que constituem outro eixo da política; iniciativas com PICS envolvendo saúde mental, dor e cultura de paz. As capacitações se destinam aos profissionais da atenção primária à saúde (equipes de saúde da família; saúde bucal e multiprofissionais).

O Ministério da Saúde oferece, em plataforma, seis cursos de PICS de ensino à distância (EAD), que contam com mais de 150 mil participantes. A PNPICS conta com canais nacionais para compartilhamento de informações e experiências com PICS, para gestores regionais, universidades e organizações de terapeutas PICS. Os encontros para compartilhamento dessas experiências,

entre os estados brasileiros, ocorrem conforme a demanda. Não há regularidade para essas atividades.

Quanto à ideia do desenvolvimento do Laboratório de Inovação em Saúde em PICS, surge a partir da aproximação do Ministério da Saúde com a OPAS. O Ministério tinha a intenção de documentar algumas experiências de excelência que pudessem ser utilizadas pelos municípios. Então, em 2020, foram previstos recursos para essa organização internacional, que implementou a proposta com o Laboratório de Inovação em Saúde em PICS (LIS-PICS).

Os atributos da PNPICS, conforme a proposta de Bernardo (2016), foram avaliados de forma positiva pela gestão nacional. Segundo Marcos Pedrosa, a vantagem relativa da política sobre as demais atribuídas ao cuidado, se refere ao baixo custo de sua implantação, independência de tecnologias e/ou grandes investimentos e alcance na promoção de saúde.

Quanto aos valores políticos brasileiros, a gestão classifica a PNPICS como compatível aos valores expressos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a ideia da participação popular, visto que foi a própria sociedade civil organizada, com trabalhadores e gestores

representativos das três esferas de governo, que promoveram sua implementação, com o mesmo arranjo de governança do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Segundo Marcos Vinicius Pedrosa, a política dialoga com outros valores políticos brasileiros, como a racionalidade que fundamenta a política a partir de sua legitimidade social e a integralidade do cuidado, sob aspectos abordados no Brasil, abrangendo as dimensões física, psíquica e espiritual de cada paciente e lhe ofertando uma extensa gama de possibilidades terapêuticas para atingir esse objetivo.

A complexidade da PNPICS torna difícil sua implementação, pois envolve práticas multidisciplinares, com diferentes profissionais de saúde que normalmente exercem atividades reguladas não só pelos seus Conselhos Profissionais, como pelos Conselhos de Saúde. Os Conselhos Profissionais partem de premissas exclusivamente pelo ato profissional no qual as PICS, na maioria das vezes, não são reconhecidas. Além disso, a relação interprofissional que envolve o exercício das PICS gera conflitos nas equipes de saúde, principalmente, com os profissionais que as não reconhecem como práticas terapêuticas. A complexidade



da PNPICS envolve paradigmas de cuidado que vão de encontro às propostas terapêuticas consolidadas na Medicina Convencional, envolvendo conceitos do que é ciência, do que talvez seja ciência e do que não é ciência, mas que se autoconfigura como sendo uma prática integrativa de cuidado, e que pode causar riscos por envolver conceitos que não são científicos. Outra dificuldade a ser destacada na PNPICS é a própria epistemologia da ciência, envolvendo a racionalidade, questões paradigmáticas, até a coordenação de projetos de atuação com terapeutas de práticas integrativas que sejam ou não, profissionais de saúde.

Quando se fala de PICS, se fala de práticas profissionais, no qual se deve considerar a regulação do trabalho, que por sua vez envolve a regulação do aparelho formador, diretrizes curriculares, distinções legais entre curso livre, curso técnico e curso superior e como o Ministério do Trabalho reconhece essa atividade.

Outra dificuldade na operacionalização da PNPICS é a confusão que permeia o reconhecimento dos saberes tradicionais das populações brasileiras – como indígenas, quilombolas, cigana, romani, dos campos, da floresta e das águas – como se correspondesse necessariamente, a

um reconhecimento de novas profissões. Esta é uma grande encruzilhada na implementação da política.

Existe outra dimensão envolvida pelas PICS, que é delimitada pelos saberes tradicionais e populares. Dessa forma, as práticas tradicionais exercidas no Brasil, não serão as mesmas da Rússia, China e Índia; cada lugar terá um arranjo próprio, condicionado pela educação popular em saúde. Cada região reconhecerá terapias que respondam às incertezas causadas pelos sintomas. Reconhece-se que as PICS oferecem segurança e fortaleza às pessoas que passam por experiências de adoecimento, que acarretam sofrimento e sensação de desamparo. A gestão espera que os conhecimentos tradicionais possam ser consolidados pela construção de evidências científicas de ensaios clínicos, de forma a garantir segurança na promoção das práticas integrativas.

A gestão considera que a PNPICS, não é fácil de ser analisada, pois se tem indicadores de processo e de satisfação, mas não de impacto; o que dificulta mensurar sua integralidade. Sabe-se, por exemplo, que as PICS são ofertadas em mais de 80% dos municípios brasileiros; conhece-se o número de profissionais capacitados, mas não se possui o indicador para avaliar o impacto. A

escolha das práticas que se pretende promover se dá através de uma escolha racional, fundamentada na sua aplicabilidade, em seu alcance populacional, nos seus resultados clínicos possíveis. Se existem dados de profissionais que estão implementando a Auriculoterapia, sobre a satisfação dos pacientes com a aplicação da técnica, correspondendo a sustentabilidade da implementação. Existem pesquisas municipais na qual se observou redução no uso de analgésicos em unidades de saúde que ofertam práticas integrativas, mas são observações locais.

Quanto a experimentabilidade, a gestão considera que o acesso ainda é pequeno, considerando que se tem quatro milhões de procedimentos de práticas integrativas por ano, tendo em vista que normalmente, o mesmo paciente realiza mais de um procedimento.

Sobre como foi a tradução da PNPICS para o contexto brasileiro, a gestão esclarece que as PICS iniciaram sua história no Brasil participando da reconstrução do modelo de saúde pública nacional, visto que as práticas integrativas começaram a ser utilizadas na atenção primária à saúde, concomitantemente, com a

construção do SUS, apresentando um alcance inovador para o cuidado em saúde.

Quanto ao financiamento dessas terapias, a gestão refere que, na prática, ele é feito a partir do arcabouço geral dos recursos da PNAB (Política Nacional da Atenção Básica), apesar das PICS serem também, estratégias para o cuidado na atenção especializadas. As equipes que oferecem PICS não contam com um recurso financeiro federal específico para manutenção dessas terapias. O financiamento existente se dirige ao município por equipe implantada e pelo alcance de alguns indicadores, que estão sendo rediscutidos pelo Ministério da Saúde com o intuito de redefinição nos próximos meses.

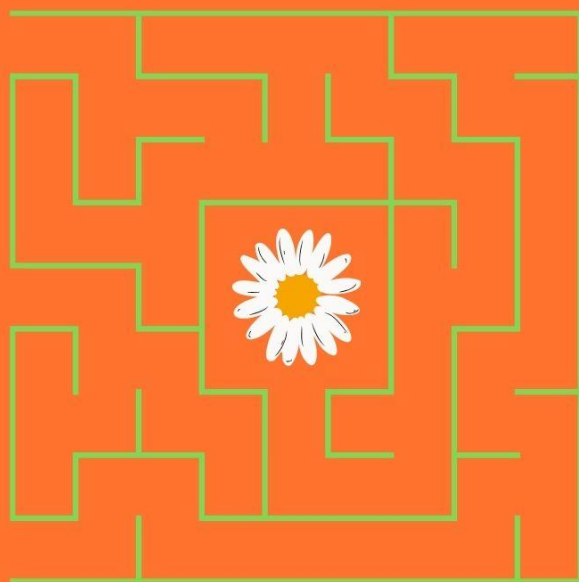
O governo brasileiro não dispõe de nenhum incentivo financeiro internacional; a gestão destacou que o que acontece, na prática, são projetos executados pela OPAS (sede da OMS na América) com financiamento brasileiro. Através dessa parceria, o Brasil tem trabalhado em projetos na América Latina e Caribe envolvendo medicinas tradicionais. Em agosto de 2023, aconteceu a primeira cúpula da OMS sobre o tema, em Nova Deli, da qual o Brasil também participará. Destaca-se ainda, a

parceria de projetos que está se confirmando entre os BRICS – principalmente, Brasil, Índia, China e África do Sul, que são nações que têm uma história importante de experiências com essas terapêuticas. O gestor classifica o Brasil como uma das grandes lideranças nesse processo de difusão política.

O gestor refere que existem parcerias do Ministério da Saúde com instituições privadas, que acontecem através do PROADI – SUS, no qual hospitais privados de excelência, como o Hospital Sírio Libanês, Albert Einstein, Moinhos de Vento, realizam pesquisas com o propósito de aprimorar o SUS, com recursos financeiros advindos da isenção fiscal promovida pelo governo federal. Atualmente, a gestão está em negociações com o Hospital Moinhos de Vento para implementar pesquisas envolvendo práticas integrativas. A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), também é citada como uma importante instituição apoiadora do Ministério da Saúde, contribuindo com um grande grupo de pesquisadores, com uma grande interlocução nos territórios brasileiros e uma importante atuação no campo da pesquisa.

No contexto federal, os maiores desafios para a PNPICS representam a construção de um consenso do

que formará a agenda política envolvendo as PICS para os próximos anos, considerando que a PNPICS completará 18 anos em 2024; além de restrições orçamentárias e todo o contexto profissional, como as formações profissionais a regulação do trabalho e o envolvimento interprofissional que envolve as PICS.



## Capítulo 4

# Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul (PEPIC/RS)

## **PEPIC/RS: uma política que considera a espiritualidade através da integralidade no cuidado**

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS), publicada em 2006, além de reconhecer novas propostas terapêuticas para os pacientes do sistema de saúde pública brasileiro, reconhece que a descentralização na implementação da política, contribuiria na sua difusão (Brasil, 2006; OMS, 2002). Os estados contaram com a liberdade de implementar suas políticas regionais de PICS, conforme o contexto e as necessidades de suas sociedades. Em 2013, através da Resolução 695, foi publicada a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Rio Grande do Sul, apresentando em seu texto a espiritualidade como determinante de saúde/doença.

Compreende-se essa conjuntura como uma dinâmica de transferência de políticas públicas de uma organização internacional, a OMS, que considera as PICS como uma estratégia de oferta de saúde, primeiramente, para países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (OMS, 2002); para o Brasil, que, por sua vez, entende a proposta como um meio de exercício da integralidade no cuidado em saúde; até o contexto local, Rio Grande do



Sul, que a traduz como uma forma de abordar a espiritualidade, uma das dimensões do indivíduo que deve ser considerada para um cuidado integral (PEPIC/RS, 2013).

A forma de implementação da PNPICS (2006), determinada pelo governo federal foi permitir que os gestores estaduais adaptassem a política aos seus contextos locais, determinando em seu texto que os gestores estaduais do SUS são responsáveis pela elaboração de normas técnicas para inserção das terapias alternativas na sua rede de saúde, bem como a definição de recursos orçamentários e financeiros para a implementação da PNPICS (considerando a composição tripartite); a promoção de articulação intersetorial; a implementação de diretrizes da educação permanente em acordo com a realidade local e regional; a definição de instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da sua implementação. Junto com os municípios, os estados devem apoiar a implantação e supervisão das ações e a vigilância sanitárias das ações da PNPIC, além de incentivar estudos de farmacovigilância e fármaco-epidemiologia, entre outras. Cabe também ao

estado a apresentação de propostas para a inclusão das PICS ao Conselho Estadual de Saúde.

Em agosto de 2012, no Rio Grande do Sul, o I Seminário Regional Sul de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, promovido pela SES e Comissão intersetorial de PICS do Conselho Nacional de Saúde, com o apoio da Federação dos Municípios e Conselho Nacional de Secretários Municipais destaca em sua Carta de Porto Alegre, a necessidade de garantir o acesso do usuário do SUS a essas práticas, em todos os níveis de atenção e programas de saúde. Tal discussão destacou a relevância do aporte científico e da segurança para a utilização dessas terapias, bem como o reconhecimento de seu uso em outras culturas pelos resultados alcançados. Esse seminário foi um importante marco de legitimação da necessidade de uma Política Estadual de PIC e contou com a participação de servidores estaduais e municipais de saúde, de usuários do sistema público de saúde do RS e expressivo número de diferentes terapeutas (PEPIC/RS, 2013). Diante disso, percebe-se o interesse do governo do RS em seguir um padrão internacional já aceito na esfera nacional, pelo

entendimento de participar de uma região geopolítica contígua, mais abstrata (Oliveira; Pal, 2018).

Os movimentos populares e as entidades civis organizadas, em favor de práticas tradicionais de cuidado, foram fundamentais para fortalecimento da CEPIC (Comissão de Elaboração da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde), movimentando-se de encontro à medicina ocidentalizada, biomédica, compartimentada, que desconsidera o contexto social, econômico, cultural e espiritual como determinantes de saúde ou adoecimento (Costa; Costa, 2019; Habimorad; Catarucci, 2020). Muitos profissionais do governo do estado do RS, partilhavam da ideia de que a ocidentalização da medicina acarretou o apagamento da medicina tradicional e desumanizou o cuidado. Isto posto, o resgate de técnicas de cuidado fundamentadas na cultura e nas tradições dos povos, trouxe para debate também, a humanização da saúde (Barros, 2007).

Seguindo o movimento nacional e internacional pelas práticas de medicina tradicional complementar, como são chamadas as PICS na literatura internacional, o Rio Grande do Sul buscou uma política pública para

valorização das plantas medicinais, através da Lei Estadual 12.560/2006, que instituiu a Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Rio Grande do Sul, 2006). No seu artigo 4º, item II a lei prevê que “para implementar essa política, é necessário promover ações para o uso da fitoterapia nos serviços públicos de saúde”. Sendo assim, foi implementada a lei estadual, depois de seis anos de vigência e com amplo respaldo político, técnico e institucional, em relação a uma das práticas integrativas mais populares no Rio Grande do Sul, que, segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2009) é o estado que mais oferece plantas medicinais e fitoterápicos em seu sistema de saúde pública. Essa política foi o resultado do Projeto Plantas Vivas, empreendido pelo Fórum pela Vida da Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembleia Legislativa, o qual já havia originado em 2000, uma primeira iniciativa de formulação de uma política para a área. O movimento de inserção das plantas medicinais e fitoterápicos no SUS foi fator de estímulo à institucionalização das PICS no sistema público de saúde do Rio Grande do Sul (RS, 2013). De acordo com Santos e Tesser (2012), a “tradicionalidade” do uso de plantas medicinais pela

população a coloca como a primeira prática integrativa a ser reconhecida para uso na área da saúde pública.

A publicação da PNPIC, em 2006, ensejou não só os estados, mas também os municípios a produzirem suas próprias políticas e diretrizes quanto à oferta e ao uso das PICS no SUS. Além do Rio Grande do Sul, estados como Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Norte e Espírito Santo, acrescentaram novas práticas além das previstas na política nacional. Leis e portarias municipais também foram promulgadas para legitimar essas práticas terapêuticas (Toniol, 20015). A prefeitura de Santo Ângelo, no interior do Rio Grande do Sul, instituiu, por meio de decreto de lei, o Programa Municipal de Terapias Naturais, com o objetivo principal de implementar, nas suas Unidades Básicas de Saúde, atendimentos de Bioterapia, Bioenergética, Iridologia, Hipnose, Alfa Terapia, Oligoterapia, Radiestesia, entre outras (Santo Ângelo, 2012).

No Rio Grande do Sul, foram realizados vários fóruns de discussões das PICS, antes de sua institucionalização. Destacam-se os seminários anuais de Saúde Holística da Assembleia Legislativa, em mais de oito edições, que entre conferências, palestras, vivências

e debates, reuniram em torno de mil pessoas ao ano, entre terapeutas e usuários; com grande diversidade de propostas. Esses seminários evidenciaram a importância do Legislativo na agenda das políticas públicas (PEPIC/RS, 2013).

O relato de Rodrigo Toniol, então aluno de doutorado, que atuou como observador convidado da construção política e contribuiu com a revisão bibliográfica e estudos científicos para a comissão de elaboração da política estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CEPIC), grupo responsável pela elaboração da Política Estadual de PICS do Rio Grande do Sul, colabora muito para o entendimento do ciclo político, marcado pela pluralidade de agentes envolvidos e pela diversidade de interesses.

### **Análise do Ciclo Político da PEPIC-RS a partir de Relatos Históricos**

A microdinâmica das transferências, difusão e circulação de políticas públicas, não são lineares e racionais. Existem outros processos envolvidos, pois muito comumente uma política tem que ser traduzida, o que requer sua interpretação por quem a está

promovendo, recebendo e implementando. De fato, a transferência de políticas sem adaptações é um fenômeno raro. Mesmo nos casos de imposição institucional como o das Constituições Estaduais brasileiras, há espaço para a interpretação das normas (Jakobi, 2009).

Em face a isto, destacam-se os relatos de Toniol (2015), quando descrevem o início do fluxo político da PEPIC RS através do interesse do secretário adjunto do governo do estado do RS, em 2011, ao manifestar a alguns servidores estaduais, que já trabalhavam com PICS, o seu interesse em criar uma política estadual para legitimar essas terapias (Terra, 2021).

Em seguimento, montou-se a comissão para elaboração da PEPIC-RS. A portaria que instituiu e nomeou os membros da CEPIC está registrada com o número 201/2012 na Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Durante 18 meses, quinzenalmente, a comissão dedicou-se ao debate sobre a viabilidade da introdução das terapias no SUS.

Em 2012, diante de uma proposta para uma política estadual de PICS, apresentada ao secretário-adjunto, pelos empreendedores políticos, Toniol (2015) refere que o temor principal era por uma reação opositora do

Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS), registrada em programas de rádio, televisão e jornais, referindo que “medicina é uma só e só se faz com médicos”; e pela ação civil que impetrou contra a União pela oficialização da oferta de PICS no SUS. O Conselho Estadual de Saúde, instância pela qual a política necessariamente teria que passar para ser instituída, era considerado como uma das resistências a ser enfrentada pelos membros da CEPIC.

Diante desse temor pelo impacto que as resistências poderiam causar no andamento da PEPICRS, o observador da CEPIC descreve que o secretário adjunto optou pela discricção da comissão referente a quais práticas seriam contempladas na política e convidou Rafael Morosini, um especialista jurídico para participar da construção da política, que concordou com a proposta feita pelo secretário-adjunto. O novo membro da CEPIC era funcionário da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde e advogado responsável pela defesa de uma instituição de ensino de naturopatia num processo movido pelo SIMERS, contra o exercício “de medicina não convencional” por terapeutas holísticos. Morosini foi um dos *think-tanks* (um



profissional especialista que atuou no aconselhamento político) que os *policy makers* (elaboradores da PEPIC-RS) puderam contar.

A CEPIC, no início desse processo político, não deliberou sobre quais profissões seriam reconhecidas para atuar em terapias integrativas, referenciando aos municípios tal decisão. A ideia era que o estado se manifestasse sobre isso, depois que a política já estivesse publicada. Essa recomendação pautou o paradigma de trabalho da CEPIC. A PNPICS foi então, traduzida para a realidade do RS, respeitando os contextos distintos para que pudesse ser aceita por grupos heterogêneos, configurando-se assim, uma estratégia para persuadir grupos específicos.

A comissão decidiu por começar fazendo um diagnóstico situacional, escutando a sociedade e identificando quais PICS estavam sendo utilizadas no estado, para dar suporte ao que já existia, seguindo a mesma linha de trabalho do grupo de técnicos responsáveis pela elaboração da PNPICS. Para tanto foi criado um questionário como instrumento de pesquisa, que foi enviado aos municípios do estado do RS para identificar todos os serviços públicos utilizadores de

PICS no processo terapêutico; os profissionais na atenção básica praticantes de PICS e se eram capacitados; e se o município possuía alguma lei ou ato administrativo de reconhecimento das PICS.

De todos os questionários enviados, apenas 26% retornaram, mantendo-se assim, o desconhecimento do estado sobre o uso das terapias complementares em 74% dos municípios do RS. Dos dados conseguidos, 27% das cidades afirmaram utilizar as terapias complementares no SUS; enquanto 9% responderam que contavam com profissionais habilitados nessas práticas, e que, por vezes, realizavam algum procedimento nas unidades de saúde. Os gestores de 64% dos municípios afirmaram não haver atendimento com terapias alternativas/complementares.

As perguntas abertas do instrumento de pesquisa revelaram algo pouco pontuado pelos textos das políticas de PICS e pelas pesquisas dedicadas ao assunto. A maioria das terapias nas unidades do SUS não estavam contempladas dentre as práticas reconhecidas pela política nacional. Isso significa que o serviço público do RS estava oferecendo mais terapias alternativas/complementares do que práticas integrativas complementares. Entre as terapias declaradas pelos

municípios do RS como procedimentos de saúde, vinte e três não estavam descritas na Política Nacional de PICS; eram elas: Terapia Floral, Reiki, Massoterapia, Auto-Massagem, Tai Chi Chuan, Lian Gong, Lien Chi, Tui Ná, Shantala, Yoga, Shiatsu, Chi Gong, Quiropraxia, Meditação, Terapia Comunitária, Deeksha, Hipnose, Auriculoterapia, Cromoterapia, Medicina Ayurvédica, Reflexologia, Terapias com Óleos e Numerologia.

O questionário enviado aos municípios não avaliava o interesse dos gestores pelas práticas, contudo, muitos retornaram com bilhetes ou e-mails com essa demanda. As solicitações não se referiam às práticas reconhecidas como PICS pela PNPICS de 2006, mas às terapias alternativas/complementares como o Reiki e a prática do benzimento. Entre os 15 encaminhamentos registrados com essa demanda, cinco deles mencionaram o Reiki, enquanto os 10 restantes, referiram-se ao reconhecimento das benzedadeiras como prática integrativa de saúde. A demanda por benzedadeiras incitou a discussão da CEPIC sobre os possíveis vínculos da PEPIC com questões de espiritualidade e saúde (em 2012, a atuação da benzedeira foi reconhecida como PICS em dois municípios do Paraná – Rebouças e São

João do Triunfo), através da ação do Movimento Aprendizes da Sabedoria, que defende os direitos dos detentores de ofícios tradicionais de cura. O reconhecimento se fez por decretos municipais e possibilitou que as benzedeiros buscassem sua inserção no SUS como agentes comunitários de saúde). Easton (1957), propunha que podemos entender a vida política, tentando compreendê-la como um sistema, analisando cada um de seus aspectos: funcionamento das instituições (partidos políticos, grupos de interesse, governo, eleições); estudo da natureza e das consequências das práticas políticas e por fim, a análise da estrutura dentro das quais essas práticas acontecem. O autor ressaltou a existência das “variantes externas”, afirmando que a maioria das mudanças dentro de um sistema acontece pela influência dessas variantes que se referem ao contexto em que a ação política acontece. Essas variantes, denominadas como *inputs*, apresentaram à CEPIC a necessidade de uma discussão sobre espiritualidade, como forma de responder a essa demanda.

A Secretaria de Saúde Estadual constata que as PICS já eram utilizadas no estado. A maioria dos

terapeutas que as utilizavam eram enfermeiros, técnicos e médicos com capacitações em terapias complementares, mas que estavam lotados em outras funções. O registro desses atendimentos no sistema de gerenciamento do SUS era feito como consulta clínica, educação em saúde ou práticas corporais.

Para a CEPIC essa constatação foi uma evidência da necessidade urgente dos municípios por uma política capaz de regulamentar as práticas terapêuticas e regulá-las para que pudessem ser efetivamente incorporadas nos atendimentos de saúde. Tal demanda considera a demarcação dos limites entre o que continuará sendo uma terapia alternativa, do que passará a ser considerado como uma Prática Integrativa Complementar em Saúde.

A decisão sobre cada uma das terapias abrangeu uma ou mais das reuniões que estavam sendo realizadas quinzenalmente pelos membros da CEPIC, além de ser levada a uma reunião ampliada, com a participação de servidores das dezenove coordenadorias regionais de saúde (as coordenadorias regionais de saúde são a principal instância de contato entre a SES e as secretarias municipais de saúde. No Rio Grande do Sul são 19 coordenadorias, que congregam entre sete e 62 cidades

cada). A comissão avaliou a inclusão de outras práticas terapêuticas nos espaços do serviço público de saúde do RS, pela sua capacidade de contemplar a integralidade do cuidado. Foram elevadas à categoria de PICS as terapias alternativas/complementares que abordavam o processo saúde/doença considerando a relação entre corpo, mente e espírito.

A comissão baseou-se em três critérios para a institucionalização das terapias alternativas / complementares no SUS: (1) precedência em atendimentos na rede pública de saúde; (2) existência de associação profissional organizada; (3) afinidade das características da terapêutica com o princípio da integralidade (holismo).

A determinação sobre a prática terapêutica estar inserida no contexto dos serviços públicos como primeiro critério para ser considerada uma PICS, reforça a primeira preocupação da CEPIC, em regulamentar e regular as terapias que estavam sendo utilizadas no SUS. Essa informação sobre as referidas terapias, chegou à CEPIC, através das respostas aos questionários enviados aos gestores municipais.

O segundo critério, que considera as práticas que estejam vinculadas a associações profissionais, foi o recurso encontrado pela comissão para que, inicialmente, o estado não tivesse que estabelecer os parâmetros normativos para realização das PICS.

Quanto ao terceiro critério, a abordagem holística que fundamenta o cuidado na integralidade de cada paciente em todos os seus contextos: físico, mental, emocional, social, ambiental e espiritual (Rio Grande do Sul, 2013).

Na versão final do texto da PEPIC, a CEPIC referendou, além das práticas terapêuticas legitimadas/reguladas pela Política Nacional de PICS, outras seis: Terapia Floral, Reiki, Práticas Corporais Integrativas, Terapias Manuais e Manipulativas (Massoterapia, Osteopatia e Quiropraxia), Terapia Comunitária e Dietoterapia. Dessa forma, as terapias que não estiverem descritas em políticas de PICS são consideradas procedimentos ilegais nos espaços de saúde pública.

A observação da dinâmica da CEPIC demonstra que outros critérios participaram dessa classificação. A disponibilidade de profissionais capacitados na rede de

atenção naquele momento foi considerada no reconhecimento de uma prática terapêutica. Por exemplo, o Reiki e a Cromoterapia contemplam a integralidade do cuidado, entretanto a cromoterapia não foi oficializada por não dispor de número significativo de servidores capacitados. Além disso, cinco membros da CEPIC eram reikianos; essa proximidade dos técnicos da comissão com as terapias introduzidas pela PEPIC pode ser elencada como um fator determinante para o reconhecimento das práticas que o estado do Rio Grande do Sul classificou como PICS. Entre os integrantes da CEPIC, além dos reikianos, havia terapeutas florais, mestres em práticas corporais e especialistas em terapias manuais (Massoterapia, Osteopatia e Quiropraxia), todas essas práticas foram legitimadas pela PEPIC.

Outro acontecimento que pode ser considerado emblemático na história da construção da PEPIC é o Encontro Holístico Brasileiro, realizado em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, em 2005, sediado na Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, e contando com a Frente Parlamentar Mista de Práticas Integrativas em Saúde como seu principal divulgador. Esses eventos se tornaram um espaço



importante para que os agentes de transferência pudessem ampliar sua atuação aspirando alcançar um maior impacto (Porto de Oliveira, 2017).

A Frente Parlamentar Mista de Práticas Integrativas em Saúde, também conhecida como Frente Holística, conta com parlamentares do Congresso Nacional que defendem as PICS e sua implementação no SUS, além de apoiar o desenvolvimento de pesquisas sobre o assunto e a regulamentação da profissão de terapeutas integrativos. No encontro, as universidades federais têm estandes permanentes para apresentar suas experiências com PICS (pesquisas, projetos de extensão, disciplinas obrigatórias/optativas da graduação e pós-graduação na área de PICS). Questões sobre financiamento de pesquisas e eventos científicos para discussão dessas práticas também são destacados nesse evento.

Na fase de conclusão da PEPIC, em setembro de 2013, o assunto espiritualidade, que rondou todo o período de sua formulação, mas que foi legitimado mediante a demanda trazida pelos municípios quanto ao reconhecimento do ofício das benzedadeiras, começa a ser discutido na CEPIC com vistas em sua fundamentação teórico-científica. Dessa forma, a especialista em

espiritualidade, Raquel Panzini, então funcionária da Secretaria Estadual de Saúde, doutora em Ciências Médicas e especialista em psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, foi convidada pelo secretário adjunto da Saúde do Estado para expor os instrumentos por ela validados e os resultados de diversas pesquisas médicas, que demonstram a existência de correlações entre espiritualidade e saúde, no qual a espiritualidade se enquadraria na área de promoção de saúde.

O trabalho da CEPIC foi marcado por uma rede de aliados, estrategicamente escolhidos para incorporar a causa com a importância necessária naquele momento.

A oficialização das terapias alternativas / complementares pelo Estado torna a deliberação sobre a legitimidade dessas práticas não um ato oficialmente técnico, mas oficiosamente político à atuação do Estado como nova instância de articulação dos sujeitos, discursos e práticas associados às terapias alternativas/complementares que, por sua vez, a partir das políticas de PICS, passaram a estar implicados em processos de legitimação, regulação e, num sentido amplo, de oficialização (PEPIC, 2013).

Por fim, as conferências Estadual de Saúde e conferências setoriais como a de Vigilância Sanitária, a de Assistência Farmacêutica e a de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, recomendaram a adoção de práticas

integrativas e complementares como a Homeopatia, Fitoterapia, Acupuntura, Terapia Floral, Reiki, Terapias Manuais e Manipulativas (Massoterapia, Osteopatia e Quiropraxia) Musicoterapia, Cromoterapia, práticas corporais integrativas (Yoga, Tai Chi Chuan, Qi Gong e outras práticas corporais tradicionais), Terapia Comunitária, Dietoterapia, Medicina Ayurvédica, Meditação, Cromoterapia, Musicoterapia, Aromaterapia e Geoterapia, no Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul, como mostram seus relatórios (PEPIC/RS, 2013).

A implementação da Política de Práticas Integrativas e Complementares do RS, a PEPIC/RS, tem se realizado de forma crescente, segundo dados do Ministério da Saúde de 2020. Entretanto, na análise de informações de 2019 publicadas pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul em comparação com as do Ministério da Saúde, observa-se que dos 497 municípios do estado, 71,8% oferecem PICS (Brasil, 2020), mas das 2.586 unidades básicas de saúde do Rio Grande do Sul (RS, 2019), apenas 39,75% registram o uso dessas práticas terapêuticas (Brasil, 2020). O RS tem uma considerável abrangência de municípios que aderiram à PNPIC, porém, o número de

estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde que trabalham com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, ainda pode expandir-se quando comparado com outros estados como Santa Catarina, que também se localiza na região Sul do país e apresenta uma cobertura de 48,95% de suas Unidades Básicas de Saúde com PICS (Brasil, 2020).

A implementação da PEPIC nos municípios do Rio Grande do Sul depende do estudo dos desafios enfrentados na transferência de uma política pública que surgiu de uma proposta externa, oriunda da Declaração de Alma-Ata, em 1978 e a sua tradução aos diferentes contextos do estado do RS.

### **Análise do Ciclo Político e Mecanismos de Difusão Política da PEPIC-RS**

Quanto à PEPIC-RS, pode-se destacar, baseado nos relatos históricos da CEPIC, que no momento da publicação da PNPICS, já fulguravam no RS vários praticantes de terapias tradicionais. O RS concentra 18% dos idosos do país, segundo dados do IBGE, conseqüentemente, apresenta grande prevalência de doenças crônicas, para as quais as PICS se voltam,

principalmente para diminuir o uso excessivo de medicações (Contatore, 2015).

O interesse por práticas de cuidado complementares à biomedicina, é naturalmente despertado em uma população marcada pela tradição no uso de plantas medicinais (Brasil, 2009).

Durante a formação da comissão estadual de elaboração da política estadual de práticas integrativas e complementares em saúde, os participantes foram atentamente elencados sob a fundamentação de suas experiências com as referidas práticas, o que incentivou o empenho de seus integrantes para a institucionalização da PEPIC. Além das suas atuações profissionais, os colaboradores eleitos, atuavam também no contexto de sustentação da defesa das terapias tradicionais.

Dentre eles, destaca-se Rafael Morosini, advogado, funcionário público estadual, com experiência em defesa jurídica de instituição relacionada a terapias não convencionais; Rodrigo Toniol, cientista social, mestre em Antropologia Social e então doutorando em Antropologia Social pela UFRGS, participou da CEPIC como observador convidado e colaborou com a revisão bibliográfica da política estadual, bem como, importante

pesquisa de campo e descrição de relatos de pacientes e praticantes de terapias tradicionais de diferentes municípios do RS; Raquel Panzini, médica psiquiatra, funcionária pública estadual, pesquisadora sobre o envolvimento da espiritualidade nos processos de saúde-doença. Estes três atores configuraram como os *think-thanks* da CEPIC, ou seja, especialistas em diferentes áreas, que atuavam junto à CEPIC para aconselhamento de estratégias e fundamentação teórica para a justificção da PEPIC-RS.

Outro ponto de grande relevância a ser considerado na análise da PEPIC-RS, referido por Terra (2021) é o fato do modelo eleitoral brasileiro, com eleições estaduais a cada quatro anos, fazer com que as prioridades sofram grande influência político-eleitoral, a ponto de comprometer até mesmo ações que já tenham forte sustentação técnica e apoio social. Foi o que aconteceu com a PEPIC-RS, que havia sido aprovada no Conselho Nacional de Saúde, contudo, na mudança de gestão de 2013 para 2014 sofreu o risco de não alcançar continuidade. Diante disso, o fato da CEPIC contar com um agente político foi decisivo para a sobrevivência da política, ao colocá-la para avaliação da Comissão

Intergestores Bipartite (CIB) antes do momento de transição. Com a aprovação do CNS e da CIB a política estadual de PICS se manteve no governo seguinte.

Importante identificar os mecanismos de difusão política adotados na implementação da PEPIC-RS como método de identificação de possíveis entraves a este processo. A partir dos dados da revisão bibliográfica, nenhum estudo determinou estes obstáculos através do uso ou não de mecanismos de difusão política.

Na elaboração da PEPIC, observa-se a importância do Congresso Holístico Brasileiro, sediado anualmente em Porto Alegre, criado e mantido pelo trabalho da Frente Parlamentar Mista de PICS. Destacado meio de disseminação discursiva, oferece apoio e visibilidade aos agentes de transferência política, através da demonstração de suas experiências, resultado de pesquisas e disponibilizando ao público a experimentação da ação terapêutica das práticas tradicionais utilizadas.

Quanto à formação de padrões, desenvolvida através da regulação do trabalho realizado com as terapias tradicionais, não foi a primeira preocupação da PEPIC-RS. Isso se evidencia nos relatos de que a CEPIC

procurou reconhecer primeiramente as terapias que já estavam sendo realizadas no Estado, aproveitando a mão-de-obra disponível no sistema.

A função coordenativa dessas práticas, como no caso da PNPICS, só foi possível a partir de 2017, quando foi disponibilizado no E-SUS (prontuário eletrônico), códigos de registro para as PICS. Mesmo assim, esses dados evidenciam apenas as práticas que estão sendo realizadas, quem as realiza e a quantos pacientes estão sendo disponibilizadas. O monitoramento das PICS, não contempla ações de regulação do trabalho e/ou vigilância sanitária (Site SES-RS).

A assistência técnica vem acontecendo a partir de capacitações ofertadas aos servidores federais, estaduais e municipais. Entretanto, os profissionais não contam com o apoio técnico no decorrer de suas práticas, nem quanto à manutenção dos insumos utilizados nas terapias.

Quanto ao aporte financeiro, a PEPIC-RS não faz referências ao orçamento para financiar as práticas integrativas e complementares em saúde. Os municípios que implantaram as PICS no RS, o fizeram com recursos próprios e alguns promulgaram projetos-de-lei para



reconhecimento de terapias complementares antes mesmo da publicação da PEPIC-RS, como foi o caso de Santo Ângelo (Santo Ângelo, 2012). Entretanto, em 13 de março de 2023, o governo estadual do RS publicou a PORTARIA SES Nº 360/2023, que define os critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), instituído pelo Decreto Estadual nº 56.061, 29 de agosto de 2021. Neste plano de incentivos financeiros, as atividades individuais e coletivas de PICS são apresentadas como um dos indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2023. Para receber este incentivo os municípios terão como meta a oferta de procedimentos com PICS em no mínimo 25% de suas unidades básicas de saúde.

### **A PEPIC-RS na Percepção da Atual Gestão Estadual da Política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do RS**

A PEPIC-RS é gerenciada pelo departamento de atenção primária e políticas de saúde, dentro da divisão de políticas transversais. Alpheu Ferreira do Amaral Júnior, atua como especialista em saúde na Secretaria

Estadual de Saúde, na área técnica da política estadual de PICS e participa da gestão há cinco anos, portanto, metade do tempo desde a institucionalização da PEPIC-RS. O cargo de coordenação de políticas foi instituído em 2019, perdurando até 2020, quando foi criada uma chefia de divisão de políticas transversais, que conta com servidores estaduais.

Para a gestão, a PEPIC-RS não apresenta vantagens sobre outras políticas, quando analisada sob a formatação de uma linha de cuidado e de uma rede de assistência. Por exemplo, para o cuidado da saúde mental, existiu um incentivo financeiro para que se instituísse uma rede substitutiva do modelo anterior centrado no atendimento hospitalar. Enquanto as PICS, não contaram com esse investimento nem em contexto nacional, nem estadual.

A política de PICS demonstra sua adequação aos valores políticos estaduais, quando apresenta um planejamento de incentivo financeiro para seus municípios que ofertam essas práticas em sua rotina de atendimentos. O RS não tem como característica ter estabelecimentos próprios de saúde. Por outro lado, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) complementa os recursos destinados aos municípios com verbas

estaduais, através do PIAPS (Programa de Incentivo à Atenção Primária à Saúde), que prevê um indicador relativo à oferta de PICS pelos municípios. De uma forma muito similar ao modelo como se instituiu as demais políticas que já estão bem consolidadas, o Estado faz a manutenção da oferta de um recurso maior, desde que o gestor municipal se adeque ao direcionamento que se quer dar para a saúde. Dessa forma, os municípios movimentam-se para manter o incentivo estadual, através da meta de 25% das unidades básicas municipais com oferta de PICS, que foi instituída pela portaria SES nº 360/2023. Tal estratégia de promoção das PICS, é registrada apenas no RS.

A implantação da PEPIC-RS encontra dificuldades principalmente pela necessidade de profissionais capacitados, seguida pelo gerenciamento do processo de trabalho, que acontece alicerçado em indicadores de produção (número de pré-natal, coleta de cito-patológico de colo uterino, vacinas, entre outros). A gestão percebe que diante da disponibilidade de profissionais com capacitação, que dispõem de algum grau de autonomia para organizar sua agenda e o seu processo de trabalho, a oferta das PICS acaba se efetivando.

Quanto ao monitoramento do trabalho dos profissionais capacitados, o processo se dá pelo número de procedimentos ofertados e não especificamente pela produtividade desses profissionais individualmente. Os profissionais com dificuldades para implementar uma prática, não são rastreados pelo Estado, se não for uma demanda trazida pela sua coordenadoria. O monitoramento, atualmente, está voltado para o indicador do PIAPS (Programa Estadual de Incentivo à Atenção Primária à Saúde), ou seja, o número de equipes que ofertam PICS e quais são as equipes de cada município.

A falta de metodologia para avaliar o impacto de uma política, inviabiliza a avaliação de resultados da PEPIC-RS, contudo, existem relatos de casos de experiências consideravelmente positivas com as PICS, mas ainda não se tem como mensurar o impacto desta constatação. Entretanto, o que a gestão destaca é a melhoria na qualidade do cuidado ofertado ao paciente. Visto que o atendimento com qualquer uma das PICS regulamentadas no SUS, acontece a partir do toque no paciente, de uma conversa um pouco mais demorada para tentar perceber suas necessidades; o que acontece

rotineiramente, mas, por vezes, sem a qualidade esperada. Dessa forma, é uma oportunidade para o profissional de saúde qualificar a atenção no cuidado.

As PICS institucionalizadas pelo RS também são consideradas pela gestão como fáceis de serem experimentadas, determinando a facilidade de experimentação da política. Com um profissional qualificado em PICS em qualquer ponto de atenção da rede pública, é o suficiente para fazer a política acontecer. Não é preciso de normativa municipal para se realizar um procedimento com as práticas integrativas, o que se precisa é fundamentalmente o profissional, que ele tenha autonomia para julgar a indicação de uma prática e que sua agenda de trabalhos permita a realização, pois, não raro a gestão cobra rígidas metas dos profissionais e se não tiver uma margem de flexibilização, isso acaba afetando a oferta das PICS.

Quanto à gestão nacional, a coordenação estadual das PICS observa que existiram momentos de maior aproximação, principalmente no período de 2016 a 2018. Contudo, no último governo houve algumas mudanças e aconteceram poucos encontros com os gestores estaduais e a gestão nacional. O gestor destaca a

colaboração da FIOCRUZ, que por meio do OBSERVAPICS tem auxiliado os gestores estaduais. Atualmente não se tem mais uma figura de coordenação nacional das PICS. Assim, o modelo de organização do ministério é muito parecido com o estadual, que conta com pessoas de referência para as PICS, mas não dispõe de uma coordenação geral.

As políticas estaduais de PICS também não contam com um financiamento nacional para as práticas integrativas. Existe um indicador que beneficia quem disponibiliza PICS em seus serviços de saúde. Da mesma forma do estado do RS, é uma forma de direcionar os estados para essa nova perspectiva de cuidado. Já o financiamento oferece recursos para promover a equidade entre os estados, favorecendo os que apresentam menos oferta dessas terapias para que possam se equiparar aos demais estados.

Dentre as instituições elencadas pela gestão, as que mais contribuem com a coordenação da PEPIC-RS são a FIOCRUZ, através do OBSERVAPICS, CABSIN (Consórcio Acadêmico de Saúde Integrativa), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que tem o programa de extensão Sustenta PICS, LABESI

Conexão Sul (Laboratório de Medicina e Saúde Integrativa), Universidade Federal das Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e Universidade Federal de Rio Grande (FURG), que tem uma pesquisa em conjunto, avaliando o impacto das PICS na economia da rede de saúde. O estado conta também com a cooperação técnica da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que está com um projeto de pesquisa em seis regiões metropolitanas do Brasil.

A história de construção da PEPIC-RS demonstra, ainda, a aceitabilidade popular que as terapias complementares tiveram no RS, pois a PNPICS, inicialmente, propôs seis PICS e a PEPIC-RS, que completa dez anos em 2023, foi construída com a oferta de 13 PICS. No momento o estado conta com 27 práticas reconhecidas, gerando 37 tipos de procedimentos. A Fitoterapia é a que mais se destaca no RS, com grande aceitabilidade pela população, principalmente na região de Nova Petrópolis, que faz parte da quinta coordenadoria do estado.

O estado mantém um vínculo de contato com as coordenadorias<sup>4</sup> das quais é referência, enquanto os gestores municipais, por sua vez, se referem às coordenadorias regionais. São realizadas três reuniões por ano para se discutir um planejamento anual das PICS, um segundo encontro para avaliação do processo e por fim, um encontro no final do ano para avaliar quais metas foram alcançadas. Mas quando necessário, diante de uma demanda extra, o Estado reúne-se com a coordenadoria e o município em questão.

As principais fragilidades destacadas pelo gestor estadual quanto à implementação homogênea da PEPICS-RS é o fato dela não ter seguido o mesmo fluxo das demais políticas que foram instituídas na primeira década dos anos 2000, com um modelo de cuidado e uma previsão orçamentária. Sendo assim, o estado manteve a postura da gestão nacional e municipal, atribuindo a responsabilidade pela institucionalização das PICS à vontade de dois atores: o ator profissional de saúde e o ator usuário de saúde. Esse contexto fragiliza a política.

---

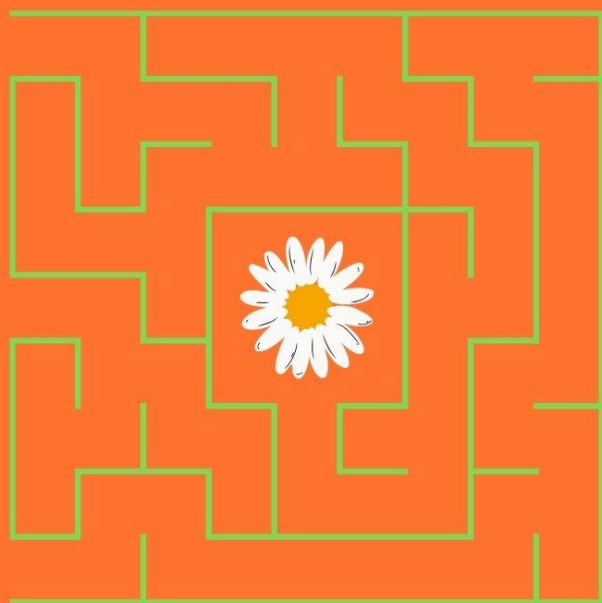
<sup>4</sup> Coordenadoria de saúde é responsável pela coordenação, articulação e organização do sistema de saúde loco-regional. O Rio Grande do Sul tem 18 coordenadorias de saúde (Disponível em: [www.saude.rs.gov.br](http://www.saude.rs.gov.br))



Além disso, o estado observa um movimento de resistência às PICS nos momentos de reconhecimento de novas práticas, devido, provavelmente, à falta de conhecimento sobre o assunto. O fato das terapias reconhecerem a existência de um corpo físico, um corpo espiritual, que trata mais do contexto de saúde mental, do que de religião; e de um corpo energético, assusta os profissionais de saúde, os usuários do SUS e os gestores à primeira vista. Outra fragilidade elencada foi a dificuldade de produção científica no paradigma cartesiano de produzir conhecimento científico, pois não há metodologia capaz de entender o funcionamento do Reiki. Fica difícil defender uma nova proposta de cuidado, cujos métodos não podem ser mensurados. Isso fragiliza a política frente ao movimento negacionista. A estratégia dos apoiadores das PICS foi investir em estudos que produzissem evidências científicas sobre os resultados terapêuticos das PICS.

A peculiaridade do momento atual da PEPIC-RS refere-se aos conselhos profissionais, que no início da história política das práticas integrativas no estado, constituíram um movimento de forte resistência à difusão das PICS. Atualmente, o que a gestão

contextualiza é um movimento progressista desses conselhos, que reivindicam o reconhecimento profissional para o exercício das terapias integrativas. O Conselho de Odontologia, por exemplo, organizou um forte movimento para alcançar esse reconhecimento, não só para o exercício no sistema público de saúde, mas também no privado. Assim, os conselhos profissionais da área da saúde vislumbram a regulamentação da categoria profissional para que tenham acesso a essa outra área do mercado de trabalho.



*Considerações finais*

Foram abordados aspectos políticos relacionados às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), entendidas internacionalmente como práticas e produtos de cuidados não inseridos na medicina convencional ou Biomedicina. O foco recai nos desafios relacionados à difusão internacional de tais práticas em termos de políticas públicas, identificando os desafios presentes nos três diferentes níveis: internacional, nacional e estadual, focando no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul.

As PICS adquirem legitimidade e passam a ser discutidas no contexto internacional, em um momento de construção do que seria um sistema de saúde, que abordasse a universalidade (saúde para todos), uma premissa da OMS; e a integralidade no cuidado, considerada no Brasil além dos parâmetros do diagnóstico, da reabilitação e da readaptação do indivíduo, mas contemplando-o também, como um ser humano inserido em um contexto social, familiar e cultural determinantes de sua saúde ou adoecimento.

Trata-se, assim, de uma conjuntura desenhada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no cenário da primeira Conferência Internacional sobre Cuidados

Primários de Saúde, em Alma-Ata, em 1978, com vistas a diminuir o hiato existente entre os estados de saúde de países desenvolvidos e em desenvolvimento e assim, promover o desenvolvimento social e econômico, contribuindo para a paz mundial. Dessa forma, experiências em saúde, fundamentadas em outras racionalidades<sup>5</sup> médicas, que estavam sendo utilizadas na Ásia, Américas e África – diferentes da Biomedicina – foram consideradas por esta organização internacional como estratégias de melhoria nas condições de saúde, em primeiro momento, dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (OMS, 2002).

Reconhecendo o papel da OMS como uma organização internacional governamental de caráter técnico, com 194 Estados-membros e que atua desde 1948 com significativo papel no contexto da governança global da área da saúde, a pesquisa qualitativa se amparou teoricamente nos pressupostos de difusão política internacional. O conceito busca explicar fenômenos

---

<sup>5</sup> Racionalidade Médica, foi um conceito criado pela socióloga Madel Luz, referindo-se a todo sistema médico complexo construído sobre seis dimensões: uma morfologia humana, uma dinâmica vital, uma doutrina médica (o que é doença e o que é saúde), um sistema diagnóstico, uma cosmologia e um sistema terapêutico (Luz, 1993).

relacionados a políticas de uma esfera (instituição, governo ou período específico), que são transferidas – integralmente ou com adaptações – para arranjos administrativos ou instituições de outro período ou lugar. Como, praticamente, nenhum país pode se isolar, a interação promovida no ambiente das organizações internacionais – especialmente daquelas em que é membro – as decisões tomadas na esfera internacional passam a exercer influência e poder sobre decisões do ambiente doméstico (Dolowitz; Marsh, 1996; 2000).

A propagação de políticas foi se intensificando e, atualmente, esse fluxo vai acontecendo naturalmente, conectando as políticas domésticas às internacionais através da transferência, difusão ou circulação de políticas (Oliveira; Pal, 2018). Há um consenso na literatura quanto à sistematização deste processo através do aprendizado, da coerção, da emulação e da competição (Simon, 2008; Graham; Schipan; Volden, 2013). A disseminação discursiva, a formação de padrões, a função coordenativa, a assistência técnica e o apoio financeiro (Jakobi, 2009) também foram destacados na caracterização da difusão política.

A partir do pressuposto de que as organizações internacionais governamentais possuem diversos mecanismos de interface com as políticas domésticas dos países – especialmente considerando os mecanismos de difusão política utilizados – a pesquisa também se inspira metodologicamente na proposta de Robert Putnam (2010), quanto à lógica dos jogos de dois níveis. Buscou-se isolar instituições estatais domésticas responsáveis pelo processo de implementação da política de práticas integrativas tanto no Brasil (Departamento de Gestão do Cuidado Integral, vinculado à Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde); quanto na esfera estadual no caso, do estado do Rio Grande do Sul (Departamento de Atenção Primária e Políticas Transversais, uma divisão da Secretaria de Saúde do Estado do RS) com vistas a identificar em que medida tais mecanismos contribuem ou, de certa forma, são adaptados pelas instâncias decisórias das esferas nacional e local para implementação das políticas relacionadas às PICS.

O segundo capítulo destaca as ações da OMS para promoção das terapias tradicionais ao redor do mundo. Observa-se que das dezesseis resoluções – que se trata de

um mecanismo de difusão política através de Formação de Padrão – e das duas estratégias – mecanismos de Difusão Discursiva – relacionadas ao tema, no geral, esta organização internacional reconhece o potencial terapêutico dessas práticas. Entretanto, tais práticas são notadamente abordadas, nos primeiros documentos, como terapias alternativas ao modelo convencional de cuidado em saúde, a serem utilizados por nações que não dispunham de outros recursos de cuidado em saúde, além dos fundamentados em suas culturas. Viviam-se a Guerra Fria naquele momento, contexto polarizado entre duas ideologias, onde as nações subdesenvolvidas, não alinhadas nesses paradigmas, ficavam à margem das decisões políticas mundiais (OMS, 2002). Tal contexto vai ao encontro da proposta de Jakobi (2009), quando refere que o início de um processo de política global requer uma janela de oportunidade que permita o acoplamento entre a política e o problema.

A disseminação discursiva evidencia-se através da sua primeira estratégia para o período de 2002-2005, quando a OMS, destaca como seus principais objetivos quanto ao referido tema, o embasamento de políticas; a garantia de segurança, eficácia e qualidade; a melhoria no



acesso; e a promoção do uso adequado das PICS. O direcionamento do financiamento é recomendado, principalmente, para a realização de pesquisas e o reconhecimento legal das terapias, ressaltando também, as organizações profissionais como importante meio de coibir o uso destas práticas por pessoas não capacitadas. O estímulo à cooperação técnica através da congregação de ações entre os interessados em PICS – como ONGs, organizações profissionais, usuários e pesquisadores da área – também são recomendados pela OMS às autoridades de saúde.

Os meios de melhor promoção das PICS para países em desenvolvimento, destacados nos documentos da OMS são, em primeiro lugar, o uso dos meios de comunicação de massa (rádio, televisão, jornal, revista e atualmente considera-se, também, as redes sociais), seguido por oficinas com distribuição e exibição de material impresso. Outras atividades populares elencadas foram as reuniões comunitárias, as palestras, os programas escolares, o teatro e os serviços telefônicos. Muitos projetos incluídos nos estudos usaram uma abordagem mista de atividades. Relevante ressaltar ainda, que, para a OMS, os governos têm um papel fundamental

no controle destas informações, independentemente da existência de uma coordenação nacional de tais práticas (OMS, 2004).

A partir da publicação da segunda Estratégia da OMS, para o período de 2014-2023, referente ao tema, nota-se uma abordagem diferenciada das práticas tradicionais, quando são apresentadas como métodos complementares e não alternativos, como antes. A mudança dessa concepção, deve-se aos inúmeros estudos publicados por diferentes países, sobre os resultados terapêuticos alcançados através dessas terapias. Contudo, segundo a OMS, esses estudos apresentam como principal fragilidade a falta de metodologia capaz de mensurar os meios de ação dessas práticas (OMS, 2014). Tal constatação, demonstra uma postura que desconsidera a legitimidade cultural milenar das medicinas tradicionais.

Mesmo assim, em seu último planejamento, a OMS apresenta a importância da implementação das PICS não somente aos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, mas também a todos os seus Estados membros, pelo aumento das doenças crônicas e os resultados positivos que essas terapêuticas têm

demonstrado no cuidado de saúde. Frente a isto, a OMS, compromete-se em oferecer apoio técnico e seminários/*workshops* para o enfrentamento das principais dificuldades destacadas por seus Estados membros: falta de dados de pesquisa; falta de mecanismos para controlar e regular propaganda e reclamações sobre MTC/PICS; falta de mecanismos apropriados para controlar e regular os produtos fitoterápicos; falta de mecanismos apropriados para monitorar e regular as práticas e os praticantes de MTC/PICS; falta de apoio financeiro para pesquisas em MTC/PICS; falta de experiência das autoridades nacionais de saúde e agências de controle; falta de canais de cooperação entre as autoridades nacionais de saúde para compartilhar informações sobre MTC/PICS; falta de mecanismos para monitorar a segurança dos produtos de MTC/PICS, incluindo fitoterápicos; falta de educação e treinamento para práticas de MTC/PICS (OMS, 2012).

Com o objetivo de investigar os desafios relacionados a tais práticas no Brasil, o foco do terceiro capítulo recai sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS), no âmbito do Ministério da Saúde. Em termos políticos, o

Brasil, membro da OMS, pode ser considerado um dos países mais ativos nesse cenário. O marco inicial de visibilidade das terapias tradicionais no Brasil ocorreu em 1986, com a Oitava Conferência Nacional de Saúde. Tais práticas configuraram uma nova demanda na política nacional, que naquele momento, iniciava também sua reforma sanitária, com a idealização do que constituiria os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, a história do sistema de saúde pública brasileiro acompanha a implementação das PICS no Brasil, começando pela deliberação de diretrizes para atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e fitoterapia, em 1988.

Os resultados da pesquisa sugerem que os documentos brasileiros apresentam visões epistemológicas diferentes das apresentadas pela OMS, a começar pelos objetivos da implantação dessas práticas. No Brasil, a integralidade do cuidado em saúde, a humanização dos atendimentos e a atenção primária à saúde, constituem os objetivos principais da política brasileira; melhoria na atenção à saúde indígena também consta nos alvos a serem alcançados. Assim, as Portarias

GM/MS nº 971, de 2006, nº 849, de 2017 e nº 702, de 2018, que institucionalizaram as PICS, defendem um paradigma de saúde distinto do que é denominado de modelo biomédico, defendido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Portanto, trata-se de recorte polêmico, por envolver a demarcação entre o que é considerado científico e não científico.

Ainda que a página do Ministério da Saúde ostente que o “[...] o Brasil é referência mundial na área de práticas integrativas e complementares na atenção básica” (Brasil, 2023, n.p.), há desafios relacionados à sua implementação. Os principais entraves à implementação da PNPICS destacados na pesquisa, referem-se aos seus atributos políticos, conforme os critérios propostos por Bernardo, 2016. A complexidade na implantação das PICS , por envolver atividades multidisciplinares e conselhos profissionais altamente reguladores do ato profissional (envolvendo discussões do que é ou não ciência), configura como um obstáculo; assim como, a observabilidade, pela dificuldade em demonstrar o impacto da política na sociedade, pela falta de indicadores deste atributo; o acesso, que ainda é notadamente restrito, visto que, por ano, se tem apenas

quatro milhões de procedimentos registrados; e a regulação do exercício profissional – segurança, qualidade – dos praticantes de PICS.

Constatou-se que a coordenação da PNPICS é descentralizada, atuando principalmente, através de canais nacionais para compartilhamento de informações e experiências com PICS com os gestores regionais, com universidades e com organizações de terapeutas de PICS; e da disponibilização de seis cursos de PICS de ensino a distância (EAD) na plataforma do Ministério da Saúde. Contudo, a descentralização da gestão das PICS é uma das recomendações da OMS como estratégia de implementação.

A pesquisa revelou outros mecanismos de estímulo à implementação das PICS na esfera nacional: o estabelecimento de padrões, por meio da própria PNPICS e das referidas portarias pelas quais foram institucionalizadas as PICS; o apoio financeiro, oriundo do arcabouço geral dos recursos da PNAB (Política Nacional de Atenção Básica), que não contempla a manutenção das práticas, mas apenas a implementação por equipe, destacando uma fragilidade da política; a disseminação discursiva, que acontece,

fundamentalmente, através de canais de comunicação entre a gestão e as demais instituições envolvidas, para o compartilhamento de experiências e resultados de pesquisas; a função coordenativa, que foi observada apenas através do Relatório de Monitoramento das PICS nos Sistemas de Informação em Saúde (BRASIL, 2020), no qual se observa a comparação de implementação das PICS por estados brasileiros a partir de 2017, quando foram criados os códigos de registro das PICS para o E-SUS (prontuário eletrônico); a assistência técnica, exercida através da plataforma do Ministério da Saúde, com a oferta de capacitações em PICS por ensino à distância. Não foi possível, no âmbito desta pesquisa, mapear a continuidade dos diferentes mecanismos ao longo dos anos.

Constatou-se que o processo de transferência política das PICS do contexto internacional para o nacional, foi legítimo, segundo abordagem de Stone (2004), pois envolveu a OMS, como organização internacional; associações profissionais (como a de Homeopatia, Fitoterapia, Acupuntura); atores não estatais; atores estatais como Humberto Costa, Ministro da Saúde em 2003, que se comprometeu em considerar

as PICS como uma política pública por ter se tornado uma demanda social desde 1986, proposta pela 8ª Conferência Nacional de Saúde.

No quarto capítulo foi abordada a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul (PEPIC/RS), publicada no ano de 2013, vinculada à área de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, que estimulou gestores municipais a produzir suas próprias políticas e diretrizes quanto à oferta e ao uso das PICS no SUS. Foi constatado que o município de Santo Ângelo implementou as PICS no ano de 2012, antes da política estadual. No Rio Grande do Sul, foram realizados vários fóruns de discussões sobre as PICS, antes de sua institucionalização. Dados da pesquisa revelam que o envolvimento de gestores públicos, foi determinante no processo de disseminação discursiva. Esses atores podem ser encontrados dentro e fora de governos e apresentam três características determinantes do processo político: o domínio de conhecimentos sobre o assunto em questão (por exemplo, ser um especialista na área para apresentar habilidade na comunicação durante o processo decisório); conexões políticas e



habilidades de negociação; e a persistência, com uma grande quantidade de recursos pessoais para alcançar o sucesso no processo político (Kingdon, 2003). No entendimento de Oliveira e Pal (2018), essas figuras são concebidas como agentes de transferência e tradução de políticas. No RS, esses atores foram os servidores estaduais, que trabalhavam na secretaria de saúde do estado e já atuavam com PICS em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Oliveira e Pal (2018) demonstraram a relevância da análise do contexto em que acontece uma transferência política, bem como sua tradução e adaptação à conjuntura doméstica. Para os autores, a dinâmica da transferência política deve ter uma conexão entre a experiência doméstica e a internacional. O que à primeira vista seria um ambiente dominado por atores estatais, pode, na verdade, ter um elenco de atores domésticos que apoiam um determinado modelo de política e desejam vê-la se propagar mais amplamente. Todos estes parâmetros avaliativos contaram a favor da construção de uma política estadual de PICS no estado do RS.

A história de construção da PEPIC-RS demonstrou a aceitabilidade popular que as terapias

complementares tiveram no RS, pois a PNPICS, inicialmente, propôs seis PICS e a PEPIC-RS, foi construída com a oferta de 13 PICS. No momento, o estado conta com 27 práticas reconhecidas, gerando 37 tipos de procedimentos. A Fitoterapia é a que mais se destaca, com grande aceitabilidade pela população, principalmente na região de Nova Petrópolis, que faz parte da quinta coordenadoria do estado.

Apesar de um cenário relativamente favorável, os dados levantados por este estudo sugerem que entre os principais desafios para a implementação homogênea da PEPICS-RS é o fato dela não ter seguido o mesmo fluxo das demais políticas que foram instituídas na primeira década dos anos 2000, com um modelo de cuidado e uma previsão orçamentária. Sendo assim, o estado manteve a postura da gestão nacional e municipal, atribuindo a responsabilidade pela institucionalização das PICS à vontade de dois atores: o ator profissional de saúde e o ator usuário de saúde. Outro desafio relaciona-se à produção científica, ainda bastante assentada no paradigma cartesiano, não possuindo uma metodologia capaz de entender o funcionamento das PICS. Dessa forma, segundo a gestão estadual, fica difícil defender

uma nova proposta de cuidado, se a forma avaliativa convencional ainda se fundamenta em métodos voltados ao que se pode mensurar.

Pode-se afirmar que o estado do Rio Grande do Sul, ao longo dos anos, tem adotado mecanismos de estímulo à implementação das PICS através do estabelecimento de padrões, por meio da própria PEPIC/RS e de meios financeiros direcionados à Atenção Primária à Saúde; da disseminação discursiva, através de reuniões promovidas pelas coordenadorias regionais de saúde e com a promoção de boas práticas em PICS. Ressalta-se as funções coordenativas, por meio de reuniões realizadas a cada quatro meses, com representantes municipais, para determinação de metas anuais e avaliação do processo para o alcance de metas propostas.

O alcance da oferta de PICS em 25% das Unidades Básicas de Saúde de cada município como um indicador para o PIAPS, regulamentado através da portaria SES nº 360/2023; a promoção de assistência técnica através da assessoria a gestores municipais, conforme demanda e capacitações em PICS a servidores públicos, no modelo EAD, disponibilizadas pela plataforma da Secretaria

Estadual de Saúde, configuraram meios de promoção das PICS no RS.

Este trabalho abordou as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde sob a ótica das instituições e dos processos políticos relacionadas à sua implementação como uma política pública na área da saúde. Embora tenha sido possível verificar que instituições envolvidas, de alguma maneira e em recortes temporais específicos, tenham utilizado mecanismos de difusão política para a promoção da implementação das PICS, sugere-se que estudos futuros analisem a continuidade e a profundidade das ações.

A formulação de políticas públicas, no mundo globalizado, exige a compreensão das complexas dinâmicas envolvendo dois níveis: o nível nacional (nível II), no qual grupos domésticos perseguem seus interesses, pressionando o governo a adotar políticas favoráveis a seus interesses e, o nível internacional (nível I), entendendo que governos nacionais buscam maximizar suas próprias habilidades de satisfazer as pressões domésticas, enquanto minimizam as consequências adversas das evoluções externas. Os

mecanismos de difusão política, por sua vez, são úteis nos dois níveis e em diversas etapas dos processos.

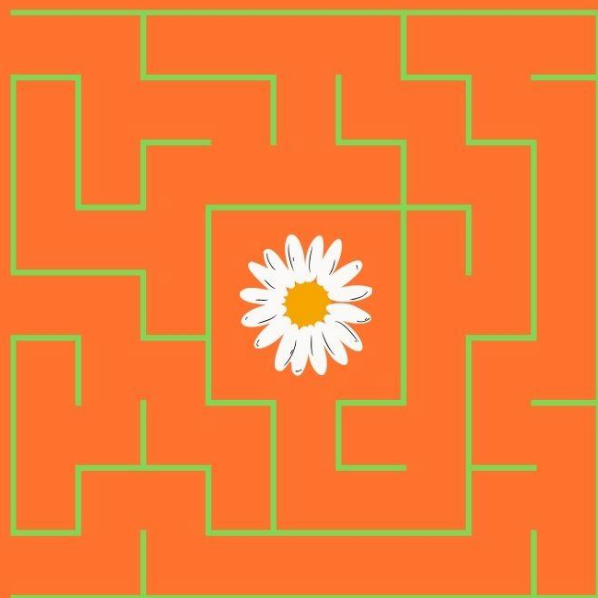
O estudo concluiu que os mecanismos de difusão política foram usados nas três esferas estudadas: OMS (global), Brasil (federal) e Rio Grande do Sul (estadual). A transferência política do contexto internacional para o nacional, acontece através do processo de tradução, com a adequação da proposta internacional às necessidades e ao entendimento nacional. Verificou-se a dificuldade de se entender o arranjo institucional, observando-se que o processo de gerenciamento das PICS, não consta de uma coordenação específica, delegando sua implementação à vontade dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços públicos no nível nacional e regional.

Destaca-se a importância dos movimentos populares em todos os contextos de sua transferência política: quando experiências com PICS chegaram à OMS advindas de práticas populares na África, América e Ásia; quando a sociedade civil organizada brasileira (representada pelo Conselho Nacional de Saúde) levou ao Ministério da Saúde a demanda popular pela institucionalização das PICS; quando os seminários anuais de Saúde Holística, realizados na Assembleia

Legislativa do estado do RS, representaram o interesse popular pelas PICS.

Diante dessa conjuntura, segundo Alves e Querino (2019), as diferenças quanto à implementação das PICS nos diferentes cenários brasileiros, deve-se ao engajamento popular no processo, principalmente no contexto municipal. Fomenta-se como estratégia de implementação, o exposto pela OMS sobre a utilização dos meios de comunicação de alto alcance popular como as redes sociais; além das reuniões comunitárias, palestras em escolas, teatro. A realização de fóruns de discussões entre praticantes de PICS e organizações profissionais, foram elencados pela OMS, como importantes meios de promoção dessas terapias, facilitando sua implementação.

Importante considerar ainda, o papel das oficinas de PICS para promover a experimentação dessas terapias. Como a maioria das pesquisas nesta temática abordam os efeitos positivos que o uso complementar de PICS tem alcançado no tratamento de diferentes patologias, sua experimentação também configura-se em um meio capaz de promover o engajamento popular necessário à implementação homogênea que se espera para as PICS.



# Referências

ABAEK, Erik. Knowledge, interests and the many meanings of evaluation: a developmental perspective. **Journal of Social Welfare**, v. 7. Scandinavian. 1998. Disponível em: DOI: 10.1111/j.1468-2397.1998.tb00208.x. Acesso em: 10 ago. 2022.

AGUM, Ricardo; RISCADO, Priscila; MENEZES, Monique. Políticas públicas: conceitos e análise em revisão. **Agenda Política**, v. 3, n. 2, p. 12-42, 2015.

AMARANTE Paulo; TORRE Eduardo Henrique, 2017. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. **Interface** v. 21, n. 63, out.dez.2017. Disponível em: DOI: 10.1590/1807-57622016.0881. Acesso em: 5 jan. 2013

ANDRADE, João Tadeu da Costa, Liduina Farias Almeida. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade** [online]. 2010, v. 19, n. 3 p. 497-508. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300003>>. Acesso em 7 set. 2022.

ANDRADE, João Tadeu **Medicinas Alternativas e Complementares: experiência, corporeidade e transformação**. Salvador: Editora Universidade Federal da Bahia, 2006.

ARROW, Kenneth. **Social Choice and Individual Values**. New Haven: Yale University Press. 1951.

ASSOCIAÇÃO Médica Brasileira, Portaria equivocada, **Jornal da AMB**, São Paulo, v. 47, n. 1343, p. 4-5, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/3fJDABO>.

AVRITZER, Leonardo. **Reforma Política no Brasil**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.



BARBOSA, Fernanda; Guimarães, Maria Beatriz; Santos, Carlos Renato; et al. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia de Saúde da Família no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208818>. Acesso em: 17 out. 2022.

BARROS, Leylaine; Oliveira, Ellen; Hallais, Janaína, et al. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos gestores dos serviços. **Rev. Anna Nery**, v. 24, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0081>. Acesso em: 17 out. 2022.

BERNARDO, Glauca Julião. Organizações Internacionais como agentes de transferência e difusão de políticas públicas. **Conjuntura Global**, v. 5, n. 2, 2016.

BLOUNT, John Allen. A administração da saúde pública no estado de São Paulo e o serviço sanitário 1892-1918. **Revista Administração de Empresas**, v. 12, n. 4, dez 1972. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901972000400003>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cartas de Promoção da Saúde**, 2002, Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares**, 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratComp11402052.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 out. 1988, compilado até a Emenda Constitucional n. 105, 2019, Brasília, Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2020, ISBN: 978-85-528-0062-0. Acesso em: 2 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Áreas Técnicas, **Formação em Auriculoterapia para Profissionais de Saúde da Atenção Básica**, módulo 1, Universidade Federal de

Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública, Florianópolis: Fett Educação e Ensino Ltda, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Definição das Práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga.** 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/236716.html>. Acesso em 06 Jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares (PICS).** 19/04/2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/praticas-integrativas-e-complementares-pics-1>. Acesso em 01 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família, 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,** jul. 2020. Disponível em [https://docs/portaldab/documentos/pics/Relatorio\\_Monitoramento\\_das\\_PICS\\_no\\_Brasil\\_julho\\_2020\\_v1\\_0.pdf](https://docs.portaldab/documentos/pics/Relatorio_Monitoramento_das_PICS_no_Brasil_julho_2020_v1_0.pdf). Acesso em: 16 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Práticas Integrativas e Complementares. Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica n° 31. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria nº 702**, de 21 de março de 2018. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702\\_2\\_03\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_2_03_2018.html). Acesso em: 6 jan. 2023.

BRASIL. **PICS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics>. 2023.

CAIDEN, G. E.; CAIDEN, N. Enfoques y lineamiento, la medición y la evaluación del desempeño em programas del sector público. **Revista do Serviço Público**, v. 52, n. 1, 2001.

Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v52i1.301>. Acesso em: 10 ago. 2022.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa Qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo.

**Revista Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 15, n. 4, dez. 2006.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>. Acesso em: 15 jan. 2022.

CARVALHO, Sonia Nahas. Avaliação de programas sociais:

balanço das experiências e contribuição para o debate. **Revista**

**São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 3-4. 2003. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0102-88392003000300019>. Acesso em: 10 ago. 2022.

CFM, mar. 2018 Conselho Federal de Medicina. **Práticas integrativas incorporadas ao SUS não têm fundamento científico**.

Brasília, DF, 13 mar. 2018. Disponível em:

<https://bit.ly/3cSSa7S>.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Nota à População e aos Médicos: incorporação de práticas alternativas pelo SUS**.

Febrasgo, Brasília, DF, 18 abr. 2018. Disponível em:

<https://bit.ly/31QRqtT>. Abril, 2018.

CHOI, Seung-hoon. **WHO Strategy and Activities in**

**Traditional Medicine**. 明治国際医療大学誌 創刊号 : 19–

22 , 2009. Disponível em: [https://www.meiji-](https://www.meiji-u.ac.jp/bulletin/2009-01/06_Choi.pdf)

[u.ac.jp/bulletin/2009-01/06\\_Choi.pdf](https://www.meiji-u.ac.jp/bulletin/2009-01/06_Choi.pdf). Acesso em: 14 out. 2022.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Ministério da Saúde amplia oferta de PICS: arteterapia, quiropraxia e osteopatia são incluídas nas Práticas Integrativas e Complementares. 2017. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=6267>. Acesso em: 05 jan. 2023.

CONTATORE, Augusto Octávio; BARROS, Nelson Filice; DURVAL Melissa Rossati; et al. Uso, Cuidado e Política das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, out. 2015, v.20, n. 10, p.3263-3273. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.00312015>. Acesso em: 5 dez. 2021.

COSTA, Alinne Silva Andrade; Costa, Andréa Suzana Vieira; Cordeiro, Érika Celestino; Lima, Rafael de Abreu; Lopes, Silvia Cristianne Nava. Entre o local e o nacional: os desafios contemporâneos na implementação da política nacional de práticas integrativas e complementares em saúde direcionados para a atenção básica, no município de São Luís – MA. **Anais da IX Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Sociais, Programa de pós-graduação em políticas públicas, 2019. Disponível em: [https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho\\_submissaold\\_355cb8720a0dda2.pdf](https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissaold_355cb8720a0dda2.pdf). Acesso em: 5 dez. 2021.

COSTA, Frederico Lustosa; CASTANHAR, José Cezar. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 5, set./ out. 2003, Rio de Janeiro. Disponível em: [http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/Costa\\_castanha.pdf](http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/Costa_castanha.pdf). Acesso em: 10 ago. 2022.

DECLARAÇÃO ALMA-ATA SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_at\\_a.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_at_a.pdf). Acesso em: 14 de out. 2022.

DERLIEN, H.U. Una comparación internacional en la evaluación de las políticas públicas. **Revista do Serviço Público**, v. 52, n. 1, p. 105-123. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v52i1.302>. Acesso em: 15 ago. 2022.

DOLOWITZ, David P.; Marsh, David. Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making. Governance. **International Journal of Policy and Administration**, V. 13, N. 1, Jan. 2000, p. 5-24. Blackwell Publishers, 35 Main St., Malden MA 02148, USA, and 108 Cowley Road, Oxford, OX4 1JF, UK. ISSN: 0952-1895.

DOLOWITZ, David P.; Marsh, David. **Political Studies, Who Learns What from Whom**: a review of de policy transfer literature, v.44, ed. 2, jun. 1996, p. 343-357. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb00334.x>. Acesso em: 6 jan. 2023.

DUNCAN, Bruce; et al. **Medicina Ambulatorial, Condutas de Atenção Primária baseada em Evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2022.

DYE, Thomas D. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice- Hall. 1984.

EASTON, David. An approach to the analysis of political systems. **World Politics**, v. 9, n. 3, 1957. Disponível em <<https://doi.org/10.2307/20008920>>. Acesso em: 5 dez. 2021.

FACCHINI, Luiz Augusto, A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz**. 14 set. 2018. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta, A Política de avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, out. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092005000300007>. Acesso em: 15 ago. 2022.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta. **Políticas Públicas e Relações Internacionais**. Coleção Governo e Políticas Públicas. ENAP, 2018. Brasília. ISBN: 978-85-256-0085-1. Acesso em: 28 set. 2022.

FREITAG, Vera Lúcia; BADTKE; Márcio Rossato (Org.). **Práticas Integrativas e Complementares no SUS: o (re)conhecimento de técnicas milenares no cuidado à saúde contemporânea**. Curitiba: Nova Práxis Editorial, 2019.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil.

**Planejamento e Políticas Públicas**, n.21, jun. 2000. Disponível em:

<<https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89/158>>. Acesso em: 5 dez. 2021.

GALE, Nicola K. MCHALE, Jean V. **Routledge Handbook of Complementary and Alternative Medicine Perspectives from social science and law**. Routledge: London, New York, 2015.

GLASS, Letícia; LIMA, Nathan; NASCIMENTO, Matheus. Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde do Brasil: disputas político-epistemológicas. **Revista Saúde Social**, São Paulo, v. 30, n.2. DOI 10.1590/S010412902021200260.

GONNET, Cecilia Osorio. The role of international organizations in a policy diffusion process. Preliminary discussion about the Conditional Cash Transfers programs in Latin America. **X Chilean Congress of Political Science (ACCP)**. Santiago, 2012.

GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL – RS. **Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul**. Atenção Básica ou Primária – Principal porta de entrada para o Sistema único de Saúde (SUS), abr. 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/atencao-basica-ou-primaria-principal-porta-de-entrada-para-o-sistema-unico-de-saude-sus>

GRAHAM, Erin; SHIPAN, Carlos; VOLDEN, Craig. A Difusão da Pesquisa em Difusão de Políticas em Ciência Política. **British Journal of Political Science**, v.43, n. 3, p. 673-701, 2013.

Disponível em:

[https://cambridge.org/core/product/identifler/type/journal\\_article](https://cambridge.org/core/product/identifler/type/journal_article). Acesso em: 15 ago. 2022.

GUATTARI, Félix; BITTENCOURT, Maria Cristina F.; ROLNIK, Suely. **Las Tres Ecologías**. Campinas: Papirus, 1990.

GUBA, Egon; Lincoln, Yvonna. **Fourth Generation Evaluation**, ed. Sage, oct. 1989.

GUIMARÃES, Maria Beatriz; NUNES, João Arriscado; VELLOSO, Marta; et al. As práticas Integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190297>. Acesso em: 17 out. 2022.

HABIMORAD, Pedro Henrique; CATARUCCI, Fernanda; BRUNO, Vânia Hercília; et al. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.11332018>. Acesso em: 5 dez. 2021.

HADJIISKY, Magdaléna; PAL Leslie A.; WALKER, Christopher (Ed.). **Public Policy Transfer. Micro-Dynamics and Macro-Effects**. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, 2017. ISBN: 9781785368035.

HOWLETT, Michael; RAMESH, Mishra; PERL, Anthony. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. São Paulo: Campus, 2013.

IMMERGUT, Ellen. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 11, n. 30, fev. 1996, São Paulo. Disponível em:

<<https://www.anpocs.com/images/stories/RBCS/30/rbcs3013.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2021.

JAKOBI, Anja. **International Organizations and Lifelong Learning: From Global Agendas to Policy Diffusion**. Palgrave Macmillan: 2009.

JONES, Larry R.; KETTL, Donald F. Assessing public management reform in an international context. **International Public Management Review**, v. 4, n. 1, p. 1-19, 2003.

KEOHANE, Robert O.; MARTIN, Lisa L. The promise of institutionalist theory. **International Security**, v. 20, n. 1, p. 39-51, 1995. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2539214>

KETTL, Donald, **Contingent Coordination: Pratical and Theoretical puzzles for homeland security**, ed. 3, set. 2003, Sage Publications.

KINGDON, J. W. **Agendas, Alternatives and Public Policy**. 2nd. New York: Longman Publishing Group, p. 90-115, 2003.

KRASNER, Stephen D. Causas estruturais e consequências dos regimes internacionais: regimes como variáveis intervenientes. **Revista de Sociologia e Política**, v. 20, p. 93-110, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782012000200008>

LACERDA, Gustavo Biscaia. August Comte e o “positivismo” redescobertos. **Revista de Sociologia e Política**, v. 17, n. 34, out. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782009000300021>. Acesso em: 15 fev. 2022.

LASWELL, H.D. **Politics: Who Gets What, When, How**. Cleveland, Meridian Books. 1936/1958.



LEONETTI, Pedro Henrique, CATARUCCI, Fernanda; TALARICO, Vânia; et al. Potencialidades e fragilidades na implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.2, n.25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.11332018>. Acesso em: 17 out. 2022.

LINDBLOM, Charles E. “The Science of Muddling Through”. **Public Administration Review** v. 19, p. 78-88. 1959.

LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. In: **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. 1993. p. 32-32.

LYNN, L. E. **Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis**. Santa Monica, Calif.: Goodyear. 1980

MAKSE, Todd; VOLDEN, Craig. The role of policy attributes in the diffusion of innovations. **The Journal of Politics**, v. 73, n. 1, p. 108-124, 2011.

MARCH, James G.; OLSEN Johan P. **Democratic Governance**. New York: The Free Press. 1995.

MARTINS, P. H. **Contra a Desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MEAD, L. M. **Public Policy: Vision, Potential, Limits, Policy Currents**, Fevereiro: 1-4. 1995.

MENDES, Isabel Amélia. Desenvolvimento e Saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.3, mai-jun, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000300001>. Acesso em: 10 ago. 2022.

MOKATE, Karen Marie, Convirtiendo el “monstruo” en aliado: la evaluación como herramienta de la gerencia social. **Revista do Serviço Público**, ano 53, n. 1. jan./mar. 2002. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1964>. Acesso em: 10 ago. 2022.

MOURA, Iris Raquel; SOUSA, Camila Rossana; SANTOS, Jardely Karoliny et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: avanços e desafios. **Anais do II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**, 2017. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/29530>.

MUGNOL, Márcio; GISI, Maria de Lourdes. Avaliação de políticas públicas educacionais: os resultados do Prouni. **Conjectura: Filos. Educ.** v. 18, p. 122- 139, 2013. Caxias do Sul. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/236118146.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2021.

OAKLEY, Ann. Public Policy Experimentation: lessons from America. **Policy Studies**, v. 19, n. 2, p. 93-114, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01442879808423746>. Acesso em: 15 ago. 2022.

OLIVEIRA, Osmany Porto. **Embaixadores da Participação: a difusão internacional do orçamento participativo**. São Paulo: Annablume, 2016.

OLIVEIRA, Osmany Porto; PAL, Leslie A. Novas fronteiras e direções na pesquisa sobre transferência, difusão e circulação de políticas públicas: agentes, espaços, resistência e traduções. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 52(2):199-220, mar./abr. 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.159/0034-761220180078>. Acesso em: 10 ago. 2022.

OLLAIK, Leila Giandoni; MEDEIROS, Janann Joslin. Instrumentos governamentais: reflexões para uma agenda de pesquisas sobre implementação de políticas públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 45, p. 1943-1967, 2011.

OLSON, Mancur. **The Logic of Collective Action**. Cambridge, Mass: Harvard University Press. 1965.

OMS, 2011. **Relatório da Situação Global da OMS sobre doenças não transmissíveis**, 2011.

OMS, 2012. **Dados provisórios da 2ª pesquisa global da OMS sobre treinamento em práticas de MTC**. 11 de junho de 2012

OPAS; **OMS 1998**. Disponível em:  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/4370>.

PARSONS, Wayne. **Public Policy: an introduction to the theory and practice of policy analysis**. Cheltenham. Edward Elgar, 1997.

PEPIC/ RS; ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL;  
SECRETARIA DA SAÚDE **RESOLUÇÃO Nº 695/13 – CIB / RS**

PERES, Paulo Sérgio. Comportamento ou instituições? A evolução histórica do neo-institucionalismo da ciência política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 23, p. 53-71, 2008.

PETERS, B. G. **American Public Policy**. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Mangueiras, 2009. Disponível em  
<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>.

PORTO DE OLIVEIRA, O.; SARAIVA, Camila; SAKAI, Roberta. **Difusão de Políticas e Cooperação para o Desenvolvimento: elementos norteadores para a implementação de projetos de transferência de políticas públicas por meio da cooperação internacional**. São José do Rio Preto: Balão Editorial, 2020.

PUTNAM, Robert D. Diplomacia e política doméstica: a lógica dos jogos de dois níveis. **Revista de Sociologia e Política**, v. 18, p. 147-174, 2010.

REIS, Bárbara Oliveira; ESTEVES, Larissa Rodrigues; GRECO, Rosângela Maria. Avanços e desafios para a implementação das práticas integrativas e complementares no Brasil. **Revista APS**, v.21, n.3, p. 355-364, jul./set. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16383>.

ROSSI, Peter H.; WRIGHT, James D. Pesquisa de avaliação: uma avaliação. **Revista Anual de Sociologia**, v. 10, n. 1, p. 331-352, 1984.

RUELA, Ludmila de Oliveira; MOURA, Caroline de Castro; GRADIM, Clícia Valim; STEFANELLO, Juliana; et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde: revisão da literatura. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. Nov. 2019.

SAMPAIO, Ana Tânia. Prefácio. In: FREITAG, Vera Lúcia; BADTKE, Márcio Rossato (Org.). **Práticas Integrativas e Complementares no SUS: o (re)conhecimento de técnicas milenares no cuidado à saúde contemporânea**. Curitiba: Nova Práxis editorial, 2019.

SANTO ÂNGELO. Lei nº 3.597, de 23 de março de 2012. **Dispõe sobre a Implantação das Terapias Naturais na Secretaria Municipal de Saúde e dá Outras Providências**. Santo Ângelo, 2012. [Mimeografado].

SANTOS, B. S. **O Fim do Império Cognitivo**. Belo Horizonte. Editora Autêntica, 2019.

SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3011-3024, 2012.

SCHIMANSKI, Silvana. **Mecanismo de Difusão Política da OMC sobre Gênero e Comércio**. Abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.6472907>. Acesso em: 5 out. 2022.

SCIELO. **Scientific Electronic Library Online**. Disponível em: <https://search.scielo.org/?q=Pr%C3%A1ticas+Integrativas+e+Complementares+em+Sa%C3%BAde&lang=pt&filter%5Bin%5D%5B%5D=scl>. Acesso em: 23 set 2022.

SECCHI, Leonardo, **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**, São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SEITENFUS, Ricardo Antônio Silva. **Manual das Organizações internacionais**. Livraria do Advogado Editora, 1997. ISBN: 8573480378.

SHIPAN, C. R.; VOLDEN, C. Policy Diffusion: Seven Lessons for Scholars and Practitioners. **Public Administration Review**, ago. 2012, p.788-796.

SILVA, Gisléa Kândida; ISLÂNDIA, Maria Carvalho; CABRAL, Maria Eduarda; et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300110>. Acesso em: 17 out. 2022.

SILVA, Luana Batista; LIMA, Indiara Campos; BASTOS, Rodrigo Almeida. Terapias complementares e integrativas: conhecimento e utilização pelos docentes do curso de enfermagem de uma instituição pública. **Revista de Saúde Coletiva UFEs**, Feira de Santana, v.5, n.1, p. 40-45, dez.2015. Disponível em: <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v5i1.1008>.

SILVEIRA, Roberta de Pinho; ROCHA, Cristianne. Verdades em (des)construção: uma análise sobre as práticas integrativas e complementares em saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180906>. Acesso em 17 out. 2022.

SIMMONS, Bete; DOBBIN, Frank; GARRETT, Geoffrey (Ed.). **A Difusão Global de Mercados e Democracia**. Nova York: Cambridge University Press, 2008. Disponível em: 10.2307/20749571. Acesso em: 15 ago.2022.

SIMON, Herbert. **Comportamento Administrativo**. Rio de Janeiro: USAID. 1957.

SOCIEDADE Brasileira de Física. **Um Basta à Pseudociência**, São Paulo, 22 mar. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/39Mzsgy>.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65-86.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

STENGERS, Isabelle. **A Invenção das Ciências Modernas**. São Paulo: Editora 34, 2002.

STONE, Diane. Transfer agents and global networks in the ‘transnationalization’ of policy. **Journal of European Public Policy**, v. 11, n. 3, p. 545-566, 2004.

TABOSA, Marcone César; AQUINO, Camilla; SOUSA, Islândia et al. Análise de custos em unidade de Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001649>. Acesso em: 17 out. 2022.

WALT, Stephen M. International relations: One world, many theories. **Foreign Policy**, p. 29-46, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review**. Geneva: WHO, 2001.

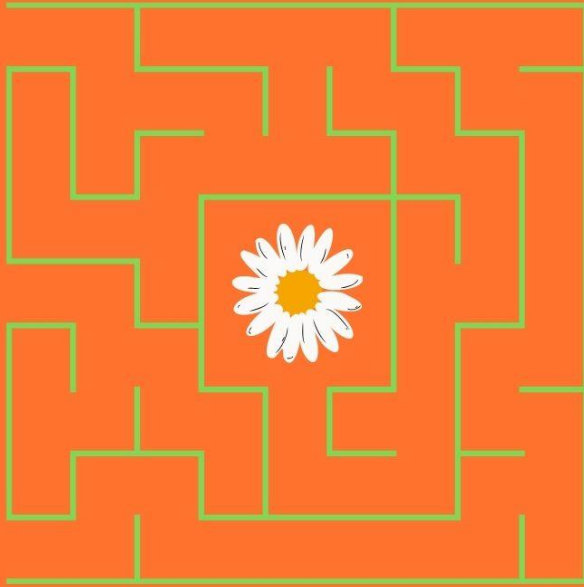
WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **WHO guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine.** Geneva: WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005.** Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **WHO traditional medicine strategy: 2014-2023.** Geneva: WHO, 2013.

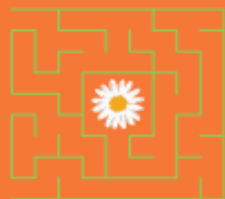
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global report on traditional and complementary medicine 2019.** World Health Organization, 2019.

ZAEI, Mansour Esmaeil. Globalization of National Policy-Making: An International Perspective. **Public Policy And Administration**, Mykolas Romeris University [s.l.],v.13, n. 2, p.331-340, 2014.



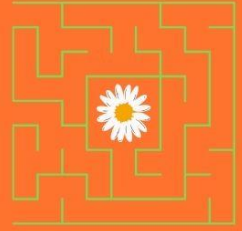
PICS





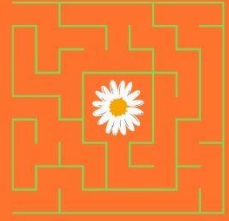
## Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura; Auriculoterapia

A Medicina Tradicional Chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza uma linguagem simbólica com as leis da natureza e que valoriza a sua inter-relação harmônica com os seres vivos, visando a integridade. Utiliza várias modalidades de tratamento (Acupuntura, Plantas Medicinais, Dietoterapia, Práticas Corporais, Lian Gong, Chi Gong, Tuina, Tai-Chi-Chuan) e mentais, no caso, a meditação) (BRASIL, 2006).



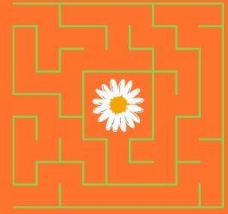
# Homeopatia

A Homeopatia é um sistema médico complexo de caráter holístico. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. A Homeopatia é uma especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) desde 1980 (BRASIL, 2006).



# Fitoterapia

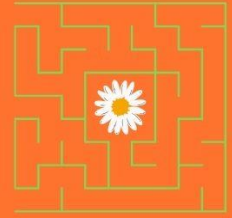
A fitoterapia é uma “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla socio-diversidade, uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente este conhecimento (BRASIL, 2006).



# Antroposofia

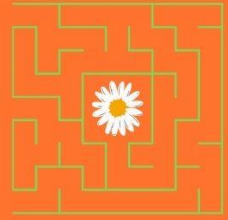
A Medicina Antroposófica (MA) é uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está fundamentado na maneira transdisciplinar, com a atuação de profissionais de outras áreas da saúde, em busca da integralidade do cuidado em saúde. Os médicos antroposóficos utilizam os conhecimentos e recursos da MA para ampliar a clínica, alcançando reconhecimento por meio do Parecer 21/93 do Conselho Federal de Medicina, em 23/11/1993.

Entre os recursos que acompanham esta abordagem médica, destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia, em outros específicos da Medicina Antroposófica (medicamentos produzidos com substâncias da natureza - minerais, plantas e até de alguns animais (abelha, corais) e a alopatia, se for necessário) (BRASIL, 2006).



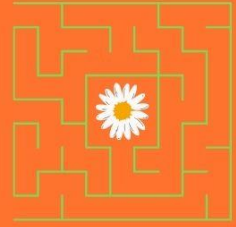
# Arteterapia

Uma atividade milenar, a arteterapia é um recurso terapêutico que busca interligar os universos interno e externo de um indivíduo, por meio da sua simbologia. É uma arte livre, que se transformou numa técnica que ultrapassa os objetivos artísticos. É uma forma de comunicação entre o profissional e um paciente, através de um processo terapêutico individual ou de grupo (COFFITO, 2017).



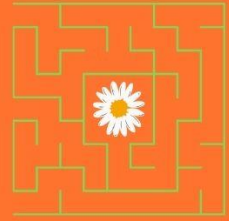
# Ayurveda

É considerada uma das mais antigas abordagens de cuidado do mundo, foi desenvolvido na Índia durante o período de 2000-1000 a.C. Baseando-se na observação, na experiência e nos recursos naturais, a técnica propõe um sistema único de cuidado. A OMS reconhece o Ayurveda como uma abordagem capaz de prevenir e curar doenças e a reconhece como um sistema terapêutico e um modo de viver. No Ayurveda a investigação diagnóstica leva em consideração a rotina diária, alimentação, condições clínicas, digestão, considerações pessoais e sociais, bem como a situação econômica e ambiental do paciente. Fundamenta-se na premissa de que a doença começa bem antes de sua manifestação clínica, possibilitando ações preventivas eficazes (BRASIL, 2017).



## Dança Circular

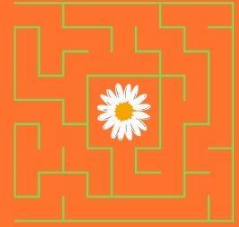
Danças Circulares Sagradas ou Dança dos Povos, ou simplesmente Dança Circular é uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. No círculo trabalha-se o equilíbrio entre o indivíduo 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 (BRASIL, 2017).



# Musicoterapia

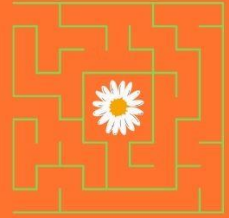
É a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas (BRASIL, 2017).





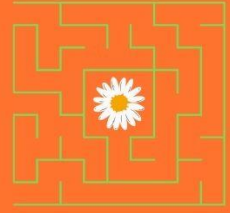
# Naturopatia

É entendida como abordagem de cuidado que, por meio de métodos e recursos naturais, estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se. A Naturopatia utiliza diversos recursos terapêuticos como: plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, fitoflogia, massagens, recursos expressivos, terapias corpo-mente e mudanças de hábitos (BRASIL, 2017).



## Quiropraxia

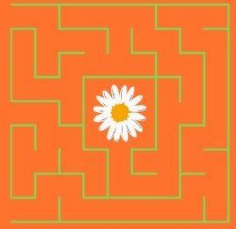
É uma abordagem de cuidado que utiliza elementos diagnósticos e terapêuticos manipulativos, visando o tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e de seus efeitos na saúde em geral. São utilizadas as mãos para aplicar uma força controlada na articulação, pressionando além da amplitude de movimento habitual (BRASIL, 2017).



## Reiki

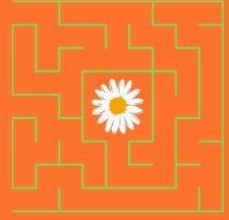
É uma prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde.

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 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 (BRASIL, 2017).



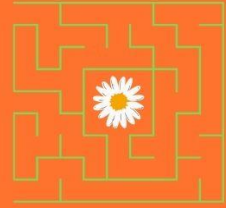
# Shantala

É uma prática de massagem para bebês e crianças, composta por uma série de movimentos pelo corpo, que permite despertar e ampliar o vínculo entre o cuidador e o bebê. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional (BRASIL, 2017).



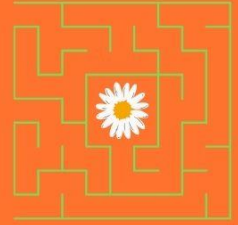
## Termalismo / Crenoterapia

O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Esta área do conhecimento sofreu considerável redução de sua produção científica com a ocidentalização da medicina após o término da segunda guerra mundial (BRASIL, 2006).



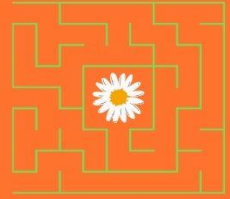
## Biodança

Trata-se de uma abordagem sistêmica inspirada nas origens mais primitivas da dança, com o objetivo de restabelecer as interações conscientes do indivíduo consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva. Sua metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos selecionados como músicas, cantos, exercícios e dinâmicas capazes de produzir experiências que estimulam a plasticidade neuronal e a criação de novas redes sinápticas. Desta forma, 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 (BRASIL, 2017).



# Musicoterapia

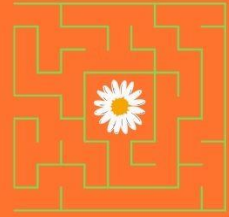
É a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas (BRASIL, 2017).



## Osteopatia

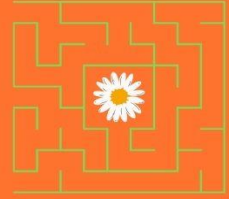
É um método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos. A abordagem osteopática envolve o profundo conhecimento anatômico, fisiológico e biomecânico global, relacionando todos os sistemas para formular hipóteses de diagnóstico e aplicar os tratamentos de forma eficaz. 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 (BRASIL, 2017).





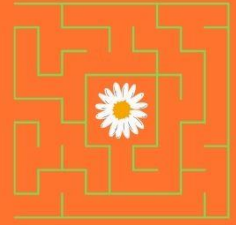
# Reflexoterapia

É uma prática que utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. fundamenta-se no princípio de que o corpo é dividido em diferentes regiões e cada uma tem o seu reflexo principalmente nos pés ou nas mãos (BRASIL, 2017).



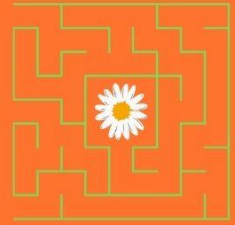
# Terapia Comunitária Integrativa

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 (BRASIL, 2017).



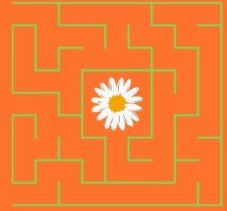
# Yoga

É uma prática que combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. 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 (BRASIL, 2017).



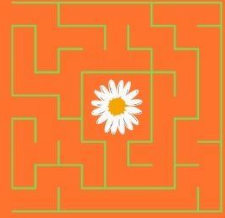
## Apiterapia

A Apiterapia é um 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 patologias. Os produtos são denominados “apiterápicos” e incluem a “apitoxina”, a geleia real e o pólen, a própolis, o mel, entre outros. (BRASIL, 2018).



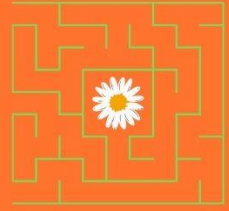
## Constelação Familiar

A Constelação Familiar é uma técnica de representação espacial das relações familiares que permite identificar bloqueios emocionais de gerações ou membros da família. A Constelação Familiar busca mostrar com simplicidade, profundidade e praticidade onde está a origem de um distúrbio psicológico, financeiro, físico, ou de relacionamento por meio de um outro nível de consciência em relação ao problema e, desta forma, apresentando ao paciente, uma solução amorosa de pertencimento, respeito e equilíbrio (BRASIL, 2018).



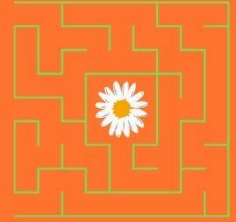
## Geoterapia

A Geoterapia utiliza a argila (na cor selecionada de acordo com o objetivo de tratamento) diluída em água em 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 (BRASIL, 2018).



## Imposição de Mãos

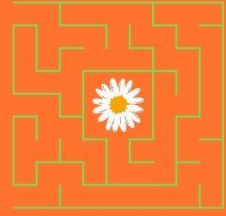
A Imposição de Mãos é uma prática terapêutica secular que se baseia na transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com o intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença. Essa prática fundamenta-se na existência de uma energia universal que tende ao equilíbrio. 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 é obstruído ou desorganizado, em desequilíbrio. Desta forma, a imposição de mão, seria um método de reequilíbrio energético (BRASIL, 2018).



## Ozonioterapia

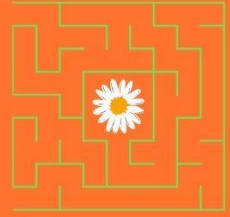
A Ozonioterapia é uma prática integrativa e complementar de baixo custo, segurança comprovada e reconhecida, que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio por diferentes vias de administração com finalidade terapêutica (BRASIL, 2018).





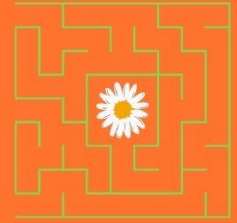
## Terapia de Florais

A Terapia de Florais é uma prática complementar, não medicamentosa que, por meio de essências florais, modifica certos estados vibratórios, auxiliando no equilíbrio energético humano. As essências florais são extratos líquidos naturais, inodoros e altamente diluídos de flores para tratamento de problemas emocionais, atuando em níveis sutis e harmonizando o paciente internamente e no meio em que vive (BRASIL, 2018).



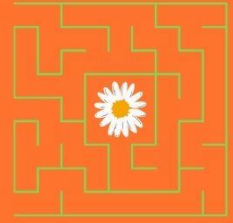
# Aromaterapia

A Aromaterapia é prática terapêutica secular que consiste no uso de concentrados voláteis extraídos de vegetais - os óleos essenciais (OE) - a fim de promover ou melhorar a saúde (BRASIL, 2018).



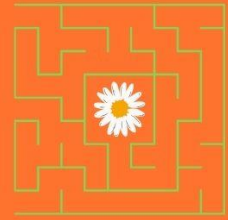
# Bioenergética

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, através de movimentos sincronizados com a respiração, para liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos (BRASIL, 2018).



# Cromoterapia

Com registros de milênios, desde as antigas civilizações, a Cromoterapia é a prática terapêutica que utiliza as cores no tratamento de doenças. Nos primórdios de seu uso terapêutico a luz solar era o principal meio utilizado pela forte crença no seu potencial de cura. A Cromoterapia procura estabelecer e restaurar o equilíbrio físico e energético do paciente, promovendo a harmonia entre corpo, mente e emoções (BRASIL, 2018).



# Hipnoterapia

A Hipnoterapia é um conjunto de técnicas que, por meio de intenso relaxamento, induz o paciente a alcançar um estado de consciência aumentado, com o objetivo de alterar comportamentos causadores de fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas (BRASIL, 2018).