

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Joyce Viana Marques

POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DO
SUS: UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Rio de Janeiro

2020

Joyce Viana Marques

POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DO
SUS: UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para aprovação no Mestrado Profissional.

Orientador: Dr. Marco Antonio Carvalho Santos

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

M357p Marques, Joyce Viana
Política Nacional de Práticas Integrativas e
Complementares do SUS: um olhar sobre a formação
profissional / Joyce Viana Marques. - Rio de
Janeiro, 2020.
117 f.

Orientador: Marco Antonio Carvalho Santos

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo
Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação
Profissional em Saúde, 2020.

1. Educação Profissionalizante. 2. Políticas
Públicas em Saúde. 3. Sistema Único de Saúde.
4. Terapias Complementares. I. Santos, Marco
Antonio Carvalho. II. Título.

CDD 370.113

Joyce Viana Marques

POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DO
SUS: UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para aprovação no Mestrado Profissional.

Aprovada em 30/03/2020

BANCA EXAMINADORA

Dr. Marco Antonio Carvalho Santos (FIOCRUZ/EPJIV)

Dr.^a Alda Maria Lacerda da Costa (FIOCRUZ/ESPJV)

Dr.^a Leila Brito Bergold (UFRJ)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que colaboraram direta ou indiretamente para a elaboração desta dissertação.

Aos meus familiares, em especial à minha mãe Maria Amélia, que sempre me apoiou durante essa etapa, me incentivando mesmo em momentos de dificuldades.

Agradeço imensamente a meu orientador e professor Dr. Marco Antônio Carvalho Santos, por sua paciência, respeito e dedicação. Por ter aceitado minha proposta de tema, por todas as lições que me ensinou e por toda liberdade que me proporcionou na elaboração desta dissertação.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde, pela possibilidade de trabalhar com a temática de PICS e pelo incentivo financeiro.

Aos professores da EPSJV pela dedicação à docência e por possibilitar o debate de temas relevantes para meu crescimento pessoal e profissional.

Aos funcionários da EPSJV, em especial à ex-secretária do Programa de Pós-graduação Micheli Abreu, pelo carinho e acolhimento que teve comigo durante todo o processo.

Por fim, agradeço também aos queridos colegas de mestrado, que dividiram comigo a dor e a delícia desse processo de aprendizado.

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo analisar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) sob o enfoque da formação profissional em saúde. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, de natureza exploratória e abordagem qualitativa. Para o estudo bibliográfico foram analisados livros e publicações científicas obtidas nas bases de dados eletrônicas Biblioteca Virtual em Saúde e Scientific Electronic Library . Para o estudo documental foram analisados documentos oficiais de domínio público e sites oficiais. Em um segundo momento, foram selecionadas e analisadas três PICS (medicina tradicional chinesa/acupuntura, musicoterapia e reiki) com o objetivo de apontar a inserção social dessas práticas. A PNPIC, atualmente conta com uma gama de 29 práticas integrativas, formando um campo heterogêneo por incluir diferentes racionalidades médicas e diferentes práticas terapêuticas, complexas e distintas entre si quanto aos seus objetivos, formas de tratamento e compreensão do ser humano. Possui como marco legal a Portaria nº 971/2006, que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do Sistema Único de Saúde, englobando quatro terapêuticas. Através da Portaria nº 849/2017 e da Portaria nº 702/2018, a política é alterada, incluindo 25 práticas integrativas. Sendo então a formação, o aspecto apontado por diversos autores, como atual e mais complexo desafio para a implantação e consolidação dessa política pública. O estabelecimento de parâmetros de formação e atuação profissional envolvendo as práticas integrativas e complementares se apresenta como uma estratégia de controle social que visa a segurança, eficácia e qualidade da assistência em saúde. A ausência de regulamentação do trabalho e da formação das práticas contempladas por essa política pública deixam o espaço livre para o mercado em detrimento do compromisso social.

Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares de Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Formação Profissional em Saúde

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the National Policy of Integrative and Complementary Practices under the focus of professional training in health. It is a bibliographical and documentary research, of an exploratory nature and qualitative approach. For the bibliographic study, books were analyzed and scientific publications obtained in the electronic databases Virtual Library in Health and Scientific Electronic Library. For the documentary study, official documents in the public domain and official websites were analyzed. In a second step, three PICS (traditional Chinese medicine / acupuncture, music therapy and reiki) were selected and analyzed in order to show the social insertion of these practices. The National Policy of Integrative and Complementary Practices of Health System, has a range of 29 integrative practices, forming a heterogeneous field because it includes different medical rationales and different therapeutic practices, complex and distinct from each other in terms of their purpose, treatment and comprehension of human beings. The legal framework is Ordinance No. 971/2006, it instituted the National Policy of Integrative and Complementary Practices within the scope of Health System, including four therapies. Through Ordinance No. 849/2017 and Ordinance No. 702/2018, this policy had an open in the field, including 25 integrative practices. Therefore, professional training is the aspect indicates by several authors, as the current and most complex challenge for the implementation and consolidation of this public policy. The establishment of training and professional performance standards involving integrative and complementary health practices are presented as a social control strategy that aims the safety, effectiveness and quality of health care. The non-regulation of health labor and training of integrative practices in this policy, leaves the free space for the free-market economy instead of social commitment.

Keywords: Integrative and Complementary Practices of Health. Public Health Policies. Professional training.

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Classificação de profissionais habilitados às PICS segundo Portaria nº 853/2006 | 33 |
| Quadro 2 - atendimentos individuais em PICS no 1º semestre de 2017 | 37 |
| Quadro 3 - Práticas Integrativas e Complementares ofertadas | 38 |
| Quadro 4 - Comparativo das racionalidades médicas | 49 |

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-------------|--|----|
| Figura 1 - | Distribuição, por modalidade, em porcentagem das práticas integrativas e complementares nos municípios e estados brasileiros no ano de 2004 | 28 |
| Figura 2 - | Distribuição das modalidades de práticas complementares nos estados e municípios brasileiros no ano de 2004 | 29 |
| Figura 3 - | Distribuição da forma de capacitação dos profissionais em práticas integrativas e complementares no ano de 2004 | 29 |
| Figura 4 - | Desafios apontados pelos Estados-Membros da OMS para implementação da medicina tradicional e complementar | 35 |
| Figura 5 - | Yin-Yang | 59 |
| Figura 6 - | Cinco elementos | 59 |
| Figura 7 - | Representação de alguns meridianos | 60 |
| Figura 8 - | Países onde se verifica a prática da acupuntura | 62 |
| Figura 9 - | Número de cidades brasileiras que possuem acupunturistas que realizaram e registraram consultas segundo no SIA/SUS, entre os anos de 1999 a 2007 | 67 |
| Figura 10 - | Número de municípios que possuem assistência apenas de médicos ou outros profissionais ou, então, ambos, no ano de 2007..... | 67 |
| Figura 11 | Disciplinas relacionadas com a música e com a terapia | 72 |
| Figura 12 - | Localização dos chakras | 83 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| ABA | Associação Brasileira de Acupuntura |
| AB-Reiki | Associação Brasileira de Reiki |
| BM | Banco Mundial |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| CBO | Cadastro Brasileiro de Ocupações |
| Ceata | Centro de Estudos de Acupuntura Terapias Alternativas |
| CERPIS | Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Estado do Amapá |
| CIPLAN | Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação |
| CIPICSUS | Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares do SUS |
| CFBM | Conselho Federal de Biomedicina |
| CFF | Conselho Federal de Farmácia |
| CFFa | Conselho Federal de Fonoaudiologia |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| CFN | Conselho Federal de Nutrição |
| CFO | Conselho Federal de Odontologia |
| CFP | Conselho Federal de Psicologia |
| CMA | Colégio Médico de Acupuntura |
| CNAE | Classificação Nacional de Atividades Econômicas |
| CNAS | Conselho Nacional de Assistência Social |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CNPIC | Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| COFFITO | Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde |
| CONBRAC | Conselho Brasileiro de Acupuntura |
| CRAERJ | Conselho de Autorregulamentação de Acupuntura do Rio de Janeiro |
| CREFITO | Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional |
| CRMV | Conselho Federal de Medicina Veterinária |
| CRT | Conselho de Auto Regulamentação da Terapia Holística |

| | |
|----------|--|
| CRTN | Centro de Referência em Tratamento Natural |
| DAB/MS | Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde |
| DeCs | Descritores em Ciências da Saúde |
| EBRAMEC | Escola Brasileira de Medicina Chinesa |
| EOMA | Escola Oriental de Massagem e Acupuntura |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| FDA | U.S. Food and Drug Administration |
| GT | Grupo de Trabalho |
| IARJ | Instituto de Acupuntura do Rio de Janeiro |
| IBECS | Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde |
| Iepa | Instituto de Pesquisas Científicas e Tecnológicas do Amapá |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| LILACS | Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MEC | Ministério da Educação |
| MEDLINE | Medical Literature Analysis and Retrieval System Online |
| MTC | Medicina Tradicional Chinesa |
| MTC/A | Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura |
| MT/CA | Medicina Tradicional/Complementar Alternativa |
| MOSAICO | Modelos de Saúde e Medicamentos Tradicionais, Complementares e Integrativos nas Américas |
| NASF | Núcleo de Apoio a Saúde da Família |
| NCCIH | National Center for Complementary and Integrative Health |
| NMSI | Núcleo Municipal de Saúde Integrativa |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PEPIC-MG | Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares de Minas Gerais |
| PEPTC-SC | Política Estadual de Práticas Tradicionais e Complementares de Santa Catarina |
| PICS | Práticas Integrativas e Complementares de Saúde |
| PL | Projeto de lei |
| PMAQ -AB | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PNPIC | Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares |

| | |
|---------|---|
| PNMNPC | Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares |
| RIOFLOR | Associação de terapeutas Florais |
| RM | Racionalidades Médicas |
| SCNES | Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| SEE | Secretaria Estadual de Educação |
| SES-MG | Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais |
| SIA-SUS | Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde |
| SINTE | Sindicato de Terapeutas Holísticos |
| SMBA | Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura |
| SUDS | Sistema Unificado Descentralizado de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UBAM | União Brasileira de Associações de Musicoterapia |
| UERJ | Universidade Estadual do Rio de Janeiro |
| UFF | Universidade Federal Fluminense |
| UFMG | Universidade Federal de Minas gerais |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |
| UFRGS | Universidade Federal do Rio Grande do Sul |
| UFRJ | Universidade Federal do Rio de Janeiro |
| UFPE | Universidade Federal de Pernambuco |
| UNICAP | Universidade Católica de Pernambuco |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| Unifap | Universidade Federal do Amapá |
| UNI-RN | Centro Universitário do Rio Grande do Norte |
| USP | Universidade de São Paulo |
| WFAS | World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 14 |
| CAPITULO 1 - POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DO SUS | 20 |
| 1.1 RECONHECIMENTO OFICIAL DA MEDICINA TRADICIONAL COMO FORMA DE CUIDADO | 20 |
| 1.2 ELABORAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA | 26 |
| 1.3 APÓS A APROVAÇÃO DA PNPIC-SUS | 29 |
| 1.4 EXPERIÊNCIAS NACIONAIS | 40 |
| CAPITULO 2 - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE SAÚDE | 46 |
| 2.1 RACIONALIDADES MÉDICAS | 46 |
| 2.2 PENSANDO NA INTEGRALIDADE NA FORMAÇÃO EM PICS | 52 |
| CAPITULO 3 - FORMAÇÃO EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE SAÚDE | 57 |
| 3.1 MEDICINA TRADICIONAL CHINESA E ACUPUNTURA | 58 |
| 3.1.1 Definição e fundamentos | 58 |
| 3.1.2 Aspectos históricos | 60 |
| 3.1.3 Formação e regulamentação profissional | 63 |
| 3.1.4 Pesquisa científica e publicações em bases de dados..... | 68 |
| 3.1.5 Nível de institucionalização | 69 |
| 3.2 MUSICOTERAPIA | 71 |
| 3.2.1 Definição e fundamentos | 71 |
| 3.2.2 Aspectos históricos | 74 |
| 3.2.3 Formação e regulamentação profissional | 75 |
| 3.2.4 Pesquisa científica e publicações em bases de dados..... | 77 |
| 3.2.5 Nível de institucionalização | 79 |
| 3.3 REIKI | 81 |
| 3.3.1 Definição e fundamentos | 81 |

| | |
|--|------------|
| 3.3.2 Aspectos históricos | 83 |
| 3.3.3 Formação e regulamentação profissional | 84 |
| 3.3.4 Pesquisa científica e publicações em bases de dados..... | 87 |
| 3.3.5 Nível de institucionalização | 88 |
| 3.4 ANALISANDO A QUESTÃO DA FORMAÇÃO NA PNPIC..... | 90 |
| 3.5 REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO E DA FORMAÇÃO NA PNPIC | 93 |
| | |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 99 |
| | |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 103 |
| | |
| GLOSSÁRIO | 113 |

INTRODUÇÃO

O interesse em realizar este estudo está relacionado com a minha trajetória de formação profissional. Durante minha graduação em enfermagem fui bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) no Programa Ciências sem Fronteiras, o que me deu a oportunidade de estudar em uma universidade nos Estados Unidos. Uma das disciplinas que eu cursei nessa universidade sobre cuidado e manejo em situações de estresse, falava sobre técnicas alternativas e holísticas de saúde. Até então, era a primeira vez que tinha ouvido falar de outras formas de cuidado, dentro do ambiente universitário. De volta ao Brasil, já formada, em 2016 tive contato com um curso do Ministério da Saúde sobre medicina chinesa, o que me estimulou a fazer uma Pós-Graduação em Acupuntura e aprofundar meus estudos na área. Uma das questões dessa área que me despertou interesse, foi a formação profissional necessária para a atuação em saúde pública. A minha turma de Acupuntura, por exemplo, tinha composição multiprofissional, sendo o ensino focado na técnica e totalmente desvinculado da saúde pública. Na verdade, em dois anos de formação nada foi mencionado sobre Sistema Único de Saúde (SUS) e saúde coletiva. O ensino era focado para quem queria atender em seu consultório particular e pouco se falou de noções em biossegurança e dos riscos envolvendo a prática de acupuntura. Então em 2018, quando participei do processo seletivo para entrar neste mestrado, já tinha em mente que gostaria de trabalhar com a temática de formação e ensino em Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS). Durante o curso, em conversa com o orientador, foi decidido falar sobre a formação profissional na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do SUS, tendo em vista, que este era um aspecto apontando por diversos autores como um dos grandes desafios para a consolidação da política pública.

Desta forma, esta dissertação teve como objetivo a análise da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde sob o enfoque da formação profissional em saúde. Como objetivos específicos, pretendeu-se descrever a constituição histórica da PNPIC e discutir as implicações dessa política pública na formação profissional em saúde.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, de natureza exploratória e abordagem qualitativa. Para o estudo bibliográfico foram analisados livros e publicações científicas referentes à temática, obtidas nas bases de dados eletrônicas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library (SCIELO). Para o estudo documental foram analisados documentos oficiais de domínio público (políticas, normas técnicas e legislações) e

sites oficiais (do Ministério da Saúde, de secretarias estaduais e municipais, de associações profissionais, sindicatos profissionais e conselhos profissionais). Os documentos oficiais selecionados foram os seguintes: Portaria nº 971/2006 que instituiu a PNPIC; Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários em saúde; Relatórios da 8ª, 10ª, 11ª Conferências Nacionais de Saúde; Portaria nº 849/2017 que altera a PNPIC; Portaria nº 702/2018 que altera a PNPIC; Portaria nº 853/2006 que inclui na tabela de Serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde as PICS; Portaria nº 1600/2006 que aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS; Portaria nº 633/2007 que atualiza o serviço especializado em PICS na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; Portaria nº 1988/2018 que atualiza os procedimentos e serviço especializado de PICS na Tabela de Procedimentos Medicamentos Órteses Próteses e Materiais Especiais do SUS e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; Documento sobre Estratégias da Organização Mundial de Saúde 2002-2005 que visa orientar aos estados membros sobre a adoção da medicina tradicional aos sistemas convencionais de saúde; Documento sobre Estratégias da Organização Mundial de Saúde 2014-2023 que é uma atualização do anterior; Manual de Implementação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS que visa orientar gestores municipais e estaduais sobre a implementação de PICS no SUS ; PNPIC: atitude de ampliação de acesso de 2006 que é um documento do Ministério da Saúde que divulga as diretrizes da política; PNPIC: atitude de ampliação de acesso de 2015 que é uma atualização do anterior; Relatório de gestão 2006/2010 sobre PICS no SUS que contempla avanços e desafios para a consolidação da referida política; Relatório de Monitoramento dos Sistemas de Informação da Atenção Básica e Média-Alta Complexidade relativo ao 1º semestre de 2017 que é uma sistematização dos dados nacionais das PICS no referido período e o Relatório do 1º Seminário Internacional de PICS que apresenta experiências das PICS no Brasil e em outros países como China, Cuba, Bolívia, México e Itália. Todo o material selecionado levou em consideração os seguintes assuntos: Sistema Único de Saúde, Práticas Integrativas e Complementares de Saúde e formação profissional. A pesquisa também utilizou dissertações de mestrado e teses de doutorado que tinham como objeto de estudo assunto condizente com este trabalho e foram disponibilizadas no portal da CAPES.

Em um segundo momento, foram selecionadas e analisadas três PICS: medicina tradicional chinesa/acupuntura, musicoterapia e reiki. O objetivo consiste em mostrar a inserção social dessas PICS, apontando para o que já existe em matéria de regulação do trabalho e da formação dessas práticas. Para tanto, tal análise se deu com base em 5

categorias: definição e fundamentos; aspectos históricos; formação e regulamentação profissional; pesquisa científica e publicação em base de dados; nível de institucionalização da prática. As PICS trabalhadas nesta dissertação foram escolhidas devido às diferenças quanto ao processo formativo, com variações em relação à estrutura acadêmica formal ou informal, duração da formação e necessidade ou não de treinamento teórico-prático. Todavia, ressalto que nesta dissertação não se tem a pretensão de fazer juízo de valor sobre as PICS, muito menos colocar uma ou outra como mais importante ou eficaz, mas sim levantar apontamentos que podem subsidiar o diálogo a respeito da formação profissional necessária para o exercício das diversas Práticas Integrativas e Complementares de Saúde presentes na política pública.

Atualmente, a PNPIC conta com uma gama de 29 Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, formando um heterogêneo campo composto por diferentes racionalidades médicas e práticas terapêuticas. A categoria epistemológica de Racionalidade Médica (RM) foi proposta pela socióloga Madel Luz por volta dos anos de 1990 como uma forma de comparar teórica e empiricamente os vários sistemas médicos existentes, originados em culturas distintas, mas atuando na cultura atual globalizada (LUZ, 1993). Segundo Luz, as RM's podem ser compreendidas como sistemas médicos complexos que apresentam seis dimensões: morfologia, dinâmica vital, doutrina médica, sistema de diagnóstico, intervenção terapêutica e cosmologia. Estão incluídas em tal categoria a medicina homeopática, tradicional chinesa, ayurveda, antroposófica e ocidental contemporânea/biomedicina. Já as chamadas práticas terapêuticas são técnicas que auxiliam a saúde e o bem-estar do indivíduo de maneira integrativa, mas que não possuem elementos suficientes para serem classificadas como racionalidade médica, podendo desta forma, serem empregadas no contexto de uma ou mais RM's como a quiropraxia, musicoterapia, florais, reiki, entre outros. De maneira geral, as PICS possuem uma abordagem pluridimensional da saúde individual e coletiva, levando em consideração, no cuidado em saúde, as múltiplas dimensões que integram o processo de adoecimento e a vida dos doentes, considerando as dimensões biológicas, sociais, espirituais, emocionais e energéticas (TESSER & LUZ, 2008).

O campo de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde constitui um cenário de crescente ampliação e visibilidade no Brasil, estando presente em mais de 232 municípios no ano de 2004 (BRASIL, 2015), passando a cobrir 4.365 municípios em 2017, 78% do total de municípios e 100% das capitais brasileiras (BRASIL, 2018a). Cabe ressaltar que houve um movimento por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), que resultou em uma série de eventos a nível internacional e nacional, de incentivo à incorporação das práticas integrativas

aos sistemas convencionais de saúde. A Declaração de Alma-Ata, em 1978, sobre cuidados primários em saúde pode ser considerada o primeiro marco oficial a favor do reconhecimento dos cuidados tradicionais como forma complementar de promover saúde. Posteriormente, a OMS dá início a estratégias específicas de promoção da Medicina Tradicional/ Complementar Alternativa (MT/CA) por meio de orientações aos Estados-membros, para o desenvolvimento de políticas públicas que auxiliem a incorporação de tais práticas aos sistemas nacionais de atenção à saúde (OMS, 2002). A crise da medicina¹, iatrogenia médica e farmacêutica, reducionismo biologicista da saúde/doença, crescente uso de tecnologias que encarecem o cuidado e distanciamento entre paciente-terapeuta, são hipóteses que buscam explicar a profusão de diferentes racionalidades médicas na sociedade contemporânea, a partir da segunda metade do século XX (LUZ, 2005).

No cenário brasileiro, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em consonância com o movimento de Reforma Sanitária, registra seu posicionamento no Relatório Final quanto à "introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida" (BRASIL, 1986, p.10). Consequentes Conferências Nacionais de Saúde como a 10ª, 11ª, 12ª reafirmam o desejo de instâncias sociais de incorporar práticas não convencionais ao SUS (BRASIL, 2005). Em 2003, um Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde é constituído com o objetivo de elaborar uma política nacional, resultando em 2006 na PNPIC.

A Portaria nº 971/2006, é o primeiro marco legal que instituiu no âmbito do SUS a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, contemplando medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais/fitoterapia e termalismo social. O documento apresenta justificativa, histórico das práticas, objetivos, diretrizes específicas para cada uma delas, responsabilidades institucionais, além de dados do diagnóstico situacional, realizado a nível nacional, que embasou a elaboração da mesma. Destaco que as diretrizes pontuadas no documento demonstram preocupação com o desenvolvimento de estratégias de formação profissional no tocante ao exercício de tais

¹ Luz (2005) denomina como crise da medicina um conjunto de eventos e situações ligadas às desigualdades sociais, aumento da violência, aumento de doenças crônico-não-transmissíveis, recrudescimento de antigas endemias, entre outros fatores. A mudança do padrão epidemiológico de doenças infectocontagiosas para doenças crônico-não-transmissíveis demonstrou a incapacidade da medicina moderna/biomedicina em manter seu papel inicial de cura, passando a ocupar a função de diagnosticar tais distúrbios por meio de tecnologia de ponta, utilizando medicamentos como forma de intervenção médica, não para proporcionar maior bem-estar, mas conduzindo a uma estagnação de possíveis benefícios. Foucault (2010) e Illich (1975) versam sobre os efeitos da medicalização na sociedade como um dos pilares da crise da medicina, pelos efeitos dos medicamentos, alguns terapêuticos, outros nocivos, em um campo de probabilidades e riscos cuja magnitude não se pode ser medida com precisão.

práticas realizadas por profissionais capacitados, no intuito de garantir a prática segura, eficaz e de qualidade na saúde pública. Através de recentes Portarias do Ministério da Saúde, outras práticas integrativas foram incorporadas à política nacional, em 2017 e 2018. As terapêuticas incorporadas são: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, medicina antroposófica, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais. Cabe destacar que estas terapêuticas foram incorporadas por meio de portarias ministeriais sem indicar a formação necessária para o exercício de cada prática integrativa.

Observa-se também a expansão das PICS no setor privado, com uma crescente disputa de mercado quanto à prestação da assistência individual e em grupo, consumo de produtos terapêuticos e processo educacional formativo. "Em termos econômicos, existe um forte mercado internacional de PICS: só a fitoterapia movimentava anualmente na Europa 3,5 bilhões de euros e na China 14 bilhões de dólares, mostrando crescimento expressivo ano a ano" (BRASIL, 2009, p.18). A crescente e predominante oferta de cursos formativos em instituições privadas de ensino, tem sido apontada em estudos como fator problemático para formação em saúde, pois contribui para uma concepção elitizada e distanciada dos princípios da saúde coletiva e do SUS (NASCIMENTO et al, 20018; AZEVEDO & PELICIONI, 2012). Além da insuficiente oferta de formação em instituições públicas (NASCIMENTO et al, 2018), a falta de padrão formativo mínimo, como por exemplo determinação de conteúdo e carga horária teórico-prática, faz com que um profissional que tenha passado por uma formação mais extensiva teórica e prática tenha a mesma habilitação para atuar na assistência que um profissional que passou por um minicurso online de caráter informativo. Desta forma, se faz necessário debater a respeito da formação do profissional em saúde em consonância com a PNPIC, por entender que o cenário de saúde pública envolve vidas a nível individual e coletivo e, portanto exige padrão público e social a fim de manter a qualidade de vida de uma sociedade, sendo então a formação, o aspecto apontado por diversos autores, como atual e mais complexo desafio para a implantação e consolidação da PNPIC (AZEVEDO & PELICIONI, 2012; TESSER, 2009; BRASIL, 2011; SIMONI, BENEVIDES, BARROS, 2008).

Diante do exposto, é possível perceber que se trata de um campo de estudo vasto, em processo de expansão, que engloba múltiplas terapêuticas de saúde e que, portanto, requer análise da política pública com enfoque no aspecto formativo, de acordo com as características específicas de cada prática profissional. A preocupação com a segurança e

eficácia no exercício de tais práticas, por meio do estabelecimento de parâmetros formativos, está presente em documentos emitidos pela OMS, relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e no primeiro documento de 2006 que instituiu a PNPIC. Porém essa linha não se mantém nas incorporações realizadas nos anos de 2017 e 2018. A não regulamentação, ou a regulação em moldes abrangentes, indica maior compromisso com o mercado do que com a responsabilidade em garantir o direito ao acesso à saúde de qualidade.

Desta forma, o primeiro capítulo aponta as mediações que constituem o percurso histórico da PNPIC, desde o reconhecimento das terapêuticas tradicionais como forma de cuidado no ocidente aos desdobramentos ocorridos após a publicação da referida política pública. O segundo capítulo traz uma reflexão sobre a categoria de racionalidade médica, fundamental para o entendimento da PNPIC, bem como apontamentos de como essas práticas têm o potencial de contribuir para a integralidade na formação em saúde. O terceiro capítulo aborda a formação em práticas integrativas e complementares por meio da análise de três PICS, escolhidas devido às diferenças nos níveis de institucionalização da formação. Nesse contexto, para analisar o aspecto formativo envolvendo as PICS, se fez necessário o debate sobre a regulamentação do trabalho e da formação na referida política pública. Nas considerações finais foram retomadas as principais questões do estudo e realizados apontamentos quanto a necessidade de aprofundar determinados aspectos como forma de dar continuidade à análise da temática.

CAPÍTULO 1 - POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DO SUS

Neste capítulo, pretende-se apresentar o percurso histórico da PNPIC explicitando múltiplas determinações e mediações que constituem o objeto de pesquisa. Entende-se que estudar o aspecto histórico se faz necessário para compreender a atual conjuntura, partindo do pressuposto que se trata de um processo ativo que está continuamente adaptando-se. Neste trabalho, não se tem a intenção de esgotar o tema, mas sim indicar a dinâmica histórica do processo.

A construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS se deu a partir de recomendações da Organização Mundial de Saúde, das Conferências Nacionais de Saúde e de entidades da sociedade civil, a fim de proporcionar novos recursos terapêuticos à população bem como atender a necessidade de normatização de tais práticas na rede pública de saúde. Tomando como pressuposto que nenhuma política pública é neutra, a elaboração e a implementação da PNPIC é resultado da correlação de forças de diversos agentes, com interesses mais diversos ainda, envolvendo justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural, prometendo a "abertura de possibilidades de acesso a serviços antes restritos a prática de cunho privado" (BRASIL, 2015, p.8).

1.1 RECONHECIMENTO OFICIAL DA MEDICINA TRADICIONAL COMO FORMA DE CUIDADO

De acordo com Nascimento et al. (2013), a medicina alternativa de base tradicional passou a ganhar maior visibilidade no mundo com o movimento de contracultura surgido nos Estados Unidos na década de 1960 que assumia caráter de contestação política, social e cultural diante das mudanças que vinham ocorrendo com o avanço da ordem capitalista. Os autores afirmam que o movimento deu espaço às propostas terapêuticas de cuidado de base natural com foco na promoção da saúde, como alternativa às práticas alopáticas. Com isso, foi ganhando força a crítica à farmacologia química, à medicalização como instância de controle social, à iatrogenia médica e ao reducionismo biologicista da saúde, resultando no que Luz (2005) indica como crise da saúde.

Analisando a dinâmica da cultura, Williams (2011) afirma que toda sociedade tem um sistema geral de práticas que possuem significados e valores que são centrais e, portanto, podem ser chamados de dominantes e eficazes. Esses valores e práticas hegemônicos

constituem a realidade vivida pela sociedade, saturando-a a ponto de constituir um senso comum. Não se trata de uma mera manipulação ou uma ideologia imposta, mas designa todo um modo de vida e de apreensão do mundo. Na área da saúde, o cientificismo da biomedicina, a medicalização da saúde e o domínio do profissional médico perante a sociedade podem ser considerados valores dominantes e eficazes. Todavia, o autor ressalta que há valores alternativos que podem ser acomodados e tolerados dentro da cultura dominante, mas que não ultrapassam os limites centrais da mesma. Esses valores normalmente possuem traços de uma tradição significativa que dão suporte ao dominante ou pelo menos não o contradizem. As formas tradicionais de cuidado inicialmente foram incorporadas à biomedicina em um sentido de alternativa às práticas de base alopática e não no sentido de substituição da mesma, passando posteriormente de 'alternativas' a 'complementares'. Na medida em que essas práticas tradicionais se estendem, passam também a ter um viés crítico, por vezes, opositor.

Williams (2011, p.54), na sua discussão sobre cultura dominante, se refere a um processo, que denomina "tradição seletiva", que consiste na seleção de certas práticas e valores para serem incorporados às práticas hegemônicas enquanto outros valores são negligenciados. A partir de Williams, podemos pensar, por exemplo, no uso de plantas como matéria prima para o avanço da indústria farmacêutica como prática incorporada e o uso de plantas *in natura* em forma de chá terapêutico como valor negligenciado e silenciado. Santos, Araújo e Baumgarten (2016) afirmam que esse processo suprimiu práticas sociais que contrariavam interesses do capitalismo moderno, reduzindo os conhecimentos tradicionais de povos não ocidentais e/ou não cristãos a saberes inferiores e residuais. Porém, Williams (2011, p.56) chama a atenção para a possibilidade de incorporação, em certa medida, da "cultura residual" à dominante, desde que não negue o valor real das práticas hegemônicas. Assim, as práticas integrativas e complementares de saúde não desconsideram os avanços científicos e tecnológicos da medicina convencional, mas defendem que a biomedicina sozinha tem sido incapaz de lidar com a promoção da saúde, prevenção de doenças, bem como o tratamento de doenças que não possuem uma cura medicamentosa como doenças de ordem psíquica e mental.

No final da década de 1970, a OMS cria o Programa de Medicina Tradicional de modo a incentivar práticas milenares de cuidado à saúde, como o caso da medicina tradicional chinesa (BRASIL, 2009). Em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, organizada pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) reconheceu oficialmente a importância da medicina tradicional no cuidado à saúde da população mundial. Segundo Luz (2005, p.152), no evento a OMS

"declarou a incapacidade da medicina tecnológica e especializante para resolver os problemas de saúde de dois terços da humanidade, fazendo um apelo aos governos (...) para o correspondente esforço no campo da formação de recursos humanos". No relatório da Conferência, a OMS (1978) ressalta que cabe a cada país interpretar as particularidades dos cuidados em saúde ao seu próprio contexto, de forma a respeitar como as diferentes culturas desenvolvem saúde. Destaca também a importância do autocuidado, onde os indivíduos possam assumir maior grau de responsabilidade por sua própria saúde. É possível destacar que a Conferência foi um marco para o reconhecimento dos praticantes tradicionais, pois os qualifica como agentes de saúde, que, "com treinamento apropriado" (OMS, 1978, p.51), podem ser importantes aliados no aprimoramento da saúde da comunidade, citando o caso dos *médicos descalços*² na China. Reconhece a contribuição dos sistemas tradicionais de medicina e por isso, recomenda financiamento público de pesquisas na área. Por fim, há a recomendação que os governos formulem políticas e normas nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada.

Vale destacar que a década de 1970 é marcada por profundas transformações na economia, com uma queda da taxa de acumulação e nova crise do capitalismo. Isto leva a uma crise de organizações internacionais, como Banco Mundial (BM), que passa a redirecionar sua política organizacional com restrição de empréstimos condicionando-os a uma série de medidas de ajustes (RIZZOTTO & CAMPOS, 2016). Neste período de recessão, o modelo hospitalar passa a ser questionado principalmente devido ao alto custo de investimento. Concomitante a isso, inicia o interesse do Banco Mundial na área da saúde, começando a elaborar documentos com fortes críticas às políticas públicas de saúde dos países periféricos, destacando os gastos desses países em medicina hospitalar. Começa a dar um novo direcionamento para a saúde em nível global, passando a influenciar também a agenda da OMS (LIMA, 2015). Assim esse modelo de medicina preventiva baseada em cuidados primários de saúde pode ser entendido como um dos primeiros direcionamentos do Banco Mundial que objetivou criar consenso sobre o que deveria ser gasto em matéria de saúde pública pelas nações. Defendendo uma retração do Estado por meio de uma universalidade

² No contexto da transgressão de fronteiras entre Oriente e Ocidente, pós-revolução de 1966 na China, novos valores culturais foram sendo introduzidos no oriente. Isso gerou a introdução da biomedicina e a proibição temporária da acupuntura na China. Assim, surgiu o termo *médicos de pés descalços* para designar terapeutas orientais, camponeses, sem formação acadêmica, que cuidavam da saúde da sua comunidade. Tais terapeutas tiveram um papel importante na sociedade chinesa, pois conseguiram melhorar as condições de saúde por terem melhor aceitação social e cultural de cuidados em saúde, através das técnicas milenares chinesas (PALMEIRA, 1990).

seletiva³ e diminuição do financiamento das políticas sociais, o BM consegue posteriormente garantir a aplicação do receituário econômico neoliberal (LIMA, 2015). Neste sentido, as práticas preventivas de base tradicional não se apresentam como um modelo substitutivo da medicina alopática hospitalar, mas como uma proposta do Estado em conciliar as contradições da ordem capitalista, pois ao mesmo tempo que garante o direito da população em ter acesso a terapêuticas tradicionais menos onerosas ao Estado, diminui o investimento com saúde pública possibilitando o desenvolvimento do mercado privado com a saúde suplementar.

A partir da década de 1980, o Brasil inicia a institucionalização de abordagens terapêuticas tradicionais, que toma maior relevância no cenário nacional após a criação do SUS. Em 1985, foi instituído um convênio entre Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Fiocruz e o Instituto Hahnemaniano do Brasil⁴, com o intuito de estabelecer assistência homeopática na rede pública. De acordo com Tarcitano Filho e Waisse (2016), a difusão das práticas homeopáticas no Brasil se deu por volta dos anos de 1840, sendo praticada por pessoas sem formação médica – chamadas de médicos do povo – e majoritariamente cristãs. Os autores enfatizam o caráter contestatório e filantrópico da homeopatia em relação à medicina acadêmica convencional. Apenas em 1980 há um movimento de tornar tal prática de alternativa a complementar à biomedicina, passando a ser reconhecida pelos conselhos profissionais como no caso da medicina pela Resolução CFM nº 1.000/1980, farmácia pela Resolução CFF nº 232/1992 e medicina veterinária pela Resolução CRMV nº 625/1995 (BRASIL, 2015). Todavia, Luz (2005) defende que essa 'abertura' para as medicinas antes consideradas alternativas, se deu por pressões de movimentos organizados da sociedade civil que almejavam que as questões de saúde fossem tratadas para além da cura de organismos patogênicos. A mesma autora ressalta que, o saber médico científico pode funcionar como elemento ora de censura ora de comprovação, onde “as instituições ligadas à reprodução do saber biomédico, como as faculdades de medicina, ou os hospitais, são as que mais se opõem à inserção de medicinas alternativas em espaços institucionais”. (LUZ, 2005, p. 165).

Em 1986, ocorreu a 8^a Conferência Nacional de Saúde presidida pelo então presidente da Fiocruz Sérgio Arouca, militante do Movimento de Reforma Sanitária. É considerada um marco histórico da saúde pública brasileira e da participação popular. Suas indicações se embasaram na necessidade de contemplar a complexidade do conceito de saúde proposto pela

³ Refere-se à questão da cobertura, devendo ser exclusivamente focalizada aos mais pobres enquanto os cidadãos economicamente ativos devem ser livres para fazerem suas escolhas no mercado privado.

⁴ Segundo o site oficial, o Instituto se considera uma sociedade civil, de caráter científico cultural, sem fins lucrativos. Foi fundado em 02 de julho de 1859 e reconhecido de Utilidade Pública pelo Decreto 3.540/1918.

OMS, servindo posteriormente de base para o capítulo sobre saúde da Constituição Federal de 1988 e para a formulação do SUS. O Relatório Final, no capítulo de reformulação do sistema de saúde, assinala que os serviços de saúde devem ser regidos seguindo o princípio de "integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo", além de indicar a "introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida" (BRASIL, 1986, p.10-11). Ainda no mesmo capítulo, quanto aos recursos humanos, há recomendação para a "inclusão no currículo do ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas" (*idem*, p.12), bem como o direcionamento da formação desses profissionais para o comprometimento com os princípios do sistema nacional de saúde. O documento faz uma ressalva para a importância de investimento em pesquisas quanto às terapias alternativas de cuidado, de forma a aprofundar seu conhecimento e utilização.

No mesmo ano da 8ª CNS, foi aprovada a Carta de Ottawa durante a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, afirmando o compromisso em atingir Saúde para Todos no Ano 2000 conforme apontado na Declaração de Alma Ata, oito anos antes. Apesar do recorte restrito quanto ao direcionamento de ações de promoção da saúde da rede pública nos países industrializados, a Carta de Ottawa menciona a necessidade de considerar as particularidades locais e possibilidades de cada país, levando em conta suas diferenças culturais, sociais e econômicas na elaboração de políticas públicas (OMS, 1976).

Retornando ao cenário nacional, em 1988 as Resoluções nº 4, 5, 6, 7 e 8, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), que abrangia os Ministérios da Saúde, Educação, Previdência Social, Trabalho e Planejamento, fixaram diretrizes para o atendimento em acupuntura, homeopatia, termalismo e fitoterapia na rede pública (BRASIL, 2015). Quanto à prática da acupuntura no Brasil, cabe ressaltar que iniciou com os primeiros imigrantes chineses nos anos de 1810 e apenas a partir de 1980, os conselhos profissionais passaram a reconhecer a acupuntura como especialidade da saúde. Quanto ao termalismo no Brasil, foi introduzido como terapêutica junto com a colonização portuguesa e posteriormente virou disciplina de escolas médicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (BRASIL, 2015). Já a fitoterapia/plantas medicinais está relacionada aos primórdios das práticas de cuidado e atualmente é reconhecida como especialidade pelos conselhos profissionais de farmácia (Resolução CFF nº 546/2011) e nutrição (Resolução CFN nº 556/2015).

Em 1995 surge o conceito de *epistemologias do sul*, formulado por Boaventura de Souza Santos, de maneira a apoiar à difusão das práticas tradicionais pelo mundo. A sua

formulação justifica-se diante da incapacidade dos países do Norte global em solucionar certos desafios de ordem política e social da época, ampliando-se a possibilidade de repensar práticas hegemônicas, como a biomedicina, a partir de saberes do Sul. Santos, Araújo e Baumgarten (2016, p.16) destacam que não se trata de uma divisão geográfica, mas de uma "metáfora do sofrimento humano causado pelo capitalismo, pelo colonialismo e pelo patriarcado, e da resistência a essas formas de opressão". Os autores enfatizam que todos os saberes são incompletos, logo se deve explorar a pluralidade das práticas alternativas tradicionais. Não se defende a irrelevância da ciência e os avanços que a mesma proporcionou na qualidade de vida do homem, mas defende-se a interação e a complementaridade entre saberes científicos e saberes não científicos através de relações não hierárquicas entre os saberes.

Em 1996, a 10ª Conferência Nacional de Saúde, aprova em seu relatório final a incorporação ao SUS de "práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, em todo o país, contemplando as terapias alternativas e práticas populares" (BRASIL, 1996, p.64). Novamente é citada a importância de investimentos em "pesquisas que analisem a efetividade das práticas populares alternativas em saúde, com o apoio das agências oficiais de fomento à pesquisa realizadas em parceria com Universidades Públicas" (*idem*, p.29), a necessidade de desenvolver "ações de vigilância farmacológica para medicamentos e plantas medicinais" (*idem*, p.75), além de apontar para a formulação de políticas de saúde que contemplem "particularidades e especificidades culturais, de costumes, étnicas, epidemiológicas, políticas e sociais de cada local, rompendo-se com a tradição de Programas e Políticas verticais" (*idem*, p.66). A 11ª CNS, realizada no ano 2000, reafirma a recomendação de incorporar práticas não convencionais de saúde como acupuntura e homeopatia na atenção básica (BRASIL, 2015).

Em 2002 a OMS publica um importante documento quanto ao direcionamento de políticas públicas sobre medicina tradicional aos Estados-membros para que integrem tais práticas aos sistemas de saúde convencionais, intitulado *Estratégias da OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. O documento recomenda que a elaboração da política contenha itens como legislação e a regulação de produtos e práticas, a formação e a licença para os praticantes, a pesquisa e o desenvolvimento, além de distribuição dos recursos econômicos. Também apresenta uma revisão global do uso da medicina tradicional, abordando questões de política, segurança, eficácia, qualidade, acesso e uso racional de produtos e terapêuticas tradicionais. Porém, aponta como desafio a validação das práticas tradicionais dentro de um sistema de saúde de base alopática tendo em vista a diversidade cultural de tais práticas,

sabendo-se que foram desenvolvidas em diferentes contextos culturais, estando fundamentadas em cosmologias e filosofias distintas. Logo, reconhece-se que a MT/CA não é homogênea, o que dificulta a identificação das terapias mais seguras e eficazes do ponto de vista da medicina científica. Destaca que, dos 191 Estados-membros da OMS, apenas 25 tinham desenvolvido até o momento políticas direcionadas às práticas não convencionais, fato que a instituição aponta como complicador para o desenvolvimento de pesquisas de segurança e eficácia. Outra questão apontada como desafio para a legitimação de tais práticas é a da formação dos profissionais, bem como a falta de regulamentação para o exercício da medicina tradicional. Para tanto, sugere a criação de mecanismos de qualificação e regulamentação de modo a permitir que somente pessoas habilitadas possam praticar a MT/CA, qualificando esses profissionais via programas de formação que também incluam elementos básicos de atenção primária e saúde pública.

1.2 ELABORAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

Segundo Bucci, Arzabe e Frischeisen (2001), políticas públicas são programas de ação governamental voltados à concretização de direitos que se expressam por meio de leis, logo, regulam atividades relacionadas às tarefas de interesse público. Nesse sentido, as políticas públicas possuem uma influência direta na vida dos cidadãos, devendo possibilitar um controle social na perspectiva da defesa de interesses coletivos. Na área da saúde, as políticas devem garantir a manutenção da segurança e eficácia das práticas de saúde, livre de danos.

Entretanto, as políticas públicas também podem ser entendidas como expressão da direção das ações governamentais de um Estado (VIANNA, 2002), sendo desta forma, necessária uma análise que leve em consideração a característica do governo, o contexto, o regime político, o viés histórico, o processo de constituição e as correlações de forças existentes. Cabe destacar que, o contexto político-econômico favorável à incorporação de direitos sociais por meio de políticas públicas de bem-estar social, ocorreu de forma robusta durante os conhecidos *Anos Dourados*, entre 1945-70, principalmente nos países europeus. O Brasil, além de ter iniciado uma tentativa de regime de bem-estar social tardiamente em 1988, ainda possui um cenário político-econômico pouco estável, com uma recente democracia e aplicação de receituário neoliberal. Sendo assim, é de extrema importância compreender que a elaboração da PNPIC enquanto política pública inicia-se em um cenário marcado pelo modelo neoliberal de globalização econômica, onde se evidencia uma sociedade marcada pelas desigualdades sociais construídas historicamente, além de uma recessão nos gastos em saúde

pública que pode ser percebida posteriormente nesta política, pela falta de vinculação orçamentária que dificulta a concretização de suas diretrizes.

O Estado brasileiro inicia sua mobilização quanto à elaboração de uma política nacional de práticas alternativas/naturais/tradicionais em 2003, durante o Governo Lula, por meio de uma reunião entre o então Ministro da Saúde Humberto Costa Lima e representantes de associações nacionais de fitoterapia, homeopatia, acupuntura e medicina antroposófica (BRASIL, 2015). Barreto (2004) chama a atenção para a natureza das organizações nacionais e a função que ocupam no aparato decisório do Estado, principalmente no que se refere à formulação de políticas verticalizadas, de cima para baixo, sem a participação da cidadania e das classes trabalhadoras. O que desagua no questionamento quanto ao papel do Estado e modo que o mesmo deveria se relacionar com a sociedade, já que diferenças institucionais geram distintas intenções e direcionamentos dentro de uma política pública. Direcionamento este percebido pela escolha das práticas abrangidas pela política nacional aprovada em 2006.

A partir da reunião entre o Ministro da Saúde e representantes das associações nacionais, foi instituído um Grupo de Trabalho (GT) responsável pela formulação da política, coordenado pelo Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria-Executiva (BRASIL, 2015). O GT foi subdividido, tendo Carmem De Simoni ficado responsável pelo subgrupo da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Tatiana Sampaio pelo da Homeopatia, Angelo Giovani Rodrigues pelo da Fitoterapia e Iracema Benevides pelo da Medicina Antroposófica.

Cada subgrupo teve autonomia para a adoção de diversas estratégias para a elaboração de seu plano de ação, sendo que os subgrupos da homeopatia, fitoterapia e medicina antroposófica optaram pela realização de fóruns de abrangência nacional com ampla participação da sociedade civil organizada, além de reuniões técnicas para a sistematização do plano de ação. O subgrupo da medicina tradicional chinesa/acupuntura optou por reuniões técnicas, subsidiadas pelos documentos produzidos pela OMS para a área, entre outros (BRASIL,2015, p. 9-10).

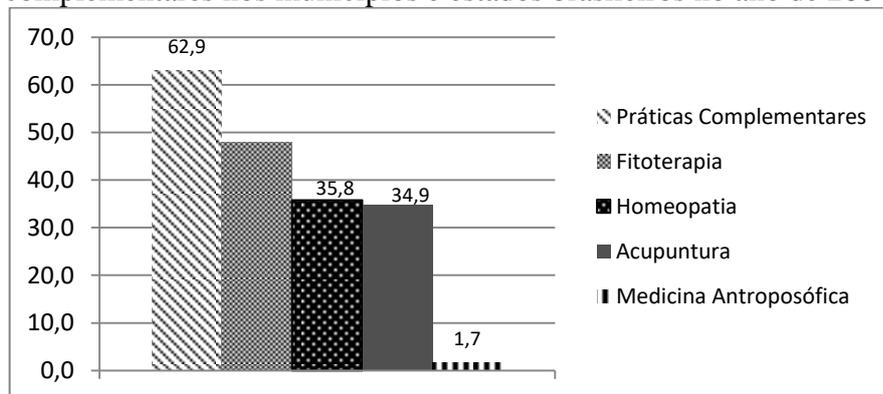
O subgrupo de trabalho da medicina tradicional chinesa, além de membros do governo, também contou com a colaboração da Associação Médica Brasileira de Acupuntura e Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura. De acordo com Rocha et al (2015), tais entidades estão envolvidas em lutas corporativistas por defenderem a prática da acupuntura exclusiva à médicos, o que vai de encontro às recomendações quanto à prática multiprofissional (OMS, 2013; BRASIL,2006). Os demais subgrupos tiveram maior heterogeneidade na formação quanto a representantes de diferentes categorias profissionais. Como no caso do subgrupo da homeopatia que contou com a presença da Associação Médica

Homeopática Brasileira, da Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas e Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas Homeopatas.

Retornando ao processo de elaboração, foi realizado em 2004, pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), um diagnóstico situacional das PICS no SUS, para a escolha das práticas a serem abordadas pela política nacional, levando em consideração as realidades locais, visto também que ações no âmbito das práticas integrativas já estavam em andamento no país. Assim, foi realizado um diagnóstico nacional por meio de questionário enviado a todos os gestores municipais e estaduais de saúde. De 5.560 questionários enviados, foram devolvidos 1.340, indicando a estruturação de algumas práticas em 232 municípios, em um total de 26 estados (BRASIL, 2015). O documento não explicita os motivos da não devolução dos demais questionários. A amostra foi considerada satisfatória pelo DAB/MS no que tange ao cálculo de significância estatística para um diagnóstico nacional.

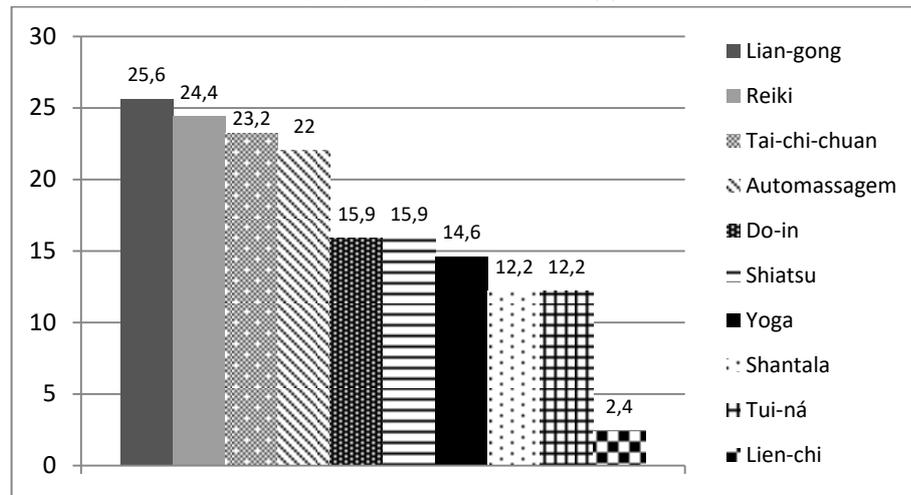
Em relação às PICS já implementadas nos municípios e estados brasileiros no ano de 2004, os resultados apontaram para a presença de práticas complementares, fitoterapia, homeopatia e acupuntura, respectivamente (Figura 1). Destas práticas complementares, destacaram-se o lian gong e o reiki respectivamente (Figura 2). Foi possível perceber que apesar do reiki ser apontado como a segunda prática complementar mais presente nos municípios em 2004, não foi incluída na PNPIC aprovada em 2006. O mesmo aconteceu com yoga e shantala.

Figura 1 - Distribuição, por modalidade, em porcentagem das práticas integrativas e complementares nos municípios e estados brasileiros no ano de 2004.



Fonte: BRASIL, 2015, p.66

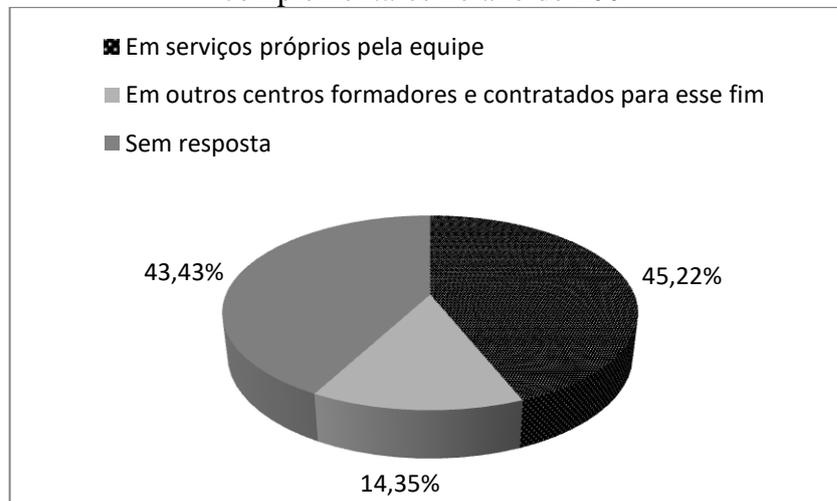
Figura 2 - Distribuição das modalidades de práticas complementares nos estados e municípios brasileiros no ano de 2004



Fonte: BRASIL, 2015, p.66

O diagnóstico situacional também demonstrou a predominância da inserção das PICS na Atenção Básica e Saúde da Família, seguido dos centros especializados e hospitais (BRASIL, 2015). Quanto à capacitação dos profissionais, apontou que 45,22% é realizada dentro dos próprios serviços de saúde pela equipe, seguido de outros centros formadores contratados para esse fim (Figura 3). Porém, um dado que chama atenção é que quase metade da amostra (43,43%) não respondeu a essa pergunta. Fica em aberto, os motivos pelos quais a questão não foi respondida, sendo possível levantar algumas hipóteses como a baixa qualidade e variedade das alternativas que continuam a referida questão, se os profissionais que praticavam as PICS tinham uma formação oficial e regulamentada em saúde, ou até mesmo se os gestores tinham ou não dados a respeito da formação destes praticantes.

Figura 3 - Distribuição da forma de capacitação dos profissionais em práticas integrativas e complementares no ano de 2004



Fonte: BRASIL, 2015, p.70

Após o diagnóstico nacional, foi elaborada em 2005 a proposta da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PNMNPC) e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. Ao ser analisada pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiológica, sofre algumas alterações quanto ao nome da política, de alguns conteúdos da proposta da medicina tradicional chinesa e a inclusão da prática de termalismo social baseado no relatório do Grupo das Águas do CNS (BRASIL, 2015). Feitas as devidas alterações, foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS pela Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006, assinada pelo sanitarista e então Ministro da Saúde José Agenor Alves, incluindo as seguintes práticas integrativas e complementares: medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais/fitoterapia e termalismo social/crenoterapia. A medicina antroposófica como prática integrativa, foi incluída no mesmo ano à PNPIC pela Portaria nº 1.600, de 17 de julho de 2006, que aprovou a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde.

1.3 APÓS A APROVAÇÃO DA PNPIC-SUS

Atuando no campo de prevenção de agravos e promoção da saúde, a PNPIC visa contribuir com o fortalecimento dos princípios norteadores do SUS, com ênfase na atenção básica, bem como contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema e estimular o autocuidado (BRASIL, 2015). Como diretrizes, aponta para o desenvolvimento de ações de caráter multiprofissional; elaboração de normas técnicas e operacionais para a implantação e o desenvolvimento dessas abordagens no SUS; desenvolvimento de estratégias de qualificação para profissionais no SUS em conformidade com os princípios da educação permanente; divulgação e informação dos conhecimentos básicos da PICS para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; garantia do acesso aos insumos da PNPIC com qualidade e segurança das ações, entre outras diretrizes. As responsabilidades institucionais por nível de gestão são evasivas e não delimitam claramente o que cabe a cada esfera do governo. Repete-se o mesmo texto quase na íntegra para cada instância, a não ser pela especificação de que cada nível aja de acordo com o que lhe cabe.

Em relação ao financiamento da PNPIC, embora tenha sido formulada como uma política nacional, não fica estabelecido com clareza como se dará o repasse de recursos orçamentários e financeiros para sua implementação. O documento apenas cita que compete tanto aos gestores federais quanto aos estaduais e municipais definirem tais regras. Em geral,

o repasse dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde é dividido em blocos de financiamento para a Atenção Básica, Média e Alta, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS, Vigilância em Saúde e Investimentos. Segundo Carvalho (2018), os recursos para algumas PICS integram o piso da Atenção Básica de cada município. Ressalta-se que o piso da Atenção Básica corresponde ao pagamento por equipes de saúde da família, agentes comunitários, núcleos de saúde da família e ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), logo os procedimentos dessas PICS devem ser programados dentro do piso, não gerando recurso por produção (BRASIL, 2020). Carvalho (2018) afirma que outras PICS como a acupuntura recebem financiamento pelo bloco de Média e Alta complexidade e os insumos relativos a plantas medicinais/fitoterápicos estão dentro do bloco de Assistência Farmacêutica. Entretanto, apesar da PNPIC frisar a corresponsabilidade dos três entes federativos quanto a definição de recursos orçamentários e financeiros, de acordo com o site oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), é indicado que compete ao gestor municipal definir os recursos financeiros para a implementação das práticas integrativas, sendo de competência exclusiva do município a contratação dos profissionais e a definição das práticas a serem ofertadas. Desta forma, é possível perceber que se transfere a responsabilidade através da descentralização, mas sem correspondente repasse de verbas, limitando os gastos e consequente alcance da política pública.

Ainda em relação aos gastos orçamentários da PNPIC, Carvalho (2018) afirma que em 2017, dos 33 bilhões de reais repassados pelo governo federal para pagamento dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares, 2.6 milhões de reais foram gastos com PICS. Na relação entre o investimento e a efetividade das PICS, a autora as considera de bom retorno e resolubilidade, visto que uma consulta em PICS não costuma gerar outras demandas na sequência, já que o terapeuta consegue resolver a maioria dos casos sem precisar encaminhar para outros especialistas ou realizar novos exames. Além disso, a mesma também chama a atenção para dados registrados pelos municípios, após a implantação das PICS, quanto à diminuição do uso de analgésicos, anti-inflamatórios e encaminhamentos para exames de alta complexidade.

De maneira geral, a Portaria nº 971/2006 demonstra, em seu texto, preocupação com a garantia de segurança, eficácia e qualidade das PICS atrelada à formação e qualificação profissional. O documento possui diretrizes específicas para cada uma das terapêuticas abordadas, dentre vários aspectos, a responsabilidade com a capacitação dos profissionais de saúde do SUS. A diretriz medicina tradicional chinesa/acupuntura (MTC/A) 1 aponta para a inserção de profissionais de saúde com regulamentação em acupuntura, com formação em

nível de especialização, citando também funções básicas desse profissional como membro da equipe em ESF e em Centros de Especialidades. A diretriz MTC/A 2 cita a importância de desenvolver estratégias de qualificação profissional, com conceitos básicos de medicina chinesa e práticas corporais /meditativas, com o intuito de capacitar a equipe de saúde para desenvolver ações de promoção, prevenção e educação em saúde. A mesma diretriz aponta para a inserção formal da medicina chinesa na formação do profissional de saúde em nível de graduação e pós-graduação. A diretriz MTC/A 3 ressalta a necessidade de capacitação específica para a atuação profissional no SUS. Já a MTC/A 7 frisa o incentivo à pesquisa de forma a garantir a segurança e eficácia de tais práticas na assistência de saúde.

Quanto à homeopatia, a diretriz H1 parte da premissa do desenvolvimento dessa prática em caráter multiprofissional, citando a necessidade de incluir um profissional homeopata na ESF mas sem prejuízo de suas atividades como membro da equipe. A diretriz H2 demonstra preocupação com o financiamento de programas de formação e educação permanente que assegurem a especialização e aperfeiçoamento em homeopatia. A H4 cita o apoio a projetos de formação profissional, considerando a necessidade do ensino a distância e da formação em serviço, observando os critérios estabelecidos pelas instituições homeopáticas de representação nacional em termos de habilidade e competência profissional. A mesma também demonstra preocupação com a inclusão da formação em homeopatia em nível de graduação e pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu*, além de projetos de residência.

As diretrizes relacionadas às Plantas Medicinais e Fitoterapia (PMF) também possuem direcionamentos quanto à formação. A PMF 3 define os níveis de formação e educação permanente para os profissionais de saúde, sendo: básico interdisciplinar para toda a equipe contemplando cuidados gerais com plantas medicinais e fitoterápicos; específico para profissionais de saúde de nível superior com aspectos quanto à manipulação, uso e prescrição; específico para profissionais da área agrônoma com aspectos relacionados à cadeia produtiva de plantas medicinais. A mesma diretriz cita a importância do incentivo ao estágio nos serviços de fitoterapia de estudantes de nível técnico e graduação. Por fim, a diretriz PMF 7 cita o estímulo a linhas de pesquisa em fitoterapia nos cursos de pós graduação *stricto sensu*. Já as diretrizes relacionadas à antroposofia e ao termalismo, não fazem menção à formação profissional, apenas frisam a criação de um observatório de saúde para cada.

A aprovação da PNPIC foi seguida de diversas resoluções. No ano de 2006, os serviços de Práticas Integrativas são incluídos na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de Informações do SUS, pela Portaria nº 853/2006, visando a regulação e aplicação da PNPIC. Cabe ressaltar que

o anexo desta portaria, estabelece os profissionais habilitados às determinadas PICS, conforme demonstra o Quadro 2 abaixo.

Quadro 1 - Classificação de profissionais habilitados às PICS segundo Portaria nº 853/2006

| Cód. | Serviço | Cód. | Classificação | | Cód | CBO |
|------|--|------|---|---|--------|--|
| 068 | PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES | 001 | ACUPUNTURA | 1 | 061.58 | MÉDICO ACUPUNTURISTA |
| | | | | 2 | 071* | TODOS ENFERMEIROS |
| | | | | 3 | 051.10 | BIOMÉDICO,BIOLOGISTA |
| | | | | 4 | 076.20 | FISIOTERAPEUTA |
| | | | | 5 | 074.35 | Psicólogo clínico - Psicólogo acupunturista, Psicólogo da saúde, Psicoterapeuta, Terapeuta |
| | | | | 6 | 067.10 | FARMACÊUTICO, em geral |
| | | 002 | FITOTERAPIA | 1 | 061* | TODOS OS MÉDICOS |
| | | | | 2 | 063* | TODOS ODONTÓLOGOS |
| | | 003 | OUTRAS TÉCNICAS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA | 1 | 061.58 | MÉDICO ACUPUNTURISTA |
| | | | | 2 | 071* | TODOS ENFERMEIROS |
| | | | | 3 | 051.10 | BIOMÉDICO,BIOLOGISTA |
| | | | | 4 | 076.20 | FISIOTERAPEUTA |
| | | | | 5 | 074.35 | Psicólogo clínico - Psicólogo acupunturista, Psicólogo da saúde, Psicoterapeuta, Terapeuta |
| | | | | 6 | 067.10 | FARMACÊUTICO, em geral |
| | | 004 | PRÁTICAS CORPORAIS/ATIVIDADE FÍSICA | | * | QUALQUER PROFISSIONAL DE SAÚDE |
| | | 005 | HOMEOPATIA | 1 | 061.48 | MÉDICO HOMEOPATA |
| | | | | 2 | 067.10 | FARMACÊUTICO, em geral |
| | | 006 | TERMALISMO/CRENOTERAPIA | 1 | 061* | TODOS OS MÉDICOS |
| | | 007 | MEDICINA ANTROPOSÓFICA | 1 | 061* | TODOS OS MÉDICOS |
| | | | | 2 | 071* | TODOS ENFERMEIROS |

Fonte: BRASIL, 2006.

Quanto à acupuntura, reconhece-se como ocupação fracamente regulamentada, que não possui lei do exercício profissional apesar de ser reconhecida como especialização por algumas profissões de saúde através de seus conselhos profissionais, como já ressaltados anteriormente. Porém, chama a atenção a falta de especificidade da referida Portaria quanto ao profissional habilitado para realização desta prática. Ao mesmo tempo em que especifica que deve ser desenvolvida por um médico especialista em acupuntura, a portaria abre brecha para que todos os enfermeiros, independente da especialidade, pratiquem tal terapêutica, além de biomédicos e fisioterapeutas não especializados. Ressalta-se o mesmo ponto em relação à medicina antroposófica, na qual habilita todos os médicos e enfermeiros, independente da especialização. A falta de especificidade pode ser justificada pela utilização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), que é uma ferramenta na qual pretende “reconhecer, nomear e codificar os títulos e descrever as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro” (NOZOE, BIANCHI, RONDET, 2003, p. 235), mas que se encontra defasada devido as constantes mudanças do mercado de trabalho nos anos recentes, não acompanhando assim o desenvolvimento das habilitações profissionais.

No ano seguinte é aprovada a Resolução CNS nº 371/2007 que institui a Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (CIPICSUS), cuja missão é

assessorar o Conselho Nacional de Saúde no acompanhamento da PNPIC. Esta Comissão está sob a coordenação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), e conta com a participação de algumas entidades profissionais, na categoria de titular, como Conselho Federal de Odontologia (CFO), Sociedade Brasileira de Psicologia e Acupuntura, Associação Médica de Homeopatia Brasileira e Conselho Federal de Farmácia.

Em maio de 2008 ocorreu em Brasília, o 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em saúde, realizado pelo Ministério da Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O Relatório Final frisa o caráter multidisciplinar e multiprofissional das PICS, além de apontar para a necessidade em definir os profissionais aptos a praticá-las, com base nas experiências de outros países. Como exemplo, cita Cuba que tem inúmeras iniciativas na área de formação e capacitação de profissionais de saúde em nível de graduação, pós-graduação e em serviço. No país, 80% dos médicos, 70% dos enfermeiros e 82% dos farmacêuticos são treinados em medicina natural e tradicional (BRASIL, 2009). O documento também chama a atenção para variedade das práticas integrativas e complementares que não foram incorporadas à PNPIC de 2006, mas que são desenvolvidas no serviço público, como no caso do Amapá que oferta geoterapia, hipnoterapia, reflexologia, quiropraxia, reiki, ioga, entre outras.

Em 2011 a Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (CNPIC) divulga o Relatório de Gestão 2006-2010, apontando os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) como possibilidade de inclusão dos profissionais de saúde para o exercício das PICS. Todavia, como desafio, ressalta a necessidade de investimento em formação e qualificação, para que haja profissionais em número adequado para atuarem no SUS. Para tanto, a Coordenação recomenda a inclusão de ações e recursos voltados ao ensino, serviço e pesquisa das PICS no Plano Plurianual 2012-2016, bem como recomenda a definição de estratégias e diretrizes para capacitação de profissionais de saúde em práticas integrativas e complementares no SUS (BRASIL, 2011). Em 2012, o Ministério da Saúde lança dentro dos Cadernos de Atenção Básica, a série *Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica* (BRASIL, 2012).

A OMS publica em 2013, uma atualização do documento *Estratégias da OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*, intitulado como *Estratégias da OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. O documento conta com orientações que visam prestar apoio aos Estados-membros quanto à integração entre medicina tradicional e a convencional, bem como promover a utilização segura e eficaz mediante regulamentação dos produtos, práticas e

profissionais. Entre os desafios citados pelos 120 Estados-membros para plena implementação da medicina tradicional, o baixo quantitativo de pesquisas é apontada por 105 Estados-membros sendo então considerado o principal desafio. Outras questões são apontadas como a falta de mecanismos para controlar e regular a publicidade e a informação, falta de apoio financeiro às pesquisas, falta de mecanismos para supervisionar a segurança das práticas, falta de formação e capacitação dos profissionais, entre outros (Figura4).

Segundo a OMS (2013), dos Estados-membros que estruturaram política pública em medicina tradicional, 30% possuem programas de qualificações a nível universitário, citando como exemplo algumas universidades da África Ocidental, Congo, África do Sul e Tanzânia que incluíram conteúdos da medicina tradicional nos currículos de medicina e farmácia. A OMS ressalta que, devido às diferentes formas de regulamentação profissional, há dificuldade em realizar o cálculo do total de profissionais praticantes de cuidados tradicionais em todo o mundo, mas estima que na União Européia haja em torno de 160.000 não-médicos e 145.000 médicos que praticam medicina tradicional complementar (OMS, 2013). Em diversos pontos do referido documento, a instituição ressalta o caráter multiprofissional de tais práticas, podendo ainda ser um profissional com conhecimento prévio em saúde ou um prático em medicina tradicional. Porém ressalta que, para garantir a segurança e qualidade dos serviços é necessário que as autoridades sanitárias desenvolvam políticas e estratégias que regulamentem a formação e atuação profissional em medicina tradicional e complementar, levando em consideração as particularidades socioculturais de cada país.

Figura 4 - Desafios apontados pelos Estados-Membros da OMS para implementação da medicina tradicional e complementar



Fonte: OMS, 2013, p.40.

Em 2016, o Ministério da Saúde lança no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS), os primeiros cursos em PICS como estratégia de qualificação profissional. Trata-se de uma plataforma de educação a distância como uma iniciativa do governo brasileiro em parceria com diversas instituições como Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola de Saúde Pública do Paraná, Fiocruz, Ministério da Educação, Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal Fluminense, entre outras. O primeiro módulo foi lançado em março de 2016, intitulado *Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: antroposofia aplicada à saúde*, com carga horária de 80 horas e objetivo de "capacitar profissionais de saúde, gestores e técnicos das coordenações de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde" (AVASUS, 2016). No mesmo ano foi lançado o módulo *Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: Medicina Tradicional Chinesa* com carga horária de 80 horas e o módulo *Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: práticas corporais e mentais da Medicina Tradicional Chinesa* com carga horária de 60 horas. No ano seguinte, o AVASUS disponibilizou o módulo *Uso de plantas medicinais e fitoterápicos para agentes comunitários de saúde* com carga horária de 60 horas e um módulo para capacitar gestores e técnicos das coordenações de PICS intitulado *Gestão de Práticas Integrativas e Complementares* com 80 horas. Em 2018 a plataforma online disponibilizou o módulo de *Qualificação em Plantas Mediciniais e Fitoterápicos na Atenção Básica - Módulo I* com carga horária de 100 horas destinado a profissionais de saúde de nível superior. Os cursos oferecidos têm abordagem dinâmica, utilizando casos clínicos comuns à prática do serviço. Porém questiona-se em que medida esses cursos capacitam para o exercício das PICS no serviço público, já que possuem o enfoque teórico. Essa capacitação implicaria em habilitação para a prática profissional? Esse é o objetivo, habilitar para o exercício ou apenas informar e refletir sobre os fundamentos das PICS? Esse breve quadro de interrogações sugere o quão complexo e plural é a relação entre teoria e prática na formação das variadas práticas integrativas abordadas pela PNPIC.

Em 2017, a PNPIC é alterada pela Portaria nº 849 de 27 de março de 2017, aprovada pelo então Ministro da Saúde Ricardo Barros já no governo do presidente da república Michel Temer. Inclui 14 práticas à política nacional, entre elas a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga. Segundo o próprio corpo do documento, a ampliação do escopo da política é justificada com base nas recomendações do documento da OMS citado anteriormente e pela necessidade de institucionalizar práticas já presentes nos serviços de saúde de acordo com dados do 2º ciclo do PMAQ-AB (BRASIL,

2017). Um dia após, é alterada a tabela de serviços do SCNES pela Portaria n ° 633/2007. Ressalta-se que foram incluídos como profissionais habilitados à prática de acupuntura o cirurgião dentista, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, profissional de educação física e naturólogos. Essa abertura profissional ocorreu para a fitoterapia, homeopatia, termalismo, antroposofia, ayurveda e naturopatia. Nota-se que nenhuma destas práticas é fortemente regulamentada quanto à formação e exercício profissional, apesar de algumas serem reconhecidas como especialidade por certas categorias profissionais. Girardi (2002, p.33) ressalta a importância da regulamentação de práticas de saúde consideradas alternativas e complementares, tanto para garantia de reconhecimento profissional quanto para atenuação dos riscos para a sociedade, principalmente quanto aos requisitos educacionais, já que é por meio dos mesmos que é possível estabelecer padrões mínimos de práticas técnicas e condutas éticas que mantêm os usuários a salvo de "praticantes inescrupulosos e profissionais incompetentes". O mesmo autor salienta que a não regulamentação formal destas práticas faz com que ganhem características do modelo flexível, sendo alocadas em níveis sub-ótimos.

Em novembro de 2018, a CNPICS publicou o relatório de monitoramento das PICS referente ao 1º semestre de 2017, por meio dos dados advindos dos Sistemas de Informação da Atenção Básica e da Média e Alta Complexidade. Com base nos dados expostos, é possível perceber a capilarização progressiva da oferta das PICS em território nacional, estando presente em 78% dos municípios e em 100% das capitais (BRASIL, 2018a). Um elemento chama a atenção quanto aos atendimentos por unidade de federação. Como, por exemplo, o caso de Santa Catarina que realizou 746.195 atendimentos individuais em PICS no SUS no período determinado, sendo que deste total, 491.015 atendimentos são identificados como 'outros', ou seja, práticas não contempladas pela política (Quadro 3), o que se supõe como justificativa para a abertura das terapêuticas incorporadas à PNPIC em 2017 e em 2018.

Quadro 2 - Atendimentos individuais em PICS no 1º semestre de 2017

| Atendimentos Individuais em PICS-SC / AB 1º Sem 2017 | Quantidade |
|--|----------------|
| MTC | 34.352 |
| Antroposofia aplicada à saúde | 176.047 |
| Homeopatia | 8.916 |
| Fitoterapia | 29.047 |
| Termalismo/Crenoterapia | 952 |
| Ayurveda | 200 |
| Práticas corporais e mentais em PICS | 1.336 |
| Técnicas manuais em PICS | 4.330 |
| Outros | 491.015 |
| TOTAL | 746.195 |

Fonte: SISAB/DATASUS para o 1º Sem/ 2017

No mesmo ano, ocorreu o 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, na cidade do Rio de Janeiro, organizado pela CNPICS. O evento é considerado um marco na trajetória da PNPIC, pois reuniu importantes pesquisadores nacionais e internacionais, além de uma série de produções científicas, inclusive sob a perspectiva de formação em PICS. Neste evento, foi divulgada uma nova alteração na política nacional através da Portaria nº 702/2018, na qual incluiu aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, antroposofia, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais à PNPIC (Quadro 3). A tabela de serviços do SCNES também é alterada pela Portaria nº 1988/2018, com as mesmas questões apontadas anteriormente em relação à falta de clareza quanto aos profissionais habilitados às PICS. Ressalta-se que as aberturas da PNPIC em 2017 e em 2018 não são marcadas por reivindicações sociais claras, não apresentam objetivos e diretrizes como realizado no primeiro documento emitido em 2006, além de não ter sido apresentado um relatório que expusesse um diagnóstico nacional como motivo da escolha das novas práticas.

Quadro 3 – Práticas Integrativas e Complementares ofertadas

| Práticas Integrativas e Complementares aprovadas pela Política Nacional | |
|--|--|
| Portaria Nº 971, de 03 de maio de 2006 | Medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais/fitoterapia e termalismo social/crenoterapia. |
| Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 | Arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga |
| Portaria nº 702, de 21 de março de 2018 | Apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica, ozonioterapia e terapia de florais. |

Fonte: www.dab.saude.gov.br

Ainda em 2018, foi publicado pelo Ministério da Saúde, o *Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS* com o objetivo de "sugerir aos gestores do SUS um modelo de Plano de Implantação das PICS, facilitando, assim, o desenvolvimento dessas práticas de cuidado em seu território" (BRASIL, 2018b, p.15). Para a elaboração do referido Plano, o manual sugere a regulamentação da oferta das PICS em nível municipal por meio de ato institucional a fim de estabelecer normas gerais para o desenvolvimento das PICS, além da elaboração de uma política municipal com trâmites legais próprios. A descentralização e o desenvolvimento de sistemas locais de saúde tem sido uma característica das políticas públicas da América Latina no período neoliberal. Rizzotto e

Campos (2016) frisam que essa descentralização pode ser entendida como uma forma de redistribuição do poder do Estado para instâncias locais - municipais e estaduais -, criando menor grau de autonomia decisória e podendo afastar assim o Estado das demandas da população e do compromisso com os direitos sociais.

Cabe ser apontado que, segundo Vianna (2002), as políticas públicas apresentam as mais diversas determinações, entre elas, econômicas, sociais, políticas e culturais. Ao analisar uma política pública compreende-se o predomínio econômico, já que se trata de processos inscritos na sociedade capitalista neoliberal, onde o Estado busca administrar, através de políticas públicas, as pressões dos diferentes grupos e classes de forma a garantir os interesses das classes dominantes. Logo, a implementação da PNPIC no SUS, não consegue estar isenta da lógica mercantilista da saúde, sendo essa a atual conjuntura vivida no país. Ao mesmo tempo em que, através da PNPIC o Estado declara assegurar o direito do usuário em ter acesso a uma maior gama de tratamentos por meio da incorporação de terapêuticas tradicionais/complementares no cenário público, reafirma os valores que Harvey (2005) aponta como centrais nas políticas neoliberais, a liberdade e o individualismo. Caminha ao encontro da ideia de liberdade individual para que o usuário possa escolher sua forma de tratamento preferida, aumentando a responsabilidade pessoal sobre sua condição de saúde. Desta forma, o papel de proteção social do Estado é reduzido à oferta de diferentes “produtos” que cabe ao usuário escolher, se afastando do compromisso com os direitos sociais no sentido de defesa de interesses coletivos, ao mesmo tempo em que fortalece os pilares de sustentação do neoliberalismo e sua lógica de mercado.

Outro aspecto a ser apontado é quanto à abertura do campo de PICS em 2017 e em 2018. O Estado aumenta a gama de terapêuticas na saúde pública, mas o faz de maneira sucateada por não oferecer mecanismos para sua concretização devido à falta de vinculação orçamentária. Além disto, a ausência de uma regulamentação que especifique a formação e o exercício dessas práticas terapêuticas pode ser entendida no contexto de uma desregulamentação preconizada pelo receituário neoliberal que deixa ao mercado as decisões sobre tais questões. Logo, ao invés de representar um avanço pode se constituir em um risco quanto à proteção social e garantia do direito social ao acesso à saúde de qualidade, indicando o compromisso do Estado com o mercado em detrimento do compromisso social.

1.4 EXPERIÊNCIAS NACIONAIS

Desde a aprovação da PNPIC em 2006, a inserção das PICS no SUS tem acontecido de forma gradual e diferenciada entre os municípios brasileiros, levando em consideração as particularidades locais. Segundo o *Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*, tais práticas devem ser prioritariamente implantadas na Atenção Básica por meio das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família, equipes de Consultório na Rua, de Saúde Prisional, equipes de Saúde Ribeirinhas e Fluviais, apesar de poderem também ser ofertadas em todos os âmbitos da atenção à saúde (BRASIL, 2018b). Destacam-se a seguir, experiências que vem sendo desenvolvidas na rede pública de alguns municípios e estados brasileiros, tendo a preocupação de apontar vivências nas cinco regiões do país: norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul. Os municípios e estados escolhidos, além de já possuírem serviços de práticas integrativas antes da PNPIC, após a publicação da política, desenvolveram estruturas organizacionais para o atendimento em PICS dentro do SUS.

A experiência de Campinas/SP com as práticas integrativas iniciou-se em 1989 com a implantação do primeiro ambulatório de homeopatia no município, que posteriormente deu origem ao Programa de Homeopatia, o qual é composto atualmente por uma equipe de seis médicos homeopatas (GENIOLE; KODJAOGLANIAN; VIEIRA, 2011). Em 2001 foi criado o Grupo de Estudos e Trabalho em Terapias Integrativas, responsável por elaborar a atual política municipal de PICS que conta com indicações de cada prática e fluxo de encaminhamento bem delimitados. Em 2002 foi implantado o Projeto Paideia que teve por objetivo levar as PICS à rede de atenção primária em saúde. Em 2003 foi estruturado o Programa de Acupuntura na rede primária de saúde, formado por profissionais da rede que possuíam formação em acupuntura e aos poucos o serviço foi ampliado aos demais níveis de atenção e hoje em dia a prática ocorre também no Hospital Mário Gatti. Em 2004 foram incluídos serviços de fitoterapia, yoga e demais práticas da medicina tradicional chinesa. Há também o Programa de Osteopatia formado por estudantes de pós-graduação em fisioterapia em associação com a Escola de Osteopatia de Madri. A saúde integrativa de Campinas conta com a presença de importantes instituições de ensino/pesquisa e forte influência oriental, tendo possíveis raízes no histórico de grupos de imigrantes japoneses e de outras populações orientais prevalentes no estado de São Paulo (BRASIL, 2009). Logo se destacam as práticas corporais da medicina tradicional chinesa como lian-gong e tai chi chuan, além da acupuntura sistêmica, acupuntura de Yamamoto e acupuntura Su Jok. A técnica de Yamamoto, por

exemplo, demonstrou resultado positivo com redução de 12,5% nos primeiros oito meses e de 20% após um ano da emissão de receitas de antiinflamatórios na cidade de Campinas (ALMEIDA, 2009). O município também oferece curso de formação em práticas integrativas; capacitação em acupuntura de Yamamoto a médicos; capacitação em fitoterapia a médicos, enfermeiros e dentistas; além de capacitação de instrutores de yoga, lian-gong, chikung, meditação ch'an tao e tai chi chuan. Cabe destacar que o Estado de São Paulo aprovou em 2010 a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde e conta com mais de 360 municípios que utilizam as PICS como forma de cuidado.

Em Santa Catarina, um levantamento realizado em 2013 utilizando dados do PMAQ-AB, apontou que 131 municípios, de um total de 293, ofertavam PICS contempladas na PNPIC e 85 destes ofertavam outras PICS não contempladas na política nacional de 2006, como por exemplo, terapia comunitária, musicoterapia, shantala, do in, shiatsu, massoterapia, reflexoterapia, arteterapia, florais, yoga, dança circular, naturologia, biodança, geoterapia, ayurveda, talassoterapia e sistema rio aberto (LOSSO, e FERITAS, 2017). Em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) a partir de 2016, passou a ser oferecido curso de formação em auriculoterapia para profissionais de nível superior atuantes na Saúde da Família, NASF e CAPS. Em 2014 foi elaborado um Projeto de lei com o objetivo de instituir a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPTC-SC), mas apenas em janeiro de 2019 ocorreu a regulação. Todavia, alguns municípios já possuíam instruções normativas próprias, como Florianópolis que desde 2010 estabeleceu normas gerais para a inserção das PICS na rede municipal de saúde.

A experiência de Recife com PICS iniciou-se em 2002 com a Secretaria Municipal de Saúde ofertando homeopatia, acupuntura, fitoterapia, bioenergética, tantra yoga, lian gong, tai chi chuan e automassagem através do Programa de Práticas de Cuidados Integrals à Saúde na Unidade de Cuidados Integrals (DANTAS, 2009). A autora destaca que em 2005 foram realizadas 12.138 atendimentos por profissionais de homeopatia, acupuntura, nutrição, farmácia e auxiliar de enfermagem. Passando em 2006 a 25.011 atendimentos e em 2007, 28.380 atendimentos. Em 2007, a Unidade de Cuidados Integrals de Recife recebeu o Prêmio Cocar pela excelência no trabalho desenvolvido. Desde o início das atividades com PICS a prefeitura demonstrou preocupação com a capacitação e formação profissional, realizando programas de parcerias institucionais com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade de Pernambuco e Universidade Católica (UNICAP). O município promoveu o I Curso de Especialização em Terapias Florais lato sensu pelo Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Enfermagem da UFPE (DANTAS, 2009) e em 2018 iniciou o curso de

formação em práticas integrativas com carga horária de até 45 horas. Este curso de formação foi oferecido para profissionais da Atenção Básica e da Rede de Saúde Mental, no qual poderiam optar por uma das onze práticas ofertadas durante curso como meditação, automassagem, dança circular, liang gong, uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, shantala, movimentos bioenergéticos, ZuYenSu e terapias antroposóficas (PCR...,2018).

Vitória /ES também possui uma experiência no campo das PICS. Os serviços foram inseridos no início de década de 90 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em 2000 foi implantado o Centro de Referência em Homeopatia com atendimento ambulatorial e em 2013 passou a ser chamado de Centro de Práticas Integrativas e Complementares em razão da ampliação do escopo de suas ações (Espírito Santo, 2013). Desenvolve atividade de pesquisa, atividades docentes, estágio, incluem palestras, oficinas, cursos de capacitação e atualização para profissionais de saúde do SUS. O município tem forte foco em fitoterapia, atendendo cerca de 25.000 usuários com fitoterapia anualmente. (SACRAMENTO, 2017). Em 1995 foi inaugurada a Farmácia de Manipulação de Fitoterápicos de Vitória, mas em 2006 foi desativada. O mesmo autor destaca que em 2009, arteterapia e musicoterapia passaram a ser oferecidas por profissionais graduados e concursados, alocados no CAPS. No mesmo ano, a prática de yoga passou a ser oferecida por educadores físicos com curso de pós-graduação em yoga, alocados no Serviço de Orientação ao Exercício. O estado do Espírito Santo também possui uma Política de Práticas Integrativas e Complementares, instituída em 2013, que norteia ações e serviços de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura e práticas corporais, meditação, plantas medicinais e fitoterapia em todos os níveis de atenção. Porém, é ofertada uma maior gama de PICS de acordo com cada município. Vitória, por exemplo, oferta além das PICS previstas na política estadual, a yoga, auriculoterapia, musicoterapia, arteterapia e terapia comunitária integrativa. A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória promove capacitação profissional para o plantio e conservação de hortas medicinais, além de capacitação em do-in – prática de automassagem da medicina tradicional chinesa. (Espírito Santo, 2013).

No Hospital Sofia Feldmam em Belo Horizonte/MG foi instituído em 2006 um Núcleo de Terapias Integrativas e Complementares, onde são oferecidas à gestantes, parturientes, crianças, neonatos, paciente psiquiátricos e aos servidores as práticas de escalda pés, homeopatia, aromaterapia, musicoterapia, massoterapia, auriculoterapia, plantas medicinais, florais, reiki, fitoterapia, reflexoterapia, ventosaterapia, acupuntura e yoga (HOSPITAL SOFIA FELDMAM, 2014). Cabe ressaltar que Minas Gerais possui uma Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC-MG) regulamentada pela Resolução SES -

MG nº1885/2009 e pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 532/2009. Para sua proposição, foi realizado em 2008 um diagnóstico situacional sobre os serviços em PICS. Neste diagnóstico foi possível verificar que dos 389 municípios que participaram da pesquisa, 76 municípios ofertavam alguma prática integrativa e complementar no SUS, com predominância na Atenção Básica (MINAS GERAIS, 2009). As terapêuticas que estavam sendo desenvolvidas eram: fitoterapia, homeopatia, acupuntura, tuiná, shiatsu, thai chi chuan, lian gong, qi qung, automassagem, meditação, yoga, reflexologia podal, ginástica laboral, geoterapia, florais, auriculoterapia quiropraxia, RPG e atividade física para a 3ª idade. Já em 2014, em outro levantamento, constatou-se que havia serviço de PICS em 146 municípios de Minas Gerais e pelo menos três municípios já haviam avançado na elaboração e publicação de Política Municipal de PICS (CAZARIN et al., 2017). O monitoramento dos dados referentes aos serviços de PICS no estado é realizado por um instrumento específico denominado de Práticas in Loco (PIL), que capta informações de maneira flexível e dinâmica, compensa o subregistro do SIA-SUS e complementa os dados advindos do PMAQ-AB (*idem*).

Em Goiás desde 1988, existe o Hospital Estadual de Medicina Alternativa, atualmente intitulado como Centro Estadual de Referência em Medicina Integrativa e Complementar (Cremic), que conta com uma equipe multiprofissional de 159 servidores, onde 30 deles aplicam PICS, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e assistentes social. O Centro oferta atendimento em auriculoterapia, ayurveda, arteterapia, aromaterapia, cromoterapia, florais, quiropraxia, acupuntura, reflexologia, massagem terapêutica, moxabustão, ventosaterapia, reiki, homeopatia, meditação, musicoterapia, fitoterapia, yoga, chikung, lian gong e dança circular, além da produção de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos (ARAÚJO, 2019). Há uma crescente adesão dos usuários às PICS oferecidas no Cremic, apresentando recente aumento nos atendimentos individuais e coletivos. Em 2017 foram 61.192 atendimentos, passando a 100.466 atendimentos em 2018, um avanço de 46,91% (SILVA, 2019). A autora complementa que em 2018 foram expedidas 4.922 receitas homeopáticas, 819 receitas fitoterápicas e distribuídos mais de 8 mil complexos homeopáticos para profilaxia de dengue. Além do Cremic, segundo Ministério da Saúde (2018), Goiás conta com 136 municípios – de um total de 246 – ofertando serviços em práticas integrativas. Ressalta-se que Goiás também possui Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, instituída desde 2009.

A implantação das práticas integrativas e complementares no Amapá iniciou-se em 2004 com o Centro de Referência em Tratamento Natural (CRTN) com atendimentos de fitoterapia e massoterapia, realizados por profissionais voluntários, sendo que apenas em 2007

foi realizada contratação de profissionais para atuarem no CRTN (MONTEIRO, 2009). A autora destaca que o número de profissionais é insuficiente diante da demanda, já que o Centro atende pacientes de diversos estados da Amazônia tanto de livre demanda quanto por encaminhamento de UBS, ESF e hospitais. Através do Decreto nº 4864/2015 o serviço é nomeado como Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Estado do Amapá (CERPIS), realizando atendimento em fitoterapia, acupuntura, homeopatia, massoterapia, geoterapia, yoga, auriculoterapia, bioenergética, hipnoterapia, meditação, reiki, reflexologia, shiatsu, shantala, pilates terapêutico, quiropraxia, RPG, tai chi chuan, lian gong, chi gong, entre outros serviços. De acordo com o Governo do Estado do Amapá (2016) em seu Plano Estadual de Saúde 2016-2019, a equipe técnica é composta por 18 servidores de nível superior e 11 de nível médio que possuem vínculo estadual, além de 2 servidores de nível superior e 17 de nível médio que possuem contrato temporário. Em 2018 foi iniciada uma parceria com o Instituto de Pesquisas Científicas e Tecnológicas do Amapá (Iepa) que passou a ser responsável pela fabricação e manipulação de dois fitoterápicos que têm como matéria-prima plantas amazônicas: *andiroba* para uso tópico indicado como anti-inflamatório e *sacaca* para uso em tintura de sacaca indicada para a redução de lipídeos, controle do diabetes e controle de distúrbios renais por sua ação diurética (CAVALCANTI, 2018). Além do mais, o estado conta com a parceria da Universidade Federal do Amapá (Unifap), responsável por capacitar os profissionais prescritores dos fitoterápicos e plantas medicinais voltado para médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e odontólogos do serviço público. Tendo em vista a crescente popularização do CERPIS, em 2017 o curso de medicina da Unifap passa a incluir em sua grade curricular o estágio supervisionado de seis meses no CERPIS (PANTOJA, 2017).

O município de Macaé/RJ iniciou em 2007 uma ação estratégica, com uso de homeopatia, de forma complementar ao controle das epidemias de dengue, além dos serviços convencionais de controle do vetor. Essa ação fez parte do planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de 2007 a 2012, segundo Nunes (2016) motivada pela publicação da PNPIC em 2006 e também pelo histórico de sucesso da referida prática integrativa no controle de epidemias – baseado na experiência anterior do município de São José do Rio Preto e de Cuba. De acordo com a autora, a intervenção homeopática para prevenção e tratamento da dengue apresentou resultados positivos, com diminuição da intensidade dos sintomas e do período de duração da enfermidade, proporcionando uma melhora mais rápida do paciente. A incidência da doença em 2008 teve queda de 71% em relação ao ano de 2007, ano em que foi iniciado o programa de homeopatia. As taxas foram comparadas a outros municípios

próximos, como Rio de Janeiro e Campos dos Goytacazes, que apresentaram aumento da incidência (NUNES, 2016). Com o sucesso da ação estratégica e crescente aceitação por parte da população, a prefeitura expandiu o atendimento para casos de gripe A H1N1, pediculose e hepatite A. Após 4 anos do programa de homeopatia, o município de Macaé implantou o Núcleo Municipal de Saúde Integrativa (NMSI). Nunes (2016) destaca que o referido serviço tem composição multiprofissional contando com médico homeopata, médico acupunturista, farmacêutico homeopata, naturólogo, massoterapeuta, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, enfermeiro e nutricionista, que ofertam as seguintes PICS: homeopatia, acupuntura, auriculoterapia, massoterapia, medicina tradicional chinesa, arteterapia, meditação, reflexoterapia, reiki, shiatsu, reflexologia, florais e terapia comunitária integrativa. Além disso, são ofertadas práticas de Tai Chi Chuan e yoga na Casa de Convivência que é um dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial do município.

Desta forma foi possível perceber que, nos municípios e estados pontuados acima, as iniciativas em práticas integrativas e complementares de saúde ocorrem principalmente em articulação com serviços da Atenção Básica e/ou através de Centros de Referência especializados em PICS, em menor proporção em hospitais. Outro aspecto comum às diversas experiências aqui apresentadas é a preocupação com a capacitação das equipes de saúde, voltada para as diversas categorias profissionais, mediante diferentes formatos de cursos e treinamentos. Em boa parte dos casos ocorre também parceria com universidades e instituições de pesquisa. Quanto às práticas ofertadas, é possível identificar a homeopatia, acupuntura, yoga, fitoterapia, tai chi chuan, lian gong, meditação, massoterapia, reflexologia, florais e auriculoterapia como práticas mais presentes nos serviços públicos apontados. Em contrapartida, existem PICS que não foram mencionadas por nenhum destes municípios ou estados como apiterapia, constelação familiar, imposição de mãos, ozonioterapia e termalismo social. Também se percebe a inclusão de outras terapêuticas ao serviço de PICS como RPG, pilates, talassoterapia, sistema rio aberto e ginástica laboral.

CAPÍTULO 2 - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE SAÚDE

O termo *Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa* (MT/MCA) adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) se refere às práticas, enfoques, conhecimentos e crenças que incorporam medicinas baseadas em plantas, minerais, terapias espirituais, técnicas manuais, exercícios individuais ou coletivos que visam a manutenção do bem-estar, tratamento e prevenção de enfermidades associado tradicionalmente a uma comunidade local (OMS, 2002). Essas práticas são desenvolvidas a partir das experiências empíricas dessas comunidades, da observação de fenômenos e da troca de conhecimentos ao longo de gerações. Já o termo *Práticas Integrativas e Complementares de Saúde*, adotado no Brasil e inspirado na OMS, designa uma gama heterogênea de ações em saúde que incluem diferentes racionalidades médicas, bem como diferentes práticas terapêuticas. A categoria epistemológica de *Racionalidade Médica* (RM) proposta por volta dos anos de 1990, surge como uma forma de comparar teórica e empiricamente os vários sistemas médicos existentes, originados em culturas distintas, mas atuando na cultura atual globalizada (NASCIMENTO, et al; 2013).

Diferenciando-se dessa categoria, as práticas terapêuticas podem ser entendidas como elementos de uma racionalidade médica específica, mas utilizadas de forma isolada e deslocada de seu contexto e significado, como por exemplo, a fitoterapia com ervas chinesas e a meditação que podem ser aplicadas isoladamente, sem estar vinculadas às práticas da medicina tradicional chinesa. Também são consideradas práticas terapêuticas, técnicas que auxiliam a saúde e o bem-estar do indivíduo de maneira integrativa, mas que não possuem elementos suficientes para serem classificadas como racionalidade médica, como a quiropraxia, musicoterapia, florais, reiki, entre outros.

Levando em consideração a complexidade do tema, este capítulo pretende apresentar contribuições e desdobramentos da categoria de RM, fundamental para compreensão da PNPIC, além de apontamentos de como essas práticas têm o potencial de contribuir para a integralidade no contexto da formação em saúde.

2.1 RACIONALIDADES MÉDICAS

O estudo da categoria das Racionalidades Médicas proposta por Madel Therezinha Luz emergiu no início da década de 1990 com o objetivo de estudar sistemas médicos complexos e terapêuticas tradicionais, complementares e alternativas. O estudo questiona o

modo dominante como se produz saúde no ocidente como único detentor do saber científico, abrindo espaço para uma proposta que tira o foco de combate às doenças com uso de alopatia e, por consequência, abre espaço para um conjunto de sistemas terapêuticos baseados em processos naturais de cura, de promoção da saúde, prevenção de doenças e manutenção do bem-estar (NASCIMENTO, et al; 2013). Propõe a comparação das medicinas homeopática, tradicional chinesa, ayurvédica e ocidental contemporânea, também denominada biomedicina.

As RM's estudadas originam-se de contextos históricos e culturais distintos, ou seja, concepções e olhares diferentes sobre a saúde, mas que coexistem na cultura atual. Na verdade são sistemas médicos complexos que estão em constante processo de mutação e interação com as sociedades, se construindo, estruturando, solidificando e reconstruindo, mas conservando sua base de valores ao longo do tempo (LUZ, 1996). Desta forma, Luz (1996, p. 9) conclui:

As racionalidades médicas, embora se organizem teoricamente como sistemas médicos distintos e comparáveis em suas dimensões, tendem a absorver traços de outras racionalidades, a desenvolver mais certas dimensões em momentos específicos de sua cultura de origem, ou a rejeitar determinados traços ou características em outros momentos.

Segundo Luz (1996), toda RM possui como condição necessária para ser compreendida como sistema médico complexo, cinco dimensões: morfologia humana, dinâmica vital, doutrina médica, sistema de diagnóstico e sistema terapêutico. A morfologia humana define a estrutura e forma de organização do corpo. Na biomedicina a estrutura do corpo é explicada pela anatomia, enquanto na racionalidade tradicional chinesa não há separação entre corpo e mente, onde corpo produz e armazena *Qi*⁵ que circula por canais específicos ligados aos *Zang Fu*⁶ responsáveis por emoções e funções vitais em uma interação dinâmica (FERREIRA & LUZ, 2007). A dinâmica vital define a forma pelo qual o corpo humano mantém o movimento da vitalidade. Na biomedicina a fisiologia é a responsável por explicar a interação entre as estruturas corporais, já na racionalidade ayurvédica a vida se mantém através da dinâmica dos doshas⁷, funções dos *dhatu*s⁸, manutenção dos *ojas*⁹ que

⁵ O conceito de Chi ou Qi é a base da medicina tradicional chinesa. No ocidente foi interpretado como uma espécie de energia vital que circula pelo corpo, responsável por toda vida no universo e se encontra em vários graus de materialidade. Faz parte do plano sutil mas que é perceptível por seus resultados no plano físico.

⁶ São traduzidos para o ocidente como órgãos e vísceras que possuem funções energéticas, organopsíquicas e armazenam as substâncias vitais.

⁷ São três humores que controlam as funções corporais e mentais: Vata ou Ar, controla os movimentos internos e externos no corpo; Pitta ou Fogo, promove os processos de transformação, sejam digestivos, enzimáticos ou hormonais e o Kapha ou Água, lubrifica, nutri e estrutura o corpo e a mente.

⁸ Sete tecidos de caráter funcional: Rasa (plasma) responsável pela nutrição; Rakta (sangue) vitalidade e distribuição de nutrientes; Mamsa (músculo) sistema de locomoção; Medas (gordura) processos de hidratação e

circulam nos srotas, conhecidos como canais de energia (DEVEZA, 2013). A doutrina médica explica a manutenção da saúde e o processo de adoecimento do indivíduo. Na biomedicina há a fisiopatologia baseada na teoria da causalidade e as disciplinas ligadas à clínica, enquanto a racionalidade homeopática entende que há uma energia vital responsável pela manutenção da saúde e o desequilíbrio da mesma seria a responsável pelo aparecimento das doenças, na qual as emoções tem forte influência no aparecimento de sintomas físicos (SANTANNA, HENNINGTON e JUNGES, 2008). O sistema de diagnóstico busca determinar se há ou não uma doença instaurada, sua natureza, fase, evolução provável e causa. A biomedicina conta com o aparato tecnológico para isso, logo se baseia na história clínica, mas também conta com recurso de exames laboratoriais e de imagens. A medicina ayurvédica utiliza a palpação, o questionamento e a observação da implantação das orelhas, a coloração de secreções, a temperatura e umidade da pele, o comportamento, a característica das unhas e cabelos, a inspeção da língua e do pulso (DEVEZA, 2013). Por fim, o sistema terapêutico determina as formas de intervenção para cada patologia. A biomedicina utiliza a farmacologia, intervenções cirúrgicas e medidas de higiene, enquanto a medicina tradicional chinesa utiliza uma gama de técnicas em busca do restabelecimento do equilíbrio vital por meio da acupuntura, moxabustão, dieta, fitoterapia, qigong, sangria, guasha, massagem entre outras técnicas (FERREIRA & LUZ, 2007).

Posteriormente foi adicionada uma sexta dimensão, a cosmologia, compreendida como um conjunto de valores, simbologias, metáforas e representações sociais que compõem o imaginário coletivo (LUZ, 1996). Esta última categoria seria a responsável por direcionar e embasar as demais dimensões, apresentando-se como raiz filosófica de uma racionalidade médica, como a biomedicina que é sustentada pela física newtoniana, enquanto a tradicional chinesa é fundamentada na cosmologia Taoista, a ayurvédica na cosmologia Samkhya da criação e a homeopática na cosmologia ocidental clássica de alquimia. O Quadro 4 apresenta esquematicamente um comparativo das racionalidades médicas quanto às seis dimensões estruturantes.

lubrificação de tecidos; Asthi (ossos) sistema de sustentação; Maija (medula óssea, vertebral e tecido conjuntivo), preenchimento e controle; Shukra (tecido germinativo) responsável pela procriação.

⁹ Energia que mantém a vitalidade de todas as funções físicas e psíquicas.

Quadro 4 - Comparativo das racionalidades médicas

| RACIONALIDADES MÉDICAS | COSMOLOGIA | DOCTRINA MÉDICA | MORFOLOGIA | DINÂMICA VITAL | SISTEMA DISGNÓSTICO | SISTEMA TERAPEUTICO |
|-------------------------------------|---|--|---|--|--|--|
| OCIDENTAL CONTEMPORÂNEA | Física Newtoniana clássica | Teoria da causalidade das doenças e fisiopatologia | Morfologia e Anatomia | Fisiologia | Semiologia: anamnese, exame físico, exame laboratoriais e de imagens | Medicamentos alopáticos, cirurgias e higiene |
| MEDICINA HOMEOPÁTICA | Cosmologia ocidental da alquimia e física Newtoniana implícita | Teoria da força vital e seu desequilíbrio | Organismo material e força vital animadora | Fisiologia energética, fisiologia dos sistemas, fisiologia do medicamento e adocimento | Anamnese do desequilíbrio individual. Diagnóstico do remédio e da enfermidade individual | Medicamentos homeopáticos e higiene |
| MEDICINA TRADICIONAL CHINESA | Cosmologia Taoista (geração do microcosmo a partir do macrocosmo) | Teoria do Yin-Yang, cinco elementos e seu equilíbrio | Teoria dos canais e colaterais, pontos de acupuntura dos Zang Fu e do livre fluxo de Qi | Fisiologia do Qi, Zang Fu, dinâmica Yin/Yang e Cinco elementos | Semiologia: interrogatório, inspeção, ausculta e olfação e palpação | Qi Gong, Tai Chi, Acupuntura, moxabustão, dieta, fitoterapia, sangria e guasha |
| MEDICINA AYURVÉDICA | Cosmologia Samkhya da criação | Teoria dos cinco elementos, dos doshas, | Teoria dos Dhatus e malas. | Dinâmica dos doshas, teoria de ojas e srotas | Semiologia Inspeção, palpação e questionamento | Massagem, oleação, dieta, fitoterapia, yoga e meditação |

Fonte: LUZ, 1996 (adaptado)

Durante o estudo comparativo entre as RM's, Luz (1996, p. 9) identificou "incoerências entre saber-prática, diagnose-terapêutica, doutrina médica e agir clínico". Apesar de não se aprofundar a respeito das incoerências identificadas, a autora as considerou como típicas de uma RM, tendo em vista que coexistem dois paradigmas de conhecimento da medicina, o paradigma biomédico dominante e o paradigma vitalista que orienta os demais sistemas médicos resgatados na PNPIC e estudados por Madel Luz. Kuhn (1998, p.13) conceitua paradigma como "realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modulares para uma comunidade de praticantes de uma ciência". Ou seja, pode ser compreendido como visão de mundo partilhada por membros de uma comunidade que embasam a forma de entender e fazer ciência. Para Santos, Araújo e Baumgarten (2016) o paradigma dominante baseado na ciência pós-moderna nega todas as outras formas de conhecimento que não são pautadas pelos seus próprios princípios norteadores. Logo o que não puder ser explicado por suas regras metodológicas científicas, é desqualificado. Esse domínio e supremacia do saber biomédico pode ser evidenciado por diversos grupos de pensadores que rotulam as práticas tradicionais integrativas como não eficazes pelo fato de não poderem ser verificados e comprovadas com base nos moldes da ciência pós-moderna ocidental. Assim como as demais racionalidades que se baseiam no paradigma vitalista de saúde, se fundamentam na ideia da "existência nos seres vivos de uma força ou princípio vital responsável pela manutenção da saúde e da vida, unido de forma indissociável ao corpo físico e que sofre a influência das instâncias como mente, alma ou espírito" (TEIXEIRA, 2017, p.146).

Apesar das RM's poderem ser comparadas com base nas seis dimensões, Luz (1996) adverte que esse paralelo não deve ser conduzido pela dimensão doutrina médica, pois esta acentua os pontos de diferença e de conflito entre as racionalidades. Já as dimensões de diagnose e terapêutica são indicadas para esse comparativo, pois tem um potencial de complementaridade entre os diferentes saberes. A autora também ressalta a importância de resgatar os papéis terapêuticos atribuídos a elas, se a intenção for a integração e complementaridade entre as racionalidades. A homeopatia por ter conhecida eficácia no tratamento de doenças alérgicas, respiratórias e psicossomáticas adquiriu esse papel terapêutico dentro da sociedade ocidental dominada pela biomedicina, sendo procurada por pacientes por essa finalidade. Assim como a tradicional chinesa é associada ao tratamento de doenças do sistema músculo-esquelético, pela conhecida eficácia no alívio das dores. Ainda que Luz reconheça que esses papéis terapêuticos podem reduzir uma racionalidade médica

completa, acredita que essa apropriação feita pela população usuária e por terapeutas pode ser observada como um sinalizador de complementaridade entre as várias racionalidades médicas.

Todavia cabe questionar se essa almejada integração e/ou complementaridade entre as racionalidades médicas é possível, tendo em vista que as mesmas partem de diferentes modos de apreensão da realidade e conhecimento dos fenômenos, por possuírem cosmologias distintas. Quais são as consequências da ocidentalização das medicinas tradicionais sobre sua cosmologia, teoria, fundamentos e prática? De acordo com Barsted (2003), a apropriação de saberes tradicionais convertidos à lógica da racionalidade ocidental contemporânea resulta em uma ressignificação do ponto de vista ocidental, ou seja, interpretações ocidentais de valores e fundamentos tradicionais que no processo de tradução entre culturas ocorrem distorções conceituais por não possuir termo correspondente a qualquer conceito ocidental estabelecido. A cosmologia chinesa, por exemplo, é baseada na integração entre natureza e humanidade em uma totalidade cósmica, o *Tao*, cuja contínua interação determina a ordem no mundo (MORAES, 2012) Tudo no mundo concreto é classificável em *YinYang*, *Cinco elementos* e na existência do *Qi*, que faz parte do plano sutil e não tem uma tradução precisa. Segundo Moraes (2012, p.3) o termo 'energia vital' mais que uma tradução foi uma interpretação ocidental transpondo para a natureza de bioeletricidade, pois seu significado literal relaciona-se com “vapores que emanam do solo (ou da fermentação do arroz) em direção ao céu”. Nessa leitura o *Qi* seria comparado a impulso elétrico de neurotransmissores, perdendo toda sua base cosmológica. Sabe-se que as tradições, durante uma contínua interação entre povos e culturas, não se mantêm intactas, porém deve-se estar atento para os desdobramentos de submeter as PICS à lógica globalizada e produtivista da medicina hegemônica adequando-as aos padrões ocidentais, o que favorece sua mercantilização, distanciando-as da tradição e possível eficácia.

De acordo com Tesser e Luz (2008), toda racionalidade médica possui um aspecto teórico e outro prático. A racionalidade biomédica em seu aspecto teórico não constrói a integralidade, pois seus saberes estão organizados de forma fracionada. Logo, os autores afirmam que a integralidade é um problema epistemológico na maneira de se produzir saúde no ocidente com a biomedicina, desse modo, o problema desloca-se para o próprio SUS. Nogueira (2014) destaca que a centralidade no olhar anatomoclínico da biomedicina focado no corpo e lesões, vincula o saber terapêutico ao controle das doenças sem vinculá-las à vida concreta do indivíduo, seus dramas e sua história. Desta forma a integralidade na biomedicina é projetada para o aspecto prático, "para o conjunto das ações institucionais, à famosa equipe multidisciplinar, que aparece então como uma necessidade incontornável para aumentar o

coeficiente de integralidade" (TESSER e LUZ, 2008, p.203) Já nas outras racionalidades médicas, a integralidade é o alicerce organizador do saber que se traduz na prática. Todavia é preciso compreender que toda racionalidade médica possui limitações, sendo necessária uma pluralidade da assistência, trabalho interdisciplinar em saúde e complementaridade entre os diversos saberes.

2.2 PENSANDO A INTEGRALIDADE NA FORMAÇÃO EM PICS

A oferta das práticas integrativas e complementares de saúde por meio da PNPIC se apresenta no cenário público como uma maneira de garantir a integralidade na atenção à saúde, por considerar o indivíduo na sua dimensão global e por contribuir para a interação das ações e serviços existentes no SUS (BRASIL, 2015). O termo integralidade, como princípio normativo do SUS é posto como um "conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos" (BRASIL, 1990, art. 7). Logo se associa à assistência articulada em diversas ações de saúde. Já Tesser e Luz (2008), utilizam o termo em um sentido aproximado à abordagem ampla e pluridimensional que um profissional deve ter diante da saúde do usuário. No entanto, Mattos (2009) esclarece que há diversas interpretações possíveis atribuídas ao termo e discute três sentidos específicos: a integralidade como um valor da boa medicina, como modo de organizar práticas e como respostas governamentais a problemas específicos de saúde através de políticas especiais.

O primeiro sentido relaciona-se com o movimento da *medicina integral* surgido nos Estados Unidos nos anos de 1970, que fazia crítica à postura reducionista dos médicos diante da complexidade que compreende o processo de adoecimento humano, os quais ressaltavam o aspecto biológico em detrimento dos aspectos psicológicos e sociais. Além da visão reducionista, Mattos (2009) também cita a fragmentação do conhecimento médico centrada em diversas especialidades, como responsáveis pela incapacidade dos médicos em apreender de forma mais abrangente as necessidades de seus pacientes, ou seja, de ter uma visão integral da vida dos usuários. No entanto, esse reducionismo e fragmentação eram justificados pela organização curricular de base flexiniana que privilegiava o laboratório e o hospital como local de aprendizagem. Logo, se a questão curricular fosse solucionada, resolveria o problema da fragmentação da saúde. Sendo assim, a questão da integralidade aqui se relaciona com o modo desejável como o médico deveria prestar sua assistência, ou seja, como um valor da boa medicina. Todavia esse pensamento ganhou um rumo distinto no Brasil, onde a crítica não era direcionada apenas ao currículo médico, mas na centralidade do saber médico, que na visão

do autor, não se produz na escola, se reproduz. Nesse sentido, cabe defender a integralidade como um valor a ser apreendido não somente por profissionais médicos, mas como um modelo de assistência a ser seguido por qualquer profissional de saúde. Para Mattos (2009, p. 52), o profissional que:

(...) se recusa em reconhecer que todo o paciente que busca seu auxílio é bem mais do que um aparelho ou sistema biológico com lesões ou disfunções, e que se nega a fazer qualquer coisa a mais além de tentar, com os recursos tecnológicos disponíveis, silenciar o sofrimento supostamente provocado por aquela lesão ou disfunção, é absolutamente inaceitável.

A segunda definição está ligada à crítica ao modo de organização do trabalho nos serviços de saúde, consolidado no Brasil na década de 70, pela divisão entre as instituições de saúde pública de responsabilidade do Ministério da Saúde, e assistência médica, alçada da Previdência Social. Mattos (2009) aponta que a integralidade pode ser compreendida neste sentido como modo de organizar as práticas no cotidiano dos serviços de saúde, se referindo à integração dos diversos profissionais superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde, bem como dos diversos níveis de atenção, articulando práticas de saúde pública e assistenciais. Dessa forma seria possível superar a lógica dos programas verticais, sendo necessária uma horizontalização dos mesmos. As equipes das unidades deveriam passar a pensar suas práticas com base nas necessidades dos usuários e não somente sobre o local de inserção desse usuário em determinado programa governamental. O autor destaca que, neste sentido, a integralidade passa a não ser apenas um valor ou uma atitude necessários de um profissional, mas relaciona-se à forma de organizar o processo de trabalho. Reconhecer essa integralidade é reconhecer que os arranjos das ações governamentais devem ser pautados nas necessidades de saúde de uma determinada população, logo "não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população (...) os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população à qual atendem" (MATTOS, 2009, p.60).

Por fim, o terceiro sentido para a integralidade abordado por Mattos (2009) trata-se de respostas governamentais a determinados problemas de saúde ou a grupos específicos da população, que se materializam por meio de políticas públicas especiais. Como exemplo, cita o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que vinculava as questões envolvendo as mulheres apenas à sua ordem biológica reprodutora e materna. Novamente aqui aparecendo o reducionismo do olhar sobre a saúde desse grupo específico, desconsiderando seu contexto cultural, social e as formas de opressão que conferem

peculiaridade ao adoecimento das mulheres. Dessa forma, cresce a necessidade de construir políticas que possuam uma dimensão abrangente sobre os problemas de saúde pública, que leve em consideração os múltiplos aspectos que compõem a vida do indivíduo, propiciando uma assistência integral.

Em qualquer que seja o sentido atribuído à integralidade, é possível perceber a recusa ao reducionismo do indivíduo, seja no modo pelo qual os profissionais de saúde enxergam os pacientes, ou no modo como o trabalho em saúde está organizado ou no modo como o governo pauta as políticas e programas de saúde. "Um paciente não se reduz a uma lesão que no momento lhe causa sofrimento. Não se reduz a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas, escondidas à espera de um olhar astuto que as descubra. Tampouco se reduz a um conjunto de situações de risco" (MATTOS, 2009, p. 65). O autor defende que, mais que uma diretriz normativa do SUS, a integralidade se apresenta como uma bandeira de luta, um conjunto de valores pelos quais se almeja atingir com ideal de garantir uma sociedade mais justa e solidária.

Segundo Pinheiro (2008), gestores, profissionais e usuários, na busca por melhoria da atenção em saúde em decorrência do inconformismo com a maneira pela qual tem sido prestada a assistência, tem possibilitado a incorporação de novas tecnologias assistenciais de saúde no SUS, de forma a contribuir com a consolidação da assistência integral pautada na incorporação de novos saberes e práticas capazes de valorizar conhecimentos tradicionais. Por consequência, as PICS se apresentam como uma maneira complementar de se produzir saúde, contribuindo para uma assistência que vá além do aspecto anátomo-fisiológico, mas como uma possibilidade de preencher as lacunas decorrentes do reducionismo biologicista, característico na racionalidade biomédica. Ter a integralidade como eixo prioritário da PNPIC também é uma ferramenta que visa contribuir para a concretização do direito à saúde como uma questão de cidadania, no sentido de compreender o direito do cidadão em ter uma vida com padrão mínimo de bem estar em sociedade pelo simples fato da natureza humana. Pois visa à superação de problemas e a implantação de novas formas de produzir saúde dentro do serviço público.

De acordo com Tesser e Luz (2008), as racionalidades homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica contribuem para a integralidade no SUS, pois abordam as necessidades de saúde considerando a relação do indivíduo com o meio em que vive. Uma vez que a assistência é centrada na necessidade do indivíduo e não apenas na queixa que levou o sujeito a procurar o serviço de saúde. Dessa forma as PICS respondem aos três sentidos de integralidade trabalhados aqui neste texto, pois tem o potencial de auxiliar o profissional de

saúde a ampliar seu olhar sobre as múltiplas determinações que compõem a vida dos usuários, pautar a organização do trabalho em saúde nas necessidades desses usuários e contribuir para a integralidade nas políticas governamentais por meio do incentivo à articulação da PNPIC com demais políticas do Ministério da Saúde.

As PICS abordadas na política pública, apesar de formarem um grupo heterogêneo, possuem como características comuns a prevenção de agravos e recuperação da saúde, ênfase na escuta acolhedora, desenvolvimento de vínculo terapêutico, visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção do autocuidado (BRASIL, 2015) como elementos que conferem a integralidade em saúde, por substituir o foco na doença pela atenção à pessoa, com sua história de vida e seu modo próprio de viver e adoecer. Logo, é possível indicar seu caráter essencialmente integrador. Porém, se empregadas conforme a lógica da racionalidade biomédica correm o risco de se tornarem mera soma de especialidades acumuladas por algumas categorias profissionais. Desta forma, compreende-se que a simples justaposição de saberes e práticas profissionais não garante um atendimento integral ao usuário.

O princípio da integralidade no contexto da formação profissional em saúde remete ao compromisso social de formar profissionais com relevância social, que respondam às necessidades de saúde de uma comunidade, caso contrário, perde o sentido (CECCIM & FEUERWERKER, 2004). Essa formação engloba aspectos de produção de subjetividade, característico do processo de trabalho em saúde, o qual é marcado pela interação profissional-usuário em um encontro entre pessoas que trazem um sofrimento ou necessidade e outras pessoas que dispõem de um conhecimento específico para solucionar determinado problema. Sendo então considerado o trabalho em saúde um trabalho vivo e essencialmente relacional (SILVA JUNIOR, PONTES E HENRIQUES, 2005). Segundo Ceccim e Pinheiro (2005) tematizar a formação em saúde implica colocar em questão as características do ensino, o exercício profissional e o trabalho em saúde. Os autores versam que para atingir a integralidade da atenção é necessário superar o ensino da saúde baseado apenas na transmissão de conhecimento e treinamento prático de procedimentos, propiciando espaços para discussão de diferentes saberes e práticas tradicionais de cuidado em saúde e reconhecendo seus alcances e limites.

A formação dos profissionais de saúde no Brasil ainda é marcada pelo paradigma biologicista, que privilegia a anatomoclínica e a fisiopatologia. Todavia, as demandas da sociedade têm se tornado cada vez mais complexas na contemporaneidade, por vezes ultrapassando os limites do corpo físico. As condições de vida marcadas pelas desigualdades sociais, limitação de acesso a saneamento básico, aumento de desemprego estrutural,

alimentação industrializada, ritmo de vida cada vez mais extenuante, levam a diferentes níveis de adoecimento, seja de ordem física, mental, espiritual ou energética. Como uma maneira de suprir esse reducionismo da saúde, tem aumentado a procura dos profissionais por especializações em saúde, o que não tem sido suficiente para garantir uma atenção integral (CECCIM & CARVALHO, 2005). Desta forma, a interdisciplinaridade se coloca como uma possibilidade de resposta à fragmentação do saber da ciência moderna, em especial a da saúde. Pereira (2008, p.263) frisa o potencial da interdisciplinaridade quanto à "integração entre saberes tão diferentes, e, ao mesmo tempo, indissociáveis na produção de sentido da vida", mas que possui desafios, potencialidades e limites na prática educativa. De acordo com Frigotto (2008), trata-se de entender essa necessidade pela interdisciplinaridade ao mesmo tempo como algo que historicamente se impõe como imperativo, mas também como um desafio a ser decifrado, tendo em vista os sujeitos que produzem suas vidas de forma alienada no interior da sociedade de classe, sendo fundamental uma reflexão crítica, no sentido da busca pela interdisciplinaridade em saúde, sem idealizá-la.

Araújo, Miranda e Brasil (2007) destacam a necessidade de compreender as limitações da formação em saúde pautada sob o contexto da integralidade, não devendo ser confundida com a noção de totalidade, presumindo-se a formação de um profissional multitarefas apto a solucionar todos os problemas de saúde ou assumir todas as funções de um determinado serviço de saúde. Os autores lembram que a formação de um profissional de saúde não deve apenas se limitar ao aprendizado de competências e habilidades de ordem técnica, mas deve incluir também o manejo de situações de ordem intersubjetiva por meio da análise significativa dos processos de trabalho. Isso implica em propor novas soluções para os problemas de saúde adotando uma visão mais abrangente, a fim de buscar soluções para as novas demandas antes ocultadas ou negligenciadas.

Desta forma, apesar do potencial das PICS em fortalecer o princípio da integralidade que constitui o SUS, por meio da inclusão de novas formas de cuidado em saúde que objetivam substituir o foco na doença pela atenção à pessoa, por si só não garantem isso. Se fazem necessárias experiências de ensino que possibilitem o diálogo entre os saberes em saúde, científicos e não-científicos, convencionais e tradicionais, ressaltando o potencial dessas práticas quanto a uma escuta qualificada, visão do usuário que leve em consideração os diversos aspectos que compõem sua vida, respeito à singularidade e diversidade desses usuários, como uma oportunidade de construir caminhos para a formação do profissional de saúde regidos pela integralidade na atenção.

CAPÍTULO 3 - FORMAÇÃO EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE SAÚDE

A formação em Práticas Integrativas e Complementares de Saúde no Brasil, ainda é considerada "insuficiente e difusa, com limitações tanto na oferta quanto na qualidade do ensino profissional" (NASCIMENTO et al, 2018, p.752). Este é um aspecto apontado por diversos autores, como atual e mais complexo desafio para a implantação e legitimação da PNPIC (AZEVEDO & PELICIONI, 2012; TESSER, 2009; BRASIL, 2011; SIMONI, BENEVIDES, BARROS, 2008). Segundo Nascimento et al. (2018), romper a barreira do modelo biomédico adotado pelas instituições oficiais formadoras e adotar uma perspectiva de integralidade de saúde menos invasiva e insensível, deve ser a meta para educação de profissionais de saúde que integre conteúdos de PICS aos conteúdos convencionais, em sintonia com os princípios do SUS. Sabe-se que questões corporativistas, econômicas, religiosas e políticas estão envolvidas quando se considera integrar as PICS ao campo de saúde, desafiando o paradigma biomédico enraizado nas instituições formadoras.

A PNPIC prevê a assistência em saúde em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS em consonância com o nível de atenção (BRASIL, 2015). O profissional de saúde poderá ter formação em qualquer uma das 29 PICS presentes na política pública, respeitando os limites impostos pelos seus respectivos conselhos profissionais. No Brasil, a formação profissional em PICS acontece majoritariamente em nível de pós-graduação, (NASCIMENTO et al. 2018), mas podendo ser ofertada em vários formatos. Os mesmos autores ressaltam que em geral, a formação em racionalidades médicas exige curso de longa duração, sendo normalmente oferecido no Brasil em nível de pós-graduação, podendo ocorrer sua introdução durante as graduações de saúde, seguindo a perspectiva filosófica de maneira a informar e inibir preconceitos do senso comum. Já o ensino das práticas terapêuticas tem sido oferecido em diversos níveis de formação, sendo cursos livres, técnicos, graduação e pós-graduação.

Por ser tratar de um grupo heterogêneo de terapêuticas que estão alocadas em uma única política pública, a análise do ponto de vista da formação deve ser cautelosa, evitando generalizações. Várias questões perpassam pelo tema como regulamentação profissional, critérios formativos, prática profissional, trabalho em saúde, garantia da segurança e eficácia como controle social, entre outras questões. Não se pretende esgotar o tema, mas fazer apontamentos quanto aos potenciais e obstáculos que envolvem a formação em práticas integrativas e complementares em saúde no Brasil.

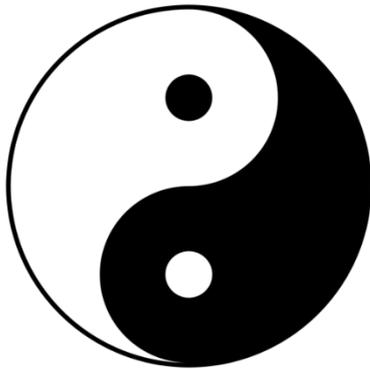
Desta forma, entende-se que o aspecto formativo deve ser analisado de acordo com as características específicas de cada prática, ao invés de considerá-las como uma unidade mesmo estando todas inclusas em uma única política. Considera-se um risco a pretensão de uma formação única em PICS, por serem práticas complexas e distintas entre si e que, portanto, necessitam de certo tempo para a apreensão. Todavia, a autora chama a atenção para a já existência de cursos, em grande maioria em instituições privadas, que possuem tal proposta formativa em nível de especialização, incluindo em sua grade curricular tanto racionalidades médicas como práticas terapêuticas com carga horária variando em torno de 360 horas. Porém, a autora desta dissertação entende que é impraticável formar um especialista em PICS, mas sim em determinada(s) prática(s). Sendo assim, foi escolhida uma racionalidade médica e duas práticas terapêuticas presentes na PNPIC, para apontar características que expressem o panorama de atuação, formação e organização dessas PICS, respeitando as singularidades de cada prática.

3.1. MEDICINA TRADICIONAL CHINESA E ACUPUNTURA

3.1.1 Definição e fundamentos

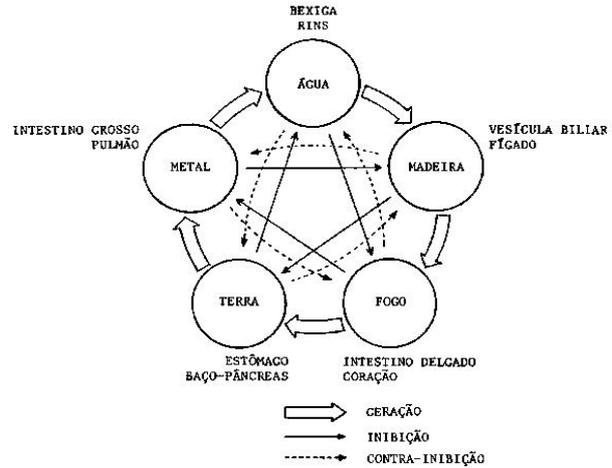
A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é uma racionalidade médica, cuja cosmologia fundamenta-se no *Tao*, uma totalidade cósmica que explica a ordem do mundo. Não é possível uma definição ocidental para o Tao, pois ele é compreendido como o tudo e o nada; o vazio e o todo; o princípio, o processo e o fim, sendo por vezes traduzido como o caminho (MORAES, 2007). Trata-se de uma totalidade onde tudo é interligado, logo nesse contexto, não há separação entre os diversos conhecimentos como religião, filosofia, técnicas, saúde, entre outros. A racionalidade médica chinesa possui como dinâmica vital o entendimento da existência e circulação de *Qi* pelo organismo, que se expressa tanto em nível espiritual como físico, além do movimento do *YinYang* (Figura 5), unidade composta por dois polos opostos complementares, onde o *Yin* transforma-se em *Yang* em uma constante transmutação de fases cíclicas e que portanto, seu movimento rítmico rege o universo, natureza e humanidade. Essa dinâmica de funcionamento do organismo também se baseia na interação entre *Wu Xing*, mais conhecido como as *Cinco fases de transformação* ou Cinco elementos (Figura 6), sendo eles água, madeira, fogo, terra e metal.

Figura 5 - YinYang



Fonte: MORAES, 2007

Figura 6 - Cinco elementos



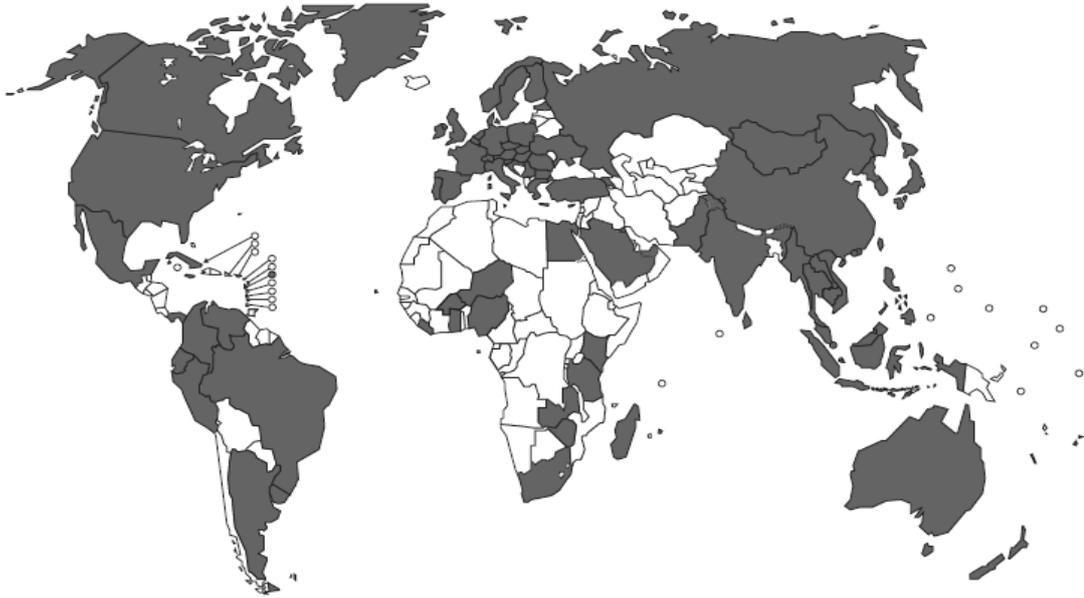
Para compreender a morfologia, é necessário entender que o corpo para o chinês não é apenas físico, mas em seu plano sutil há circulação de *Qi* que flui pelo corpo por meio dos *Jing Luo*, trajetos nomeados no ocidente como meridianos (Figura 7) que se associam aos *Zang Fu*, traduzidos como órgãos e vísceras. Ao longo do trajeto dos meridianos, existem determinados pontos que se estimulados desobstruem o fluxo do *Qi*, restabelecendo a saúde. Já na doutrina médica, a doença é consequência da perturbação do fluxo de *Qi*, sendo um processo dinâmico que inicia no plano sutil, por fatores externos como vento, calor, frio, umidade, secura e/ou internos como expressão excessiva ou insuficiente das emoções (FERREIRA & LUZ, 2007). Todavia, cabe destacar que, apesar dos *Zang Fu* terem sido associados aos órgãos anatômicos, em pouco se assemelham com suas funções fisiológicas conhecidas no ocidente. Como por exemplo, o *Gan*, traduzido como fígado, tem função energética de assegurar o fluxo homogêneo de sangue e *Qi*, controlar tendões, manifestar-se nas unhas, abrir-se nos olhos, abrigar a alma etérea e ser afetado pela emoção de raiva (MACIOCIA, 2014). Já sua função estabelecida na biomedicina resume-se em filtração e armazenagem de sangue; metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras, hormônios e produtos químicos; formação de bile; armazenamento de vitaminas e de ferro; além da formação de fatores de coagulação (GUYTON & HALL, 2011).

Como a doença é entendida como um processo dinâmico, cada indivíduo deve ser tratado na singularidade do seu quadro e o diagnóstico deve levar em consideração esse movimento contínuo de transformação. Logo, o processo de adoecimento é explicado com base no movimento do *YinYang* e os *Cinco elementos* que possuem correlação com os *Zang Fu*, estações do ano, emoções, sabor, clima, sentido, tecidos e outras características. A avaliação diagnóstica consiste na análise de áreas do corpo como língua, orelha e pulso, pois

Difíceis, que ainda são utilizados hoje em dia para embasar a medicina clássica chinesa (MASSIÈRE, 2011). Neste mesmo período ocorre a disseminação da medicina chinesa por toda Ásia, com mais intensidade no Japão, Coreia e Vietnã, acarretando em adaptação das técnicas da MTC para os novos ambientes. O contato com os europeus aprofundou-se na dinastia Ming (1368-1644) quando a MTC começou a perder espaço para a medicina ocidental trazida à China e ensinada pelos jesuítas e médicos cristãos. Para o missionário médico cristão "não era o número de pacientes curados que importava, mas o número de chineses convertidos" (UNSCHULD, 1985, p.239 apud MORAES, 2007, p. 45), lembrando que neste período a saúde ocidental era baseada nos preceitos da moralidade cristã. Por volta de 1872, grupos de estudantes chineses passaram a ser enviados aos EUA para estudar medicina ocidental já que a profissão tinha adquirido grande prestígio social. Perdendo adeptos ao longo dos anos, a MTC foi proibida em 1929 na China. A partir de 1949, no governo de Mao Tse Tung, a medicina chinesa foi resgatada na saúde pública, iniciando um processo de modernização de acordo com o modelo científico ocidental, esvaziando-se de suas categorias cosmológicas (BARSTED,2003).

No ocidente, a acupuntura começou a ganhar destaque nos anos de 1930 após a tradução de textos chineses pelo francês Soulié de Morant e com a imigração de médicos tradicionais chineses para a Europa, EUA e América Latina, em 1966. (MORAES, 2012). Em 1971, em uma reportagem do jornal *The New York Times* sobre um caso no hospital de Pequim que foi utilizada a acupuntura como técnica de anestesia cirúrgica trouxe novamente destaque à prática no ocidente (MASSIÈRE, 2011). A partir de 1996, o US Food and Drug Administration (FDA) passou a emitir pareceres favoráveis quanto à utilização da acupuntura como tratamento dos seguintes distúrbios: cefaleia, lombalgia, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, síndrome do túnel do carpo, dependência química, reabilitação de acidente vascular encefálico, cólicas menstruais e asma. Em 1999, a OMS preocupada com a garantia da prática segura e eficaz da acupuntura, publica o documento intitulado *Guidelines on basic training and safety in acupuncture*, com o objetivo de fornecer subsídios para os Estados-membros, para que pudessem ter base para uma padronização da formação em acupuntura (OMS, 1999). Já em 2002, a mesma instituição, em um relatório de definição de estratégias para a adoção da MT/CA aos sistemas de saúde de seus Estados-membros, apresenta um mapa onde é possível identificar os países, representados pela cor cinza, que adotaram a prática de acupuntura até o referido momento, com o intuito de apontar para a popularidade da prática por meio da expansão pelo mundo (Figura 8).

Figura 8 - Países onde se verifica a prática da acupuntura



Fonte: OMS, 2002

No Brasil, a acupuntura foi trazida pelos primeiros imigrantes orientais no século XIX, sendo praticada no interior desses núcleos familiares, onde a técnica era transmitida de pai para filho de maneira não sistematizada e, portanto praticamente desconhecida pela maioria dos brasileiros (MORAES, 2007). Por volta de 1950, Frederico Joseph Spaeth, luxemburguês naturalizado brasileiro, fisioterapeuta com formação em acupuntura na Alemanha, dedicou-se à divulgação da acupuntura no país. Em 1958 funda a Sociedade Brasileira de Acupuntura e Medicina Oriental, futura Associação Brasileira de Acupuntura (ABA), primeira entidade de classe que visava à unificação de acupunturistas brasileiros. Nascimento (1997) esclarece que nesse período, essa prática foi considerada 'charlatanismo' pela grande imprensa e pela classe médica, sendo que alguns profissionais médicos chegaram a sofrer censura do conselho profissional de medicina por praticar acupuntura. O Conselho Federal de Medicina chegou a publicar a Resolução CFM nº 467/1972 para esclarecer que acupuntura não era considerada especialidade médica. Em 1974 é publicada uma matéria no jornal *O Estado de São Paulo* onde médicos durante uma entrevista afirmam que "cientificamente falando, os relatos da literatura chinesa, positivamente, não convencem"; "os resultados seriam apenas efeitos psicológicos"; "a acupuntura não apenas é perigosa, mas seu índice de sucesso é baixo"; "(...) a escolha pela mágica só retarda o dia em que o paciente procura assistência médica legítima" (NASCIMENTO, 1997, p.6). Esse posicionamento só se altera em 1995 quando o CFM a reconhece como especialidade médica e inicia uma luta corporativista pelo monopólio da acupuntura no Brasil.

3.1.3 Formação e regulamentação profissional

A primeira escola de acupuntura no Brasil é fundada em 1958 por Frederico Spaeth a qual se destinou a ensinar a terapêutica no país para profissionais de saúde em geral, sendo alguns estudantes com formação em medicina ocidental (MASSIÈRE, 2011). Em busca por legitimação e reconhecimento da prática perante a sociedade, Spaeth inicia um movimento que buscava a oficialização da acupuntura pelo Ministério do Trabalho. Com isso, o ano de 1977 foi uma data importante rumo à institucionalização da acupuntura no país. Segundo Massière (2011), neste ano, a terapêutica foi incluída na lista da CBO pelo Ministério do Trabalho, como profissão de nível técnico, o que incentivou a proliferação de cursos neste nível de formação como a criação da Escola Oriental de Massagem e Acupuntura (EOMA) em São Paulo e o Centro de Estudos de Acupuntura e Terapias Alternativas (Ceata) também em São Paulo, ambos oferecendo curso técnico. Reformulada em 2002 e em 2008, atualmente sob o código 3221-05, a CBO ainda mantém como pré-requisito a formação técnica, impedindo que profissionais de nível superior utilizem tal classificação, sendo necessária a classificação específica para cada profissão de saúde como no caso do fisioterapeuta acupunturista sob o código 2236-50.

Por volta dos anos de 1990, as secretarias estaduais de educação como as de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Santa Catarina, começaram a emitir pareceres e deliberações estabelecendo parâmetros formativos para o ensino técnico em acupuntura. A Secretaria de Estado de Educação e o Conselho Estadual de Educação do Rio de Janeiro, por meio da Deliberação nº 218 /96 estabeleceu o currículo mínimo dos cursos técnicos em acupuntura. A formação tinha um total de 2.000 horas, sendo 1.115 horas de carga horária prática, incluindo estágio supervisionado e prática ambulatorial. Em 2001, por meio da Deliberação CEE nº 270/01 é revogada Deliberação nº 218/96 e são estabelecidas diretrizes curriculares complementares para a educação profissional de nível técnico em acupuntura e outras terapias naturais. Quanto à carga horária, fica definido o mínimo de 1.200 horas teóricas, além do estágio supervisionado. Todavia, em 2014 há a recomendação da extinção do curso técnico em acupuntura pelo Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Básica através da Resolução nº 1/2014. Fato que impulsionou a oferta de cursos profissionalizantes, os chamados cursos livres, por parte das instituições que antes ofereciam os cursos técnicos em acupuntura. Apesar de terem mantido quase a mesma estrutura e carga horária antes oferecida em nível técnico (MASSIÈRE, 2011), os cursos livres, por não

possuem nenhum instrumento de regulação estatal ficam a critério da regulação do mercado, ou seja, sem a necessidade de compromisso social com a prática segura, eficaz e de qualidade.

Os conselhos profissionais iniciam uma onda de reconhecimento e regulamentação da prática profissional em acupuntura através da criação de uma série de resoluções, a partir da década de 1980 e então passaram a se reunir em eventos científicos onde divulgavam pesquisas e discutiam o rumo da regulamentação e fiscalização da profissão (MASSIÈRE, 2011). O primeiro a reconhecer a acupuntura como especialização foi o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional em 1985. O exemplo foi seguido por vários conselhos como pelo Conselho Federal de Biomedicina em 1986, o Conselho Federal de Medicina em 1995, Conselho Federal de Enfermagem em 1997, o Conselho Federal de Farmácia em 2000, o Conselho Federal Fonoaudiologia em 2001 e o Conselho Federal de Psicologia em 2002. Durante esse processo de reconhecimento e profissionalização da acupuntura, é estabelecido, pelo então presidente da república Fernando Henrique Cardoso, que não seriam mais criados conselhos federais profissionais, com o argumento de que seria inviável criar uma autarquia para cada nova profissão que surgisse (CRAERJ, 2019). Desta forma, foi recomendada a criação de um conselho de autorregulamentação, originando em 2000 o Conselho Brasileiro de Acupuntura (CONBRAC) com diversos conselhos regionais vinculados, com o objetivo de orientar, supervisionar e sistematizar o ensino e a prática da acupuntura multiprofissional, bem como aplicar o Exame Nacional de Certificação de Especialista em Acupuntura Tradicional. Todavia, um grupo de médicos que se opuseram à prática multiprofissional fundaram a Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA) onde começaram a pleitear a exclusividade do exercício da acupuntura no Brasil.

A partir desse momento, de acordo com Massière (2011), inicia-se uma série de conflitos judiciais em disputa quanto ao domínio do exercício da acupuntura no país, corporativismo este que dura até os dias atuais. É possível separar dois grandes eixos de discurso: ABA e CONBRAC defendendo a prática multiprofissional, alegando que a formação em medicina não assegura a competência para a acupuntura já que seu ensino nada se assemelha aos fundamentos da MTC, sendo necessária formação específica em acupuntura; SMBA defendendo a prática exclusiva a médicos, argumentando a cerca dos riscos de contaminação das agulhas por problemas com a não esterilização do material, além de lesões em órgão vitais. Todavia, é necessário evidenciar que as demais formações em nível superior na área de saúde, bem como a medicina, compreendem noções em biossegurança, fisiologia e anatomia, onde a formação em acupuntura ocorre por meio de cursos de pós-graduação, enquanto os cursos técnicos de acupuntura, reconhecidos pelas Secretarias de Estado da

Educação também apresentavam uma carga horária extensa contendo disciplinas básicas como anatomia, fisiologia, microbiologia, biossegurança e epidemiologia, além do ensino específico em acupuntura. Cabe destacar ainda que, no mundo, apenas a Arábia Saudita, Áustria e México possuem regulamentação dessa prática restrita a médicos, enquanto mais de 50 países a acupuntura é atividade multiprofissional, como Estados Unidos, França, Nova Zelândia, Inglaterra, entre outros (AQUINO, SILVA E FRANCO, 2010).

Com relação a formação, o curso de pós-graduação teve início em 1992 para atender os recentes instrumentos normativos que estavam sendo criados por parte dos conselhos profissionais. O primeiro curso de especialização foi oferecido em caráter multiprofissional pela Universidade de Mogi das Cruzes, abrindo portas para demais instituições que também passaram a oferecer formação nesta modalidade – algumas delimitando a categoria profissional – como o Instituto de Acupuntura do Rio de Janeiro, Universidade Federal Fluminense, Universidade Federal de Alfenas, Universidade de São Paulo (USP), entre outras instituições de ensino (CRAERJ, 2019). Atualmente, a maior oferta de pós-graduação em acupuntura acontece em instituições privadas de ensino (NASCIMENTO et al. 2018).

A graduação em acupuntura ainda é pouco presente no país. No ano 2000, a Universidade Estácio de Sá no Rio de Janeiro, por meio da Escola Superior de Terapias Naturais, abre a primeira e única turma de graduação com titulação de tecnólogo em acupuntura do país. Graduaram-se apenas 18 acupunturistas. Não foram abertas novas turmas por pressão de representantes da graduação de medicina (MASSIÈRE, 2011). Mais recentemente, a Universidade Santa Úrsula, no Rio de Janeiro, em parceria com a Federação Brasileira das Sociedades de Acupuntura e Práticas Integrativas em Saúde (FEBRASA) e a World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies (WFAS) iniciou a formação em nível de bacharelado em Ciências da Acupuntura, no primeiro semestre de 2019, com pretensão de duração de 4 anos de curso.

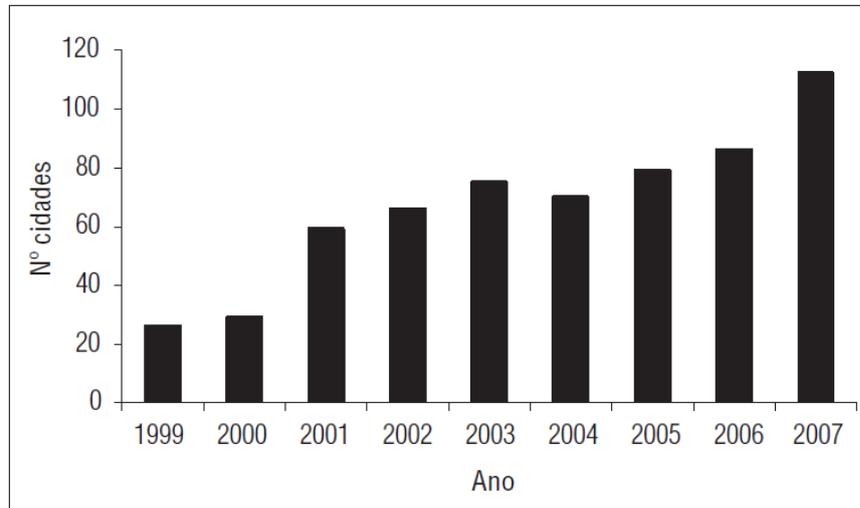
Em relação à residência, em 2002, O Ministério da Educação, através da Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica nº 05/2002, regulamentou a Residência Médica em Acupuntura, passando a ser oferecida pela Faculdade de Medicina da USP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, entre outras instituições. Já a residência em acupuntura de caráter multiprofissional teve sua primeira turma em 2018, oferecida pela Escola Brasileira de Medicina Chinesa (EBRAMEC), tendo como pré-requisito a formação em acupuntura.

Quanto a inserção da acupuntura no cenário público, em 1984 foi anunciado o projeto do INAMPS como uma tentativa de introduzir a prática nos hospitais e normatizar um currículo mínimo para habilitação em acupuntura, em caráter multiprofissional

(NASCIMENTO, 1997). Todavia, devido à disputa corporativista envolvendo a classe médica e os demais profissionais de saúde, o projeto foi suspenso até que houvesse uma legislação reguladora da formação profissional (MASSIÈRE, 2011). Em uma nova tentativa de introduzir a acupuntura na saúde pública, em 1988, por meio da Resolução CIPLAN nº5, foram fixadas normas quanto a prática da acupuntura no serviço público de saúde, demonstrando preocupação do Estado com a integridade dos usuários e segurança dos serviços prestados. No mesmo ano, o *Jornal do Brasil*, anuncia o tratamento gratuito de acupuntura no primeiro ambulatório especializado nesta terapia, instalado pelo Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) na cidade de Porto Alegre (NASCIMENTO, 1997). Porém, o processo de expansão da acupuntura na saúde pública começou a ganhar destaque após a criação do SUS em 1990. Em 1993 é firmado um convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e o Instituto de Acupuntura do Rio de Janeiro (IARJ) através do quais estudantes de acupuntura desta instituição atenderiam pacientes em hospitais municipais como Miguel Couto, Paulino Werneck, Souza Aguiar, Salgado Filho e Lourenço Jorge, além dos Centros Municipais de Saúde de Jacarepaguá e Copacabana. Mas a prática foi introduzida na tabela SIA/SUS em 1999, por meio da Portaria nº 1.230/1999, que estabeleceu a consulta médica em acupuntura sob o código 0701234, passando assim a ter registro desses atendimentos nos sistemas de informação. Com isso, desencadeou a centralização da acupuntura por profissionais médicos dentro do serviço público, enquanto os demais profissionais ficaram restritos ao mercado privado.

Esta situação perpetuou por anos até 2006, quando foi regulamentada a PNPIC, que apontou para a prática multiprofissional da acupuntura por profissionais de saúde desde que tivessem formação adequada em nível de pós-graduação. Reforçando essa abertura aos demais profissionais de saúde, a Portaria nº 853/2006 a incluiu na tabela do SCNES, regulando seu exercício por profissionais médicos e profissionais não médicos. Esta norma foi alterada em 2009 pela Portaria nº 84 e em 2017 pela Portaria nº 633, mantendo o caráter multiprofissional. De 1999 à 2007, o uso da acupuntura teve um aumento progressivo no SUS, conforme demonstra a figura 9, tendo também registro da inserção de outros profissionais de saúde praticantes de acupuntura no serviço público em 2007, conforme figura 10. Segundo Santos et al. (2009) nesse primeiro ano de registro de consultas de outros profissionais de saúde, revelou que 28% das 391.048 consultas realizadas, foram efetuadas por esses profissionais não-médicos. No mesmo ano, 41 das 112 cidades que tiveram registros de consultas em acupuntura no SUS o fizeram por meio de profissionais não-médicos.

Figura 9 - Número de cidades brasileiras que possuem acupunturistas que realizaram e registraram consultas segundo no SIA/SUS, entre os anos de 1999 a 2007



Fonte: SANTOS, et al, 2009

Figura 10 - Número de municípios que possuem assistência apenas de médicos ou outros profissionais ou, então, ambos, no ano de 2007.

| | Médicos | | Outros profissionais | | Outros profissionais + médicos | | Total | |
|---------|---------|----|----------------------|----|--------------------------------|----|-------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Cidades | 94 | 84 | 41 | 36 | 22 | 19 | 112 | 100 |

Fonte: SANTOS, et al, 2009

Ressalta-se que a PNPIC contempla como tecnologias de intervenção na saúde baseada na MTC, a acupuntura com uso de agulhas (código SIA-SUS 03.09.05.002-2), acupuntura com uso de ventosa/moxa (código SIA-SUS 03.09.05.001-4), acupuntura com eletroestimulação (código SIA-SUS 03.09.05.003-0), auriculoterapia (código SIA-SUS 03.09.05.004-9), práticas mentais como meditação (código SIA-SUS 01.01.05.007-0) e práticas corporais baseadas na MTC (código SIA-SUS 01.01.05.001-1) como lian gong, chi gong, tuina, tai chi chuan e outras (BRASIL, 2015; BRASIL, 2018b). A política prevê a prática multiprofissional da MTC no SUS com a necessidade de formação específica em nível de especialização para acupuntura, porém sem determinar a formação necessária para as demais práticas da MTC (BRASIL, 2015). Até o momento, a Portaria nº 1.988/2018 é o instrumento normativo mais recente que determina os profissionais habilitados ao exercício da prática da acupuntura no SUS, sendo eles médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, biomédicos, dentistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, naturólogos e técnico em acupuntura. Para as demais práticas da MTC a portaria cita que qualquer ocupação da área da saúde pode exercê-las.

3.1.4 Pesquisa científica e publicações em bases de dados

Com a profusão da acupuntura no ocidente, a partir da década de 1970, a comunidade científica passou a se empenhar em descobrir os mecanismos fisiológicos da aplicação da acupuntura, surgindo teorias que atribuem sua ação ao estímulo de terminações nervosas responsáveis por gerar impulso elétrico que modula a liberação de neurotransmissores como opioides e outros peptídeos pelo sistema nervoso central resultando em efeito físico (MORAES, 2007). Outro estudo buscou demonstrar a diferença de resistência elétrica da pele detectado por meio de multivoltímetro como maneira de explicar a existência dos pontos de acupuntura (CINTRACT, 1982 apud PALMEIRA, 1990). Com o aumento do interesse pela área, foram criadas revistas científicas dedicadas a reunir estudos em MTC e acupuntura como *American Journal of Acupuncture* criada nos Estados Unidos em 1973, *Journal of Traditional Chinese Medicine* em 1981 e mais recentemente a *Revista Internacional de Acupuntura* criada em 2007 na Espanha. Quanto às revistas científicas brasileiras destinadas apenas à MTC, foi possível identificar apenas uma, a *Revista Brasileira de Medicina Chinesa* criada pela EBRAMEC em 2011. Atualmente, apesar de ainda não existir consenso da biomedicina a respeito da ação fisiológica da acupuntura, é possível reconhecer seus benefícios quanto à manutenção da saúde e tratamento de certas enfermidades.

No Brasil, a produção científica se destaca em nível de mestrado e doutorado, de temas relacionados à acupuntura e à medicina chinesa. Em 1977 foi aprovada a dissertação de mestrado de Marilene Cabral do Nascimento no Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ, denominada '*Da panaceia mística à especialidade médica: a construção do campo da acupuntura no Brasil*'. Pela mesma instituição de ensino, em 2003 o acupunturista Dennis Barsted defende sua tese de doutorado intitulada '*WU JI, o vazio primordial: primeiros contatos com representações da cosmogonia Daoista na Medicina Chinesa*', tendo como orientadora Madel Luz. Em 2007 a acupunturista Claudia Ferreira defendeu sua dissertação de mestrado, denominada '*SHÉN 神, Categoria Estruturante da Racionalidade Médica Chinesa*'. No ano seguinte, ainda pelo IMS da UERJ é aprovada a tese de doutorado do Eduardo Frederico de Souza intitulada '*Nutrindo a vitalidade: questões contemporâneas sobre a racionalidade médica chinesa e seu desenvolvimento histórico cultural*' (CRAERJ, 2019).

Eventos científicos também foram se tornando comuns no Brasil, com o intuito de compartilhar conhecimento e divulgar em espaços sociais as evidências em MTC. O I Congresso Nacional de Acupuntura ocorreu em 1981 em Recife e desde então inúmeros eventos tem sido organizados, como o Encontro Latino-Americano de Sociedades Médicas de

Acupuntura, o Congresso Internacional de Acupuntura e Medicina Oriental, o Congresso dos Fisioterapeutas Acupunturistas, o Congresso Brasileiro de Medicina Oriental e Terapias Integradas, o Congresso Internacional Brasil-Japão de Acupuntura e Eletroacupuntura Científica, entre outros inúmeros eventos.

Em relação à produção científica em acupuntura a nível mundial, uma busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas bases de dados MEDLINE, MOSAICO, LILACS e IBICS utilizando o descritor 'acupuntura', foram encontrados 22.760 artigos indexados. Utilizando o mesmo descritor na base de dados Scielo, que é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, verificou-se 353 publicações. Já no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES que também contempla produções nacionais, verificou-se 545 trabalhos, sendo a maior parte de dissertações de mestrado. Ressalta-se que não foi feita nenhuma análise sobre tais publicações, apenas a autora desta dissertação buscou realizar um levantamento bibliográfico preliminar a fim de verificar um panorama quantitativo da produção científica em acupuntura.

3.1.5 Nível de institucionalização

O nível de aceitação e institucionalização do exercício da acupuntura é condicionado por uma série de fatores sociais. Nesta dissertação entende-se a institucionalização como um conjunto de elementos constituído por formação profissional, legislação específica e existência de organizações que normatizam e orientam o trabalho em saúde.

A existência de uma estrutura acadêmica legitimada facilita o reconhecimento social. A falta de critérios definidos para a ensino da acupuntura no Brasil faz com que exista uma grande diversidade de programas de formação, alguns bem estruturados com ampla carga horária, currículo mínimo e definição de competências e habilidades comuns, enquanto outros não. Atualmente no Brasil, a formação tem sido ofertada majoritariamente em nível de pós-graduação, principalmente após a extinção do curso técnico. É oferecida em menor escala em forma de residência, graduação e cursos livres. As instituições de ensino que oferecem pós-graduação *lato sensu* devem obedecer a certos critérios do MEC quanto ao corpo docente, carga horária mínima de 360 horas e graduação como pré-requisito do aluno. Porém, ressalta-se que essa delimitação quanto a graduação exigida, fica a critério da instituição de ensino. Por isso existem instituições que ofertam pós-graduação especificamente para graduados em medicina enquanto outras ofertam a especialização para graduados em áreas da saúde. Sendo assim, a formação em nível de especialização confere maior reconhecimento e valorização

profissional e acadêmica, quando comparadas a cursos livres por exemplo. O fato de algumas instituições de ensino conceituadas, como universidades federais, também oferecerem pós-graduação na área, indica confiança social e certa estabilidade da prática profissional. O crescente número de instituições de ensino, privadas ou públicas, oferecendo pós-graduação em acupuntura indica o interesse por uma formação acadêmica, que pode ser acompanhada ou não de uma demanda social por esses profissionais.

Segundo Massière (2011), as escolas que ofertavam cursos técnicos podiam ser consideradas como de maior grau de institucionalização, pois precisavam passar por verificações rigorosas das Secretarias Estaduais de Educação (SEE), além da exigência de seguir um currículo mínimo estipulado no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos. Todavia, a recente exclusão do curso técnico em acupuntura, fez com que essas instituições passassem a oferecer cursos livres, favorecendo a desinstitucionalização. Os cursos livres são considerados de menor institucionalização por não obedecerem a nenhum critério legalmente estabelecido e nem oferecerem titulação oficial, apenas certificado. Massière (2011) ressalta que isso não necessariamente implica em qualidade inferior do ensino já que alguns possuem carga horária extensa com professores renomados, embora possamos registrar os riscos envolvidos em tal situação.

Assim, a formação em acupuntura no Brasil foi se desenvolvendo de acordo com diferentes modelos - especialização, curso técnico, graduação, residência e curso livre. A carga horária possui uma ampla variação, com cursos técnicos que ofereciam formação de 1200 horas a 2000 horas, cursos de pós-graduação com 360 horas a 1200 horas e cursos livres de 08 horas a 1200 horas. A duração também varia de poucas horas a 36 meses, com encontros mensais comuns em pós-graduação e encontros semanais comuns em cursos técnicos/livres. A carga horária prática também pode variar, sendo que cursos livres nem sempre oferecem a prática clínica. Essa ampla variação na formação e a ausência de critérios formativos por meio do estabelecimento de um currículo mínimo em acupuntura parece sugerir uma estrutura acadêmica que ainda está em processo de consolidação.

A regulamentação profissional é um fator de influi no nível de institucionalização da prática de acupuntura, tendo em vista que confere certa estabilidade ao trabalho e controle social da prática. Os instrumentos normativos como resoluções por parte dos conselhos profissionais, código na Classificação Brasileira de Ocupações, PNPIC como política pública que institui o exercício da prática multiprofissional de acupuntura no cenário público, além de outros instrumentos normativos que apontam a inclusão desses profissionais no SUS são ferramentas que caminham ao encontro de sua institucionalização, apesar da diversidade de

perfis profissionais no campo da acupuntura. É preciso considerar ainda que tais instrumentos não estabelecem claramente normas e regras de organização, exercício e formação profissional.

As organizações profissionais podem ser classificadas como de caráter corporativo que cuidam do exercício profissional, como sindicatos e conselhos profissionais, e as de caráter científico que se preocupam com a produção de conhecimento, como as associações e sociedades profissionais. De maneira geral, a existência dessas organizações que normatizam e orientam a prática profissional contribuem para o fortalecimento da categoria, como no caso da acupuntura que possui conselho de autorregulação bem como diversas sociedades e associações brasileiras como as citadas anteriormente. Todavia, isso que não tem sido suficiente para conferir homogeneidade ao campo profissional. O conflito envolvendo categorias profissionais quanto ao monopólio do exercício da acupuntura gera instabilidade da prática social.

Outro aspecto a ser apontado, é quanto à crescente presença de profissionais acupunturistas no cenário público como no SUS, sendo um indicativo de reconhecimento social da prática de acupuntura. A existência de concursos públicos específicos para acupunturistas também seria outro indicativo nesse sentido, porém no âmbito desta pesquisa não foi possível encontrar fontes com dados que possibilitassem essa análise.

Quanto ao reconhecimento científico, é uma área ainda em construção que aos poucos vem ganhando evidência, visto pelo quantitativo razoável de pesquisas específicas envolvendo acupuntura e MTC no mundo, assim como a criação de revistas científicas destinadas a reunir estudos contemplando o tema. A presença de produção científica nacional é um indicativo de interesse na área.

3.2 MUSICOTERAPIA

3.2.1 Definição e fundamentos

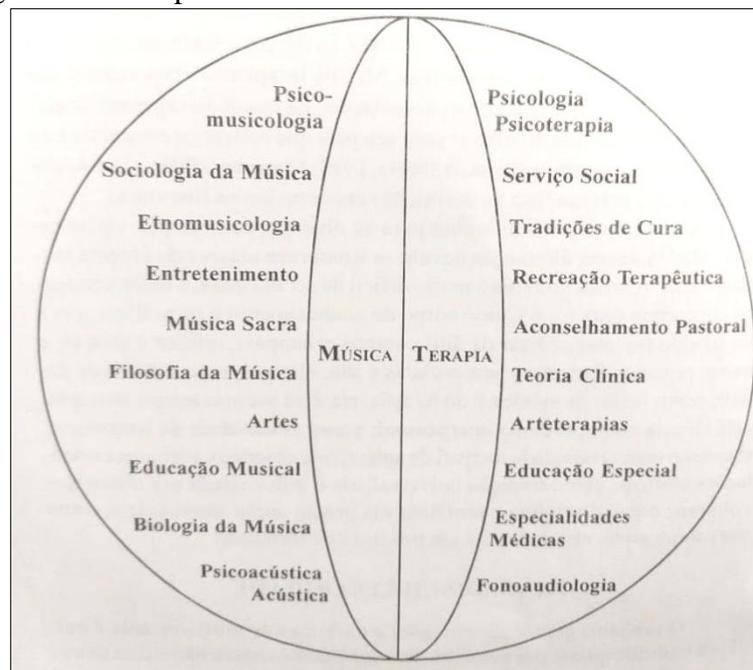
Trata-se de uma prática terapêutica que articula os campos da música e da terapia. Existem diversas definições para essa prática integrativa, como da Federação Mundial de Musicoterapia que a define como:

A Musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, 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 (REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA, 1996, p. 4).

Porém cabe destacar que apesar de amplamente utilizada, esta não é uma definição universal. Bruscia (2000) ressalta que muitos terapeutas e associações de musicoterapia desenvolvem suas próprias definições que melhor refletem suas práticas de trabalho, tendo em vista a natureza híbrida e transdisciplinar da terapêutica. Segundo o mesmo autor, essa transdisciplinaridade é resultado da combinação dinâmica de muitas disciplinas que compõem as áreas da música e da terapia (figura 11), ambos campos que não possuem fronteiras e definições claras. Desta forma o autor afirma que a musicoterapia deve ser concebida ao mesmo tempo como arte, ciência e processo interpessoal; como tratamento que possui uma diversidade de aplicações, objetivos e métodos; e como uma tradição influenciada por diferentes culturas de forma a considerar sua multiplicidade, mas preservando a singularidade da prática.

Figura 11- Disciplinas relacionadas com a música e com a terapia



Fonte: BRUSCIA, 2000

De acordo com Benenzon (1985), a musicoterapia baseia-se em dois princípios, o princípio de ISO e o princípio de objeto intermediário. Segundo o autor, ISO significa igual, podendo ser compreendido como fenômenos sonoros que caracterizam o indivíduo, baseados em suas vivências sonoras. Pelo princípio de ISO, determinado andamento da música teria correspondência com o estado emocional do paciente, como pacientes depressivos que

estabelecem melhor contato com a música de andamento lento, assim como os pacientes em euforia estabelecem contato com a música de andamento rápido. O autor destaca este princípio como elemento tanto teórico como prático da musicoterapia, podendo possibilitar um canal de comunicação entre o terapeuta e o paciente quando se consegue coincidir o tempo mental do paciente com o tempo musical executado pelo profissional. Benenzon distingue diversos tipos de ISO, mas que não cabem maiores explicações nesta dissertação já que aprofundar tal questão escapa ao objetivo deste trabalho. Já o princípio de objeto intermediário é definido como "instrumento de comunicação que permite atuar terapêuticamente sobre o paciente sem desencadear estados de alarme intensos", podendo ser considerados como esses objetos intermediários os instrumentos musicais e os sons que emitem (BENZON, 1995, p.48). Entretanto, Benenzon aponta que a escolha correta do objeto intermediário depende da habilidade do musicoterapeuta em identificar o ISO do paciente, entendido, neste contexto, como significando sua Identidade Sonora.

De acordo com Ruud (1990), a musicoterapia enquanto intervenção terapêutica pode seguir alguma das seguintes abordagens: teoria do modelo médico, teoria psicanalítica, teoria behaviorista e tendência humanista. O autor reconhece a musicoterapia como disciplina própria e cita tais abordagens como possíveis caminhos que têm o potencial de fundamentar a prática da musicoterapia, demonstrando diferentes abordagens presentes neste campo vinculadas a diversas orientações filosóficas. A musicoterapia também pode ser estruturada, segundo Bruscia (2000), em quatro métodos: improvisar, re-criar (executar), compor e escutar. O autor utiliza o termo método para designar uma experiência musical particular utilizada para diagnóstico, tratamento e avaliação em musicoterapia. De acordo com o mesmo, cada experiência musical possui suas próprias características e aplicações terapêuticas.

Como metodologia de trabalho as sessões de musicoterapia são compostas, segundo Benenzon (1985), por duas partes essenciais: a primeira de caráter diagnóstico que consiste em descobrir o ISO do paciente e o objeto intermediário que facilitará a relação terapêutica; e a segunda parte em que o paciente e o terapeuta trabalham ativamente. Cabe citar que o trabalho em musicoterapia pode ser desenvolvido individualmente com o paciente ou em grupo, com fins curativos ou preventivos. Em relação aos campos de atuação é possível citar escolas, clínicas, hospitais, creches, instituições de longa permanência, consultórios, entre outros. Tendo uma diversidade de indicações e públicos-alvo como indivíduos com distúrbios emocionais; com distúrbio psiquiátrico; com deficiência visual, auditiva, motora ou na fala; distúrbios de comportamento; dependentes químicos; indivíduos com dor ou estresse; em

todas as faixas etárias, além de também poder ser utilizada em indivíduos saudáveis para o autoconhecimento (BRUSCIA, 2000).

3.2.2 Aspectos históricos

O uso da música com fins terapêuticos tem origens muito remotas. Segundo Benenzon (1985), entre os povos primitivos, a música e seus elementos sempre estiveram presentes durante o tratamento de doenças das mais diversas etiologias. Todavia, a musicoterapia enquanto prática terapêutica é uma área relativamente nova, que se estruturou por volta da década de 1950 nos EUA, ganhando destaque no pós II Guerra Mundial.

De acordo com Maranto (1993), as primeiras iniciativas do uso da música com fins terapêuticos nos EUA ocorreram a partir do século XVIII com publicações científicas sobre o uso da música no tratamento de doenças, principalmente de ordem mental. No século XIX, uma série de artigos sobre seus efeitos terapêuticos começaram a ser publicados na *Musical Magazine*. Nesse mesmo período na França, a música na saúde passou a ganhar destaque concomitante ao desenvolvimento da psiquiatria moderna por Philippe Pinel. Lecourt (1993) afirma que neste período, estudantes do Conservatório de Música de Paris passaram a ser mandados para centros de saúde para realizar tratamento coletivo com pacientes alienadas por meio da audição de concertos. Sendo assim, podendo ser considerados como os primeiros musicoterapeutas da França, de acordo com a autora. Porém, Lecourt (1993) ressalta que mesmo com o crescente uso da música como terapia na época, tal prática não deixou de ser alvo de críticas do meio científico, que a classificava como de fundamentação mística com fracas bases científicas.

Durante a I Guerra Mundial a música foi utilizada nos hospitais dos EUA por músicos profissionais em vítimas da guerra (BENZON, 1985). Mas só após a II Guerra Mundial que a música se estrutura como terapia nos EUA, sendo empregada na reabilitação e recuperação de ex-combatentes de guerra e em hospitais psiquiátricos (MARANTO, 1993). A partir de então, a musicoterapia passou a ser desenvolvida em vários países pelo mundo, tendo diversas aplicações. Cabe destacar que, em cada país há a influência e participação de indivíduos de renome na área, em geral músicos profissionais e/ou educadores musicais, que foram cruciais para o desenvolvimento e estruturação da musicoterapia como profissão e prática terapêutica em seus países.

Durante a década de 80 cresce o movimento da musicoterapia na América Latina tendo como importante nome Rolando Benenzon, médico, psiquiatra, psicanalista e

musicoterapeuta argentino. Colaborou com a fundação de diversas associações profissionais de musicoterapia no Brasil, Peru, Venezuela, Argentina, México, Equador, Colômbia e Porto Rico (BENZON, 1985).

No Brasil, a musicoterapia começou a se estruturar nos estados do Rio Grande do Sul, Paraná e Rio de Janeiro (BARCELLOS & SANTOS, 1993). Nos anos de 1950 no Rio de Janeiro, estudantes de educação musical começaram a fazer estágio em instituições de educação especial, reabilitação e saúde mental, o que segundo os autores, iniciou uma demanda por tais profissionais dentro de instituições psiquiátricas. Enquanto isso no mesmo período, o Instituto Philippe Pinel no Rio de Janeiro, também desenvolvia um programa de musicoterapia para seus residentes, organizado por Jacques Nirenburg, médico psiquiatra e músico. Em 1952 no Paraná, Clotilde Espinola Leinig inicia seu estudo sobre o uso terapêutico da música, fazendo contato com instituições que naquele momento já faziam uso da musicoterapia de forma sistemática. Posteriormente, a mesma foi responsável por desenvolver o primeiro curso de formação no país, em formato de pós-graduação. Já no Rio Grande do Sul, a musicoterapia teve início nos anos de 1960, em um hospital psiquiátrico pelo incentivo da musicista Di Pâncaro e em escolas para deficientes. Contudo, cabe ainda destacar alguns importantes nomes considerados pioneiros da musicoterapia no país como Cecília Conde, Gabriele Souza e Silva e Doris Hoyer de Carvalho que foram fundadoras do primeiro curso de graduação em musicoterapia no Brasil, Lia Rejane Barcellos ex-membro da Federação Mundial de Musicoterapia, além de muitos outros importantes colaboradores para o desenvolvimento da profissão no país (SMITH, 2007).

Quanto ao posicionamento de importantes instituições de saúde sobre a musicoterapia, em 2018 nos EUA a *National Institutes of Health* (NIH) em parceria com o *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH), reuniu um grupo de especialistas como neurocientistas e musicoterapeutas, para discutir os efeitos da música no cérebro e suas implicações para a saúde humana, demonstrando interesse em desenvolver e financiar pesquisas sobre a relação da música e a saúde. (CHEEVER, et al, 2018). No Brasil, em 2017 o Ministério da Saúde incluiu a musicoterapia no SUS através da PNPIC pela Portaria nº 849/2017.

3.2.3 Formação e regulamentação profissional

No início do desenvolvimento da musicoterapia, os primeiros terapeutas eram músicos profissionais e educadores musicais. Com a expansão do campo, foi considerado necessário

formar profissionais específicos em musicoterapia. Nos EUA, o primeiro curso específico em musicoterapia, em nível universitário, foi criado em 1944 na Michigan State University, seguido da University of Kansas, Chicago Music College, College of the Pacific e Alverno College (MARANTO, 1993) Em 1950 em Nova York, é criada a primeira associação profissional, a The National Association for Music Therapy, com o objetivo de promover o uso progressivo da música na medicina e fomentar a formação de profissionais qualificados de nível superior em musicoterapia, em parceria com escolas médicas e instituições hospitalares.

No Brasil, o primeiro curso de formação em musicoterapia começou em 1970, em nível de especialização, na Faculdade de Educação Musical do Paraná, hoje chamada de Faculdade de Artes do Paraná (SMITH, 2007). Com duração de dois anos, carga horária de 1500 horas teóricas e 360 horas práticas, esta formação em nível de especialização até 1980, era oferecida apenas para graduados em educação musical (BARCELLOS & SANTOS, 1993). Em 1972, no Rio de Janeiro, é criado o primeiro curso de graduação em musicoterapia no país, oferecido pelo Conservatório Brasileiro de Música – uma instituição privada – com duração de quatro anos e carga horária em torno de 3.000 horas, sendo 540 horas destas correspondendo a estágio. Em 1978 a graduação é reconhecida legalmente pelo MEC e desde então muitos outros cursos de formação foram criados nessas duas modalidades como a graduação e pós-graduação na Universidade de Ribeirão Preto; pós-graduação na Universidade Federal do Espírito Santo; graduação e pós-graduação no Centro Universitário do Conservatório Brasileiro de Música no Rio de Janeiro; pós-graduação na Universidade Federal do Piauí; graduação na Universidade Federal de Minas Gerais; entre outras (SMITH, 2007). Segundo Smith (2007), em 2007 havia em torno de 3.000 musicoterapeutas formados em nível de graduação. Quanto ao número de profissionais formados em nível de especialização, não se tem dados exatos.

À medida que a musicoterapia foi se expandindo no Brasil, associações profissionais foram sendo criadas como em 1968 a Associação Brasileira de Musicoterapia, atual Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro (AMT-RJ); no mesmo ano foi criada a Associação de Musicoterapia do Rio Grande do Sul; em 1971 Associação de Musicoterapia do Paraná; 1978 Associação de Musicoterapia de Minas Gerais; 1989 Associação de Musicoterapia de Santa Catarina; 1990 Associação de Musicoterapia de Goiás; entre outras (BARCELLOS & SANTOS, 1993). Com o objetivo de congregar as várias associações de musicoterapia, em 1995 é fundada a União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM). Segundo Smith (2007), atualmente a UBAM congrega 11

associações, tendo como principal objetivo zelar pelos interesses profissionais bem como priorizar o desenvolvimento científico da profissão.

Em relação à regulamentação da profissão, a musicoterapia apesar ainda não possuir lei do exercício profissional, é considerada uma ocupação pela CBO, sob o código 2263-05, incluída no grupo de profissionais das terapias criativas, equoterápicas e naturológicas. Destaca-se que na CBO, para o exercício da ocupação de musicoterapeuta, é exigida graduação ou especialização na área.

Quanto à inserção da musicoterapia no cenário público, é possível citar em 1983 a criação do serviço de musicoterapia no Hospital Central do Exército, em 1985 a Aeronáutica inicia serviço de musicoterapia na Casa Gerontológica, em 2002 musicoterapeutas são chamados para atuarem na saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e em 2005 a terapêutica é inserida na Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha (BARCELLOS, 2008). Segundo a mesma autora, criaram-se concursos públicos para a contratação de musicoterapeutas em âmbito federal, estadual e municipal.

Em 2011, a categoria profissional é incluída à equipe de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), pela Resolução CNAS nº 17/2011, frisando a formação em nível de graduação. Já em 2017, a terapêutica é incluída no SUS através da PNPIC pela Portaria nº 849/2017. Essa aparente ampliação do campo profissional na saúde pública, a coloca em situação delicada no momento em que não delimita qual formação é necessária para o exercício da musicoterapia no SUS, abrindo possibilidade para a prática da musicoterapia por uma gama grande de profissionais, com base na Portaria nº 1988/2018. Este instrumento normativo habilita, tanto profissionais de nível superior como médico, dentista, enfermeiro, psicólogo e naturólogo, como também de nível técnico como técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, técnico em acupuntura, técnico em quiropraxia, massoterapeuta, entre outros. Assim, o uso da música no campo da saúde não tem sido somente uma prática de musicoterapeutas, mas outros profissionais tem utilizado a música e/ou seus elementos como recurso complementar à sua prática profissional.

3.2.4 Pesquisa científica e publicações em bases de dados

Antes da musicoterapia se estruturar enquanto prática profissional, pesquisas já eram desenvolvidas com o intuito de descobrir os efeitos da música sobre a saúde humana. A literatura sugere que a música pode ter um papel na regulação de níveis pressóricos; na redução do estresse; potencial no desenvolvimento das faculdades intelectuais/

emocionais/motoras; redução da dor crônica; reabilitação; contribuição na melhora da função cognitiva; entre outros benefícios para a saúde (NOBRE et al, 2012; OSELAME & CARVALHO, 2013). Todavia, a pesquisa envolvendo a musicoterapia não se resume apenas a descobrir seus efeitos fisiológicos, mas outros temas podem ser foco de pesquisa, como sugere Bruscia (2000): prática profissional; aspectos culturais da musicoterapia; história organizacional, legislação e relações públicas; padrões de prática clínica; formação e métodos de ensino, perfil e identidade profissional; entre outros temas. Assim como salienta Oselame e Carvalho (2013), a musicoterapia é uma área diversificada e a pesquisa só reflete a sua diversidade.

Em relação às revistas científicas dedicadas a reunir estudo em musicoterapia no cenário internacional é possível citar o *Jornal of Music Therapy* criada nos EUA em 1964 e *Music Therapy Perspectives* criado em 1984, apesar de haver inúmeras revistas dedicadas à área (MARANTO, 1993). No cenário nacional, atualmente existem apenas duas revistas, a Revista Brasileira de Musicoterapia criada em 1995 pela UBAM com primeiro número publicado em 1996 e a Revista InCantare criada em 2010 pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia da Faculdade de Artes do Paraná.

Em um levantamento sobre a pesquisa em musicoterapia no cenário brasileiro, Oselame e Carvalho (2013) apontam que em 2003 no Brasil havia três musicoterapeutas mestres em musicoterapia e três doutores, sendo dois em musicoterapia, com base em dados da UBAM. Já em 2009, dados apresentados no XIX Congresso da Associação Nacional de Pesquisa e Pós Graduação em Música indicaram 30 doutores e doutorandos que até o momento tinham vinculado suas pesquisas ao tema de musicoterapia e cerca de 30 mestres e mestrandos. Tal levantamento também demonstrou a migração de pesquisas de viés quantitativo para o qualitativo. De acordo com Barcellos (2008), o número pequeno de doutores e mestres em musicoterapia pode ser explicado pela dificuldade em cumprir com as exigências do Ministério de Educação para a organização desses cursos, levando os musicoterapeutas a se dirigirem às mais diversas áreas para continuarem seus estudos. Todavia, como aspecto positivo, a autora aponta a inclusão dos musicoterapeutas em outros territórios como potencial para contribuir com a interdisciplinaridade, além de reduzir os estranhamentos e divulgar a área.

Quanto à produção científica que se destaca no cenário nacional, de acordo com Smith (2007), é possível citar a tese de doutorado de Marco Antonio Carvalho Santos na Universidade Federal Fluminense intitulada "Música, educação e democracia"; a pesquisa do musicoterapeuta André Brandalise Mattos intitulada "Sistematização e desenvolvimento da

musicoterapia centrada na música como novo modelo"; pesquisa da musicoterapeuta e educadora musical Lia Rejane Barcellos "A importância da análise do tecido musical para a musicoterapia"; a tese de doutorado de Marly Chagas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro intitulada "Processos de subjetivação em música e na clínica em musicoterapia"; a pesquisa de Juliana Leonardi pelo Projeto HIV-AIDS vinculado à Universidade de Ribeirão Preto "Dança dos pequenos maestros"; entre outras. No entanto, Smith (2007) ressalta que existe uma lista imensa de trabalhos científicos em musicoterapia no Brasil, publicados e não publicados, não menos relevantes do que os citados.

Eventos científicos têm se realizado sistematicamente tanto em nível estadual como em nível nacional e internacional. De âmbito nacional, cabe registrar o Simpósio Brasileiro de Musicoterapia que já se encontra na sua XVI edição, assim como o Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, este mais recente. Em 1990 o Congresso Mundial de Musicoterapia aconteceu no Rio de Janeiro, na UERJ (BARCELLOS & SANTOS, 1993).

Em relação à produção científica em musicoterapia a nível mundial, uma busca na Biblioteca Virtual de Saúde(BVS) nas as bases de dados MEDLINE, MOSAICO, LILACS e IBECs utilizando o descritor "musicoterapia", foram encontrados 3.761 artigos indexados. Utilizando o mesmo descritor na base de dados Scielo, que é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, verificou-se 92 publicações. Já no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, que também contempla produções nacionais, verificou-se 174 trabalhos, sendo a maior parte de dissertações de mestrado. Ressalta-se que, assim como em relação à produção científica em acupuntura, também não foi feita nenhuma análise sobre as publicações em musicoterapia, apenas a autora desta dissertação buscou realizar um levantamento bibliográfico preliminar a fim de verificar um panorama quantitativo da produção científica do campo.

3.2.5 Nível de institucionalização

Cabe lembrar que nesta dissertação utiliza-se o termo institucionalização como um conjunto de elementos constituído por formação profissional, legislação específica e existência de organizações que normatizam e orientam o trabalho, por entender que tais elementos podem indicar reconhecimento e aceitação social da prática de musicoterapia.

A formação profissional em musicoterapia no Brasil tem sido ofertada majoritariamente em nível de pós-graduação e em menor escala em nível de graduação, demonstrando uma estrutura acadêmica relativamente estável se comparada às outras PICS.

Apesar da formação em nível de especialização indicar certo reconhecimento social por obedecer a critérios do MEC em relação à carga horária e corpo docente, quando comparada à graduação, considera-se de menor institucionalização. De acordo com Santos (2018), para organizar um curso de especialização é necessário menor investimento e estrutura educacional do que um curso de graduação, tornando-as mais interessantes economicamente, gerando um mercado promissor para instituições particulares de ensino. O autor ressalta que a ausência de um órgão da categoria que possa realizar algum tipo de fiscalização dos cursos, contribui para a proliferação da formação em pós-graduações, sobre os quais se tem poucos dados em termos de qualidade e consistência. Contudo, o fato de instituições de ensino conceituadas, como universidades federais, oferecerem a formação em musicoterapia indica confiança social e aponta para maior estabilidade da prática profissional, tendo em vista que a existência de uma estrutura acadêmica legitimada pode facilitar o reconhecimento social da prática profissional.

Entretanto, ressalta-se que na formação em nível de pós-graduação fica a critério da instituição de ensino delimitar quanto à graduação exigida como pré-requisito para cursar a especialização. No caso da musicoterapia, em geral são graduados em música, área de saúde e área de educação, apesar de serem aceitos graduados de qualquer área desde que aprovados no processo seletivo. Assim sendo, no momento atual, a categoria é formada por diferentes profissionais: graduados em musicoterapia; pós-graduados em musicoterapia, sendo estes de diversas áreas, além de práticos sem formação acadêmica mesmo que em menor quantitativo.

A regulamentação profissional é um dos fatores de contribui para a institucionalização da musicoterapia, tendo em vista o potencial de conferir estabilidade ao trabalho e controle social da prática. Os instrumentos normativos como o código na Classificação Brasileira de Ocupações e a PNPIC como política que institui a musicoterapia no cenário de saúde pública, são ferramentas que caminham ao encontro de sua institucionalização, apesar da PNPIC não estabelecer claramente normas e regras de organização, exercício e formação profissional da área. Todavia, ainda que a CBO seja um importante instrumento normativo, não regulamenta uma profissão, apenas indica uma ocupação que pode ser exercida por determinadas profissões. Desta forma, ainda se faz necessária a busca por uma regulamentação profissional no campo da musicoterapia. Para Godoy (2014), a necessidade de regulamentação da área é uma questão de identidade profissional em busca de reconhecimento social, além de poder assegurar o uso da música com fins terapêuticos de maneira segura na saúde pública, prevenindo seu uso indiscriminado com efeitos iatrogênicos.

Quanto às organizações profissionais de caráter científico como as associações e sociedades profissionais, que se preocupam com a produção de conhecimento, a

musicoterapia conta com a UBAM como instituição representante dos musicoterapeutas do Brasil e das associações estaduais de musicoterapia. De maneira geral, ter uma organização profissional no campo da musicoterapia como a UBAM contribui para o fortalecimento da categoria, uma vez que a mesma representa e defende os interesses a nível nacional e internacional da musicoterapia brasileira, além de promover o desenvolvimento, pesquisa e divulgação da categoria. Já em relação às organizações de caráter corporativo que cuidam especificamente do exercício profissional, como sindicatos e conselhos profissionais, não foram encontrados dados a respeito da existência de um conselho de autorregulação ou mesmo um sindicato que represente a categoria, assim como ocorre em outras PICS citadas nesta dissertação. Entretanto, a UBAM também atua em caráter corporativo, assim como definido no escopo de seu estatuto, no artigo 3º, defendendo e representando os interesses profissionais e sociais dos musicoterapeutas (UNIÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA, 2020).

Outro aspecto a ser apontado, é quanto a presença de profissionais musicoterapeutas no cenário público como no SUS, Marinha, Exército e Aeronauta, sendo um indicativo de reconhecimento social da prática de musicoterapia, por meio da necessidade reconhecida por setores expressivos da sociedade. A existência de concursos públicos em âmbito federal, estadual e municipal também é outro indicativo nesse sentido, porém no âmbito desta pesquisa não foi possível encontrar dados que possibilitassem uma análise em nível nacional.

Quanto ao reconhecimento científico, é uma área ainda em construção que aos poucos vem ganhando evidência, visto pelo quantitativo razoável de pesquisas específicas envolvendo a musicoterapia no mundo, assim como a criação de revistas científicas destinadas a reunir estudos contemplando o tema. É preciso ressaltar que a criação da Revista Brasileira de Musicoterapia pode ser considerada como elemento significativo no processo de desenvolvimento e consolidação da categoria profissional.

3.3 REIKI

3.3.1 Definição e fundamentos

O reiki é uma prática terapêutica que utiliza a imposição de mãos ou o toque suave como forma de canalizar e equilibrar o *Ki*, entendido como energia vital (MEDEIROS, 2018). De acordo com a Associação Brasileira de Reiki (2017), a sílaba *Rei* em japonês significa energia universal ou essência cósmica e *Ki* se refere à energia vital individual. Logo, trata-se

de uma terapia energética. Assim como já exposto nesta dissertação, outras PICS também são baseadas na existência de uma forma sutil de energia responsável pela manutenção da vida, como na MTC com o *Qi*, na racionalidade auyurvédica com o *prahna* ou na homeopatia com o princípio vital. De forma geral acredita-se que essa energia flui pelos seres vivos e que seu desequilíbrio seria o responsável pelo aparecimento de problemas de ordem espiritual, mental ou físico.

A prática é baseada em cinco princípios, que devem ser vivenciados diariamente a ponto de se tornarem hábitos de vida, os quais são: só por hoje sou calmo; só por hoje sou grato; só por hoje confio; só por hoje trabalho honestamente; só por hoje sou bondoso (MEDEIROS, 2018). Tais princípios devem orientar a conduta dos praticantes de reiki, pois se acredita que a contínua transformação do indivíduo possibilita o crescimento pessoal por meio do autoconhecimento, para então constituir o "verdadeiro caminho para cura" (BABENKO, 2003, p. 48). A autora ressalta que os ensinamentos do reiki visam tanto o auto tratamento quanto o tratamento do outro, sendo necessário para ser um praticante do método, viver uma vida equilibrada. Desta forma é possível perceber que a prática do reiki também possui um viés de autocuidado.

A energia universal manipulada pelo praticante de reiki é canalizada para o outro indivíduo através de pontos específicos do corpo chamados de *chakras* (Figura 11). De acordo com Vieira (2017), é possível perceber traços da MTC e da racionalidade ayurvédica no método do reiki, pois na época de sua fundação no Japão eram frequentes os intercâmbios culturais de grupos de orientação confucionistas, xintoístas e budistas em toda Àsia, principalmente à Índia e China. Apesar disto, o autor ressalta que o reiki é uma prática terapêutica separada das referidas racionalidades médicas. Frequentemente, no ocidente, os *chakras* são associados ao sistema linfático e endócrino que supostamente possuem ligações energéticas com o restante do corpo, podendo desta maneira produzir hormônios capazes de afetar o corpo físico, etéreo e emocional (MEDEIROS, 2018).

As sessões desta prática terapêutica tem duração média de uma hora, na qual as palmas das mãos do reikiano são posicionadas e voltadas para baixo com os dedos unidos e estendidos sobre a área do corpo do paciente que irá receber as aplicações de energia. Babenko (2003) chama a atenção para as possíveis sensações que o paciente pode referir durante a aplicação do reiki como calor, frio, vibração ou dormência. A frequência das sessões varia de acordo com a gravidade do caso como em situações de dor de cabeça que requerem uma sessão, enquanto quadros depressivos podem precisar de quatro ou mais sessões.

Figura 12 - Localização dos *chakras*



Fonte: BABENKO, 2004.

3.3.2 Aspectos históricos

O reiki tem origem no Japão por volta do século XIX (VIEIRA, 2017). Não é possível definir uma origem detalhada pela não existência de registros oficiais. Porém sabe-se que seu fundador Mikao Usui, monge budista e estudioso das religiões, durante uma busca por autoconhecimento, sobe ao monte Koriyama onde jejua e medita por 21 dias, quando sente a energia reiki no topo de sua cabeça (VIEIRA, 2017). Logo desenvolve o método energético, inicia a aplicação em si e posteriormente em membros de sua família. Seu primeiro aluno formado em reiki foi Chujiro Hayashi em 1925. Este por sua vez, treina Hawayo Takata, que morava nos EUA e apenas visita o Japão neste período, como reikiana durante o período compreendido de 1936 à 1938, tornando-a a única mestre em reiki mulher e a única deste nível de formação fora do Japão até o referido momento (MEDEIROS, 2018).

No ocidente, quando o reiki chega aos EUA a história de Mikao Usui é recriada com o intuito de melhorar a aceitação do método na nova cultura (BABENKO, 2003). A história é recontada, mas desta vez com forte aspecto cristão, citando Usui como padre católico formado em teologia na Universidade de Chicago. Entretanto, a referida autora ressalta que não existem evidências que comprovem a passagem ou a permanência de Mikao Usui nos Estados Unidos. Babenko (2003) ressalta que após a II Guerra Mundial, o método do reiki praticamente desaparece no Japão, onde Takata se torna peça fundamental na disseminação da prática pelo mundo, ministrando cursos nos EUA, Canadá e Europa. De maneira geral, é possível identificar que a prática sofreu diversas modificações com a chegada ao ocidente, principalmente nos EUA. Várias ramificações começaram a surgir como *Angelic Reiki*, *Golden Age Reiki*, *Johrei Reiki*, *Radiance Technique*, *Reiki Usui Tibetano*, entre outras. Sendo

todas essas linhas, derivações do ensinamento de Takata e o *Reiki Tradicional de Usui* considerado a linha mais próxima da tradição original.

No Brasil, o reiki se expandiu consideravelmente a partir de 1983, ano em que foi fundada a Associação Brasileira de Reiki (AB-Reiki), com sede no Rio de Janeiro, primeira entidade representativa de praticantes desta terapêutica no país, com o objetivo de estabelecer padrão de treinamento e código de conduta ética a seus filiados. Fundada e atualmente presidida pela psicóloga, pedagoga e reikiana Claudete França. Desde sua fundação até os dias atuais, a instituição oferece cursos, palestras e atendimentos em diversos estados brasileiros. Já o Instituto Brasileiro de Pesquisas e Difusão do Reiki foi fundado no Rio de Janeiro por Jonny De'Carli, ex-aluno de Claudete França, em 1966. Juntas, as duas instituições são consideradas precursoras da prática do reiki no Brasil.

Atualmente, o reiki é reconhecido nos Estados Unidos pelo NCCIH, classificado como uma terapia energética relativamente segura, mas que ainda carece de pesquisas científicas de qualidade que comprovem ou apontem para os possíveis mecanismos e benefícios da técnica (NCCIH, 2006). Uma pesquisa de 2007 do NCCIH, demonstrou que 0,5% dos adultos norte-americanos já fizeram uso do reiki em alguma etapa de suas vidas (VANDERVAART et al; 2009). O método também tem sido utilizado terapeuticamente em diversos países, sendo considerado uma das práticas complementares de saúde mais populares na Austrália (MCMANUS, 2017). No Brasil, o reiki foi incluído oficialmente do SUS em 2017, através da Portaria nº 849/17 como prática integrativa e complementar de saúde. Porém, uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2004 já aponta para a presença da terapêutica nos serviços de saúde pública, indicando o reiki como a segunda prática complementar mais presente nos municípios e estados brasileiros no referido ano, ficando atrás apenas do lian-gong (figura 2).

3.3.3 Formação e regulamentação profissional

De acordo com Babenko (2003), o primeiro centro de ensino e tratamento de reiki foi fundado em 1922 no Japão pelo próprio Usui. Em 1926, o mesmo funda a *Usui Shiki Reiki Ryoho*, instituição japonesa responsável por transmitir os ensinamentos de reiki no país até os dias atuais. No Brasil, a AB-Reiki, fundada em 1983 e o Instituto Brasileiro de Pesquisas e Difusão do Reiki, fundado 1966, foram as instituições precursoras do ensino dessa técnica no Brasil.

A formação em reiki, em geral, é estruturada em três níveis, sendo o último equivalendo ao mestrado em reiki. Todavia, destaca-se que essa formação não possui uma estrutura acadêmica oficialmente reconhecida, sendo seus ensinamentos passados de um mestre os seus discípulos. Logo, neste caso, não se refere ao mestrado em nível acadêmico de pós-graduação *stricto sensu*, mas a um indivíduo com exímio conhecimento no assunto, que passou por todos os níveis de treinamento em reiki e que, portanto possui 'habilitação' para o ensino do método. Desta forma, a formação obrigatoriamente deve ser conduzida por um mestre reikiano (MILES & TRUE, 2003).

Medeiros (2018) ressalta que cada nível da formação corresponde a evolução do terapeuta no que se refere à ampliação de sua consciência como agente de cura. Por se tratar de um curso livre, não existem pré-requisitos para a formação, seja de profissão, religião, gênero ou idade. No primeiro nível o praticante aprende a ativar a energia vital do reiki em si mesmo e nos outros, ou seja, após essa primeira formação o reikiano já pode praticar o reiki como técnica terapêutica em outros indivíduos. Miles e True (2003) citam que neste nível, após a teoria é necessário praticar no mínimo três meses antes de prosseguir para o segundo grau de treinamento. No segundo nível há canalização de energia à distância. As autoras ressaltam que os treinamentos de primeiro e segundo graus exigem de oito a 12 horas de aula cada e geralmente são ministrados em grupos, embora possam ser organizadas aulas particulares. Já o terceiro nível corresponde ao mestrado em reiki, com duração de pelo menos um ano, o qual habilita o praticante a conduzir a formação de outros indivíduos. Miles e True (2003) ressaltam que o autotratamento é considerado prática fundamental para todos os níveis, demonstrando uma vida comprometida com o método. Ressaltam também que é prudente praticar a técnica por certo tempo antes de prosseguir para o nível de mestrado, de três a 10 anos, tempo que segundo as autoras fornece uma base razoável para o ensino.

Segundo Medeiros (2018), originalmente o processo de formação de um reikiano durava a vida inteira, podendo levar anos para que o indivíduo pudesse passar de um nível para o outro. Com a ocidentalização da prática a formação foi ficando mais curta, sendo atualmente oferecida em maior escala em cursos livres, de presenciais à cursos totalmente online. A duração de cada nível costuma variar em torno de dois dias, com carga horária de 8 horas a 16 horas. A Extensão Universitária em Terapia Reiki é uma modalidade mais recente de formação, sendo oferecida por instituições de ensino superior credenciadas pelo MEC como Faculdades Integradas Hélio Alonso (FACHA), Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Estadual Paulista (UNESP) entre outras. A carga

horária também varia de 10 horas a 60 horas, sendo alguns cursos de caráter totalmente informativos e outros também com carga horária prática.

Quanto à regulamentação da prática profissional, alguns conselhos profissionais reconhecem o reiki como prática complementar ao seu exercício profissional como o da enfermagem por meio da Resolução COFEN nº 581/2018 e a fisioterapia com a Resolução COFFITO nº 491/2017. Já o conselho profissional de medicina não reconhece o reiki como prática terapêutica, proibindo seu uso pelo profissional médico através da Resolução CFM nº 1.499/98. Concomitante a esse movimento de reconhecimento do reiki por parte de alguns conselhos profissionais, os terapeutas autônomos que não necessariamente possuem formação em alguma profissão de saúde, tem buscado legitimação por meio de auto-regulamentação profissional. Em 1993 os terapeutas holísticos, entre eles alguns reikianos, criam o Sindicato de Terapeutas Holísticos (SINTE) com o intuito de representar legalmente os terapeutas holísticos autônomos na defesa de interesses coletivos. Segundo Babenko (2003), o SINTE, preocupado com a fiscalização da prática dos terapeutas adotou o 'Certificado de Conformidade Técnica' como maneira de assegurar o cumprimento de normas técnicas instituídas pelo próprio sindicato. Em 1997 é criado o Conselho de Auto Regulamentação da Terapia Holística (CRT) com credenciamento profissional espontâneo, já que não existe legislação que afira tal obrigatoriedade, tendo em vista que são profissões fracamente reguladas. Entretanto, a ocupação pode ser exercida legalmente sendo enquadrada na CBO sob o código 3322125 como 'terapeuta holístico' e com o código 8690-9/01 no Cadastro Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) como 'Atividades de práticas integrativas e complementares em saúde humana', contendo na descrição o serviço de reiki.

Em relação à inserção do reiki na saúde pública, foi oficialmente incluído por meio da Portaria nº 849/2017 como uma das terapêuticas da PNPIC. O documento contempla apenas a definição de reiki, sem estabelecer diretrizes quanto à prática profissional. No ano seguinte, Portaria nº 702/2018 inclui novas PICS à política pública, sendo uma delas a 'imposição de mãos', novamente com as mesmas problemáticas apontadas no documento anterior. Somente por meio da Portaria nº 1.988/2018, que altera a Tabela de Procedimentos Medicamentos Órteses Próteses e Materiais Especiais do SUS, é definida a exclusão do código referente à sessão de reiki, substituindo-o como sessão de imposição de mão sob o código 03.09.05.016-2, esta contemplando técnicas como reiki, toque terapêutico, johrei terapêutico e outras. Desta forma, indicando a substituição do termo *reiki* pelo termo *imposição de mãos*, que é mais abrangente.

Todavia, sabe-se que mesmo antes de sua inclusão no SUS por meio da PNPIC, já haviam estados e municípios que ofertavam a terapêutica no cenário público (figura 2). Mais recentemente, em um relatório do Ministério da Saúde de monitoramento da inserção das PICS nos sistemas de informação da Atenção Básica e Alta/Média Complexidade, demonstrou que foram realizadas 2.862 sessões de reiki no país na Atenção Básica e 930 na Alta e Média Complexidade, referente apenas ao 1º semestre de 2017 (BRASIL, 2018a). O relatório demonstrou predominância dos registros na região sudeste, não havendo sessões registradas na região norte. Apesar do reiki estar mais presente na Atenção Básica, Vieira (2017) afirma que o uso do método tem aumentado paulatinamente na atenção secundária e terciária, como no Hospital Conceição em Porto Alegre, no Hospital Santa Izabel na Bahia, no Hospital de Base do Distrito Federal, Hospital Distrital Gonzaga em Fortaleza, entre outros locais.

3.3.4 Pesquisa científica e publicações em bases de dados

Com o reconhecimento do reiki por instituições de renome como o NCCIH nos Estados Unidos, a comunidade científica passou a desenvolver pesquisas com o intuito de descobrir os mecanismos fisiológicos do método, bem como seu efeito na saúde. Segundo Vieira (2017), o reiki possui efeito benéfico no auxílio aos transtornos psicológicos em geral como estresse, ansiedade, depressão, na produção de bem-estar, manutenção de sentimentos positivos, na qualidade do sono, no alívio da dor e no controle da pressão arterial. Um determinado estudo verificou o aumento de glóbulos brancos em camundongos submetidos ao reiki, comparado a um grupo controle que não recebeu o tratamento (OLIVEIRA, 2003). Outra pesquisa demonstrou aumento da sobrevivência de camundongos com granuloma induzido que foram tratados com reiki (GARÉ, 2008). Em um estudo de revisão de literatura, foram identificadas 13 pesquisas sobre reiki que utilizaram grupo controle com placebo. A pesquisa demonstrou que oito destas concluíram que a terapia reiki foi mais benéfica que o placebo, quatro estudos não obtiveram diferença entre os grupos e um estudo verificou que o reiki não foi melhor do que o placebo (MCMANUS, 2017). Porém, apesar de ser reconhecido e praticado em diversos países do ocidente, esse método de imposição de mãos ainda enfrenta fortes críticas da biomedicina devido às dificuldades metodológicas de comprovar os efeitos físicos no organismo humano. Essa dificuldade pode ser explicada pela maneira clara como os princípios e fundamentos do reiki destoam da lógica da racionalidade ocidental contemporânea, sendo pouco viável aplicar os métodos da biomedicina para explicar práticas

terapêuticas de origem energética. Desta forma, apesar de pouco consenso da biomedicina quanto a eficácia do método, é possível perceber relatos positivos de pacientes submetidos ao tratamento, sendo então considerada uma prática relativamente segura (NCCIH, 2006), indicada como terapia complementar, mas que ainda carece de investigação.

No Brasil, a produção científica em nível de pós-graduação *stricto sensu* que merece destaque é a dissertação de mestrado aprovada em 2003 por Paula Babenko intitulada '*Reiki: terapia alternativa, ideologia e estilo de vida na sociedade brasileira contemporânea*' pela Universidade Federal de São Carlos. Em 2008 Ricardo Garé apresenta sua pesquisa de mestrado intitulada '*Efeitos do reiki na evolução do granuloma induzido através da inoculação do BCG em hamsters e do tumor ascítico de Ehrlich induzido em camundongos*' pela USP. E em 2012, a tese de doutorado de Jussara Miwa pela USP intitulada '*Com o poder nas mãos: um estudo sobre johrei e reiki*'.

Em relação aos eventos científicos, não foi possível acesso a dados precisos, mas sabe-se que no ano de 2019 foi realizado o IV Congresso Brasileiro de Reiki e Terapias Vibracionais na cidade do Rio de Janeiro. Também têm ocorrido eventos a nível regional como o 1º. Encontro Paranaense de Reiki em 2018. Não foram encontrados dados de eventos científicos a nível internacional ou mundial.

Quanto à produção científica em reiki em nível mundial, foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas bases de dados MEDLINE, MOSAICO, LILACS e IBECs, utilizando o descritor "*reiki*", onde foram encontrados 990 artigos indexados. Utilizando o mesmo descritor na base de dados Scielo que é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, verificou-se 20 publicações. Já no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES que também contempla produções nacionais, verificou-se 33 trabalhos, sendo a maior parte de dissertações de mestrado. Ressalta-se que não foi utilizado o termo "*toque terapêutico*", apesar de ser considerado sinônimo de reiki pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), pois a autora considera o descritor muito abrangente, já que engloba os diversos tipos de imposição de mãos como o passe espírita e o johrei.

3.3.5 Nível de institucionalização

O nível de institucionalização do exercício do reiki será analisado de acordo com um conjunto de elementos constituído por formação profissional, legislação específica e existência de organizações que normatizam e orientam o trabalho.

Quanto à formação em reiki no Brasil, tem sido ofertada majoritariamente em formato de cursos livres e em menor escala em extensão universitária. Como já citado anteriormente, os cursos livres são considerados de menor institucionalização comparada a outras modalidades de formação como graduação ou especialização, por não obedecerem a nenhum critério legalmente estabelecido e nem oferecerem titulação oficial. A extensão universitária também é uma modalidade de formação que não possui uma padronização da estrutura acadêmica com carga horaria e currículos mínimos definidos. Essa ausência de critérios formativos indica a complexidade de estabelecer um controle social, levando em consideração que se trata de uma prática integrativa e complementar de saúde que está presente nos serviços de saúde pública, dificultando o estabelecimento de um padrão coletivo que vise a qualidade e segurança da prática do reiki no SUS. Entretanto, é considerado um método relativamente seguro pela NCCIH e que até o momento não apresentou efeito colateral e adverso (NCCIH, 2006).

No entanto, é necessário considerar o fato de algumas universidades públicas como UFRGS e a UNESP oferecerem a formação em reiki, o que parece indicar um avanço, mesmo que pequeno, quanto à institucionalização em nível de formação profissional, já que são instituições que sugerem confiança social. O crescente número da oferta de cursos livres e extensão universitária também parece ser um indicativo do interesse por uma formação, que pode ser acompanhada ou não de uma demanda social por esses profissionais.

Quanto à regulamentação profissional, o reiki possui poucos instrumentos jurídicos que normatizam o trabalho. Apesar de não possuir código específico na CBO – pode ser enquadrado como a ocupação de terapeuta holístico – possui código CNAE, que tem como objetivo categorizar e classificar as atividades econômicas em exercício. Cabe ressaltar que o CNAE é regulado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e não pelo Ministério do Trabalho como ocorre na Classificação Brasileira de Ocupações. Outro instrumento normativo em questão é a PNPIC. Como política pública, institui a prática do reiki no SUS, apesar de não estabelecer regras de organização, exercício e formação profissional.

O reiki possui organizações profissionais de caráter corporativo como o SINTE e o CRT que cuidam do exercício profissional; e organizações de caráter científico como a AB-Reiki que se preocupa com a produção de conhecimento. Tais instituições, além de defenderem os interesses individuais e coletivos da categoria, contribuem com seu fortalecimento e conseqüente institucionalização social no que se refere à orientação do trabalho.

Outro aspecto a ser apontado, é quanto a presença da prática de reiki em espaços expressivos da sociedade como na saúde pública, tanto na atenção básica como em hospitais federais, o que é um indicativo de reconhecimento social da prática de reiki. A existência de concursos públicos específicos também seria outro indicativo nesse sentido, porém no âmbito desta pesquisa não foi possível encontrar fontes com dados que possibilitassem essa análise.

Quanto ao reconhecimento científico, é uma área ainda que carece de maiores investigações, visto pelo baixo quantitativo de pesquisas, tanto no âmbito nacional como internacional. A inexistência de revista científica brasileira destinada a reunir estudos específicos de reiki e o baixo número de eventos científicos nacionais parece indicar fraca institucionalização no que se refere ao reconhecimento científico do campo, quando comparado às outras PICS citadas nesta dissertação.

3.4. ANALISANDO A QUESTÃO DA FORMAÇÃO NA PNPIC

Sabe-se que a PNPIC engloba diferentes práticas terapêuticas, bem como diferentes racionalidades médicas, compondo um cenário heterogêneo de novas terapêuticas dentro da saúde pública. A autora desta dissertação entende que o diálogo sobre essa formação precisa partir das características específicas de cada prática integrativa e complementar de saúde, evitando generalizações e, principalmente, evitando uma formação rasa e incipiente. Desta forma, a escolha das três PICS se deu como uma maneira de apresentar o nível de complexidade de cada prática integrativa, bem como o nível de organização dos grupos que já praticam essas terapias no Brasil e no mundo. Não se tem a pretensão de fazer juízo de valor sobre as PICS, muito menos colocar uma ou outra como mais importante ou eficaz. O objetivo deste capítulo é mostrar a inserção social dessas PICS, apontando para o que já existe em matéria de regulação do trabalho e da formação dessas práticas, como maneira de apontar a complexidade do tema. A PNPIC reconhece atualmente 29 práticas integrativas, que possuem diferentes histórias, trajetórias, formações, níveis de organização do trabalho e reconhecimento social da prática. Logo, a formação dos praticantes das PICS é tão diversificada quanto as próprias PICS.

Analisando a formação para as três terapêuticas trabalhadas nesta dissertação, é possível perceber diferenças quanto à estrutura acadêmica formal ou informal, duração da formação e complexidade da prática com necessidade ou não de treinamento teórico-prático. A acupuntura como uma das terapêuticas da racionalidade médica chinesa possui uma longa tradição histórica e grande diversidade de níveis de formação como especialização,

graduação, curso técnico e curso livre profissionalizante, demonstrando assim uma estrutura acadêmica ainda em consolidação. Quanto à duração da formação, tanto em cursos de especialização quanto cursos livres, costumam ter uma formação extensiva devido à complexidade da prática pelo fato da MTC apresentar princípios radicalmente distintos das interpretações biomédicas, abordando concepções diferentes de saúde e adoecimento. Logo seu aprendizado e exercício envolvem longa formação e relativa especialização. Também por se tratar de uma prática invasiva, que envolve riscos quanto a contaminação por agentes biológicos e possíveis lesões corporais se faz imprescindível que essa formação englobe carga horária prática. Uma questão particular do campo que interfere na formação é quanto à disputa corporativa envolvendo categorias profissionais de saúde a favor do monopólio do exercício da acupuntura no país por determinadas profissões. Os sucessivos conflitos judiciais quanto à prática da acupuntura, na ausência de legislação e regulamentação da formação e do trabalho, dificultam o estabelecimento de critérios comuns à formação profissional, contribuindo para que haja cursos de múltiplos formatos pelo país sob os quais se tem pouco controle sobre a qualidade do ensino prestado.

Em relação ao reiki, apesar de também possuir uma tradição histórica, com grande inserção no cenário nacional e internacional, possui o menor nível de formalização acadêmica quando comparado às outras PICS trabalhadas aqui. A formação se dá por meio de cursos livres, que por não possuírem estrutura acadêmica formal, se tem pouca informação sobre o conteúdo que é ensinado, qualidade do ensino, duração da formação e carga horária teórico-prática. A formação de um praticante de reiki deve ser conduzida por um indivíduo com longa experiência no método e requer comprometimento pessoal com um estilo de vida condizente com os princípios estruturantes do reiki. A auto aplicação também é considerada prática fundamental para evoluir como terapeuta. Já a musicoterapia, apesar de ser a prática integrativa mais recente das três trabalhadas neste texto, é a mais institucionalizada no ponto de vista acadêmico. Comparando-a à acupuntura e ao reiki quanto ao aspecto formativo, é a que possui estrutura acadêmica mais estável sendo ofertada majoritariamente em nível de especialização seguido de nível de graduação. Seu aprendizado envolve longa formação com carga horária teórica e prática.

Desta forma, percebe-se que o campo de PICS envolve tanto práticas e saberes populares em que as pessoas praticam umas nas outras ou simplesmente praticam em si mesmas sem formação acadêmica, quanto práticas e saberes aprendidos em formação específica, seja ela formal ou informal, que requerem certa especialização, passando por PICS com estrutura acadêmica bem instituída à PICS que possuem uma ampla variação da

formação. Como várias dessas práticas têm origem cultural e histórica em outras partes do mundo e o Brasil ainda não tem conseguido avançar rumo à regulamentação destas práticas, há de tudo um pouco em termos de formação. Nesse sentido, se torna necessário debater e delimitar quais PICS necessitam de uma formação extensiva universitária e quais não, quais podem ser formadas com conteúdos informativos e quais necessitam de treinamento prático para que então sejam minimizados riscos e prejuízos potenciais para os usuários. Cabe ainda a discussão sobre que titulação se recebe, quais os conteúdos mínimos, se existe reconhecimento por conselhos profissionais e ainda se há a real necessidade de regular a formação de determinadas práticas. O conhecimento e uso popular de algumas PICS, como exemplo as plantas medicinais, é valioso e deve ser reconhecido, mas pode ser incentivado e orientado se os profissionais de saúde tiverem conhecimento sobre seus potenciais e limites, podendo assim socializar esses saberes à outras camadas da população. A regulação desses conhecimentos deve ser avaliada quanto a real necessidade, para que não corra o risco de dificultar sua aplicação e disseminação deste conhecimento. Sendo assim, cabe relembrar recomendações da OMS quanto a formação e regulação da MT/CA. Na declaração de Alma Ata sobre cuidados primários em saúde, a OMS (1978) aponta que cabe a cada país interpretar as particularidades dos cuidados em saúde ao seu próprio contexto, de forma a respeitar como as diferentes culturas desenvolvem saúde. Como forma de controle social dessas práticas, sugere a criação de mecanismos de qualificação profissional via programas de formação que também incluam elementos da saúde pública, além de licença para os praticantes de modo a permitir que somente pessoas habilitadas possam praticar a MT/CA (OMS, 2013).

A regulamentação da formação em saúde é uma estratégia de controle social, pois visa à manutenção da segurança do usuário além de possibilitar o acesso à saúde de qualidade. Nesse sentido cabe ressaltar que, assim como as terapêuticas analisadas nesta dissertação, nenhuma das 29 PICS contempladas pela política pública é fortemente regulamentada quanto à sua formação e exercício. A Classificação Brasileira de Ocupação apesar de ser um instrumento normativo que gera maior valorização e inclusão social por reconhecer a existência de determinadas ocupações, não tem poder de regulamentar uma profissão, incluindo códigos tanto de profissões regulamentadas quanto as de livre exercício profissional. A regulamentação de uma profissão no Brasil tem sido realizada por meio de lei aprovada pelo Congresso Nacional. Todavia, esse processo de regulamentação profissional em saúde envolve uma multiplicidade de entidades reguladoras, o que será melhor desenvolvido no próximo subcapítulo.

A expansão do campo de práticas integrativas e complementares na saúde pública e no setor privado tem gerado uma busca por formação, impulsionada principalmente após a publicação em 2006 da PNPIC e em 2017 e 2018 período em que ocorreu a abertura do campo com a inclusão de novas terapêuticas à política pública. Como resposta, têm surgido novos cursos de formação, em grande maioria ainda na rede privada, se tornando assim um mercado promissor tanto de consumo para terapeutas trabalharem como para cursos que formam esses terapeutas. A regulação em moldes flexíveis dessas práticas, tem se tornado um nicho favorável a cursos privados, que por não precisarem passar por rigorosas verificações regulatórias nem estrutura educacional que necessite de grandes investimentos, se torna interessante economicamente para as instituições particulares de ensino. Disso resulta uma multiplicidade de formações, com cursos à distância, enfoque difuso e formação rápida, que visa principalmente o interesse econômico em detrimento ao compromisso social. A preocupação com a qualidade do ensino e a formação desse trabalhador torna-se então a grande questão e um desafio quanto à consolidação da PNPIC.

3.5 REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO E DA FORMAÇÃO NA PNPIC

Inicialmente cabe aqui distinguir termos que por vezes são utilizados sem muitos critérios. De acordo com Santos e Merhy (2006), regulação é o processo de intervir na prestação de serviços orientando sua execução, enquanto a regulamentação está relacionada com a normatização de regras destes serviços. O processo de regulamentação está subordinado ao processo de regulação. Desta forma, a presente autora irá tratar da regulamentação do trabalho saúde, especificamente envolvendo as PICS, por entender que a PNPIC inicia o processo de legitimação das práticas integrativas por meio da regulação destas terapêuticas nos serviços de saúde, com o estabelecimento de escassas normas de organização, exercício e formação profissional, ou seja, a regulamentação das mesmas.

A preocupação com a regulamentação profissional envolvendo a PNPIC está relacionada ao entendimento de que a saúde pública não envolve apenas questão de gosto pessoal ou consumo individual por afinidade com determinada terapêutica. Pensar em um cenário de saúde pública envolve vidas a nível individual e coletivo e, portanto exige padrão público e social a fim de manter a qualidade de vida de uma sociedade. Logo a saúde é mais do que um 'cardápio' de serviços, é uma necessidade cujos contornos envolvem padrões coletivos. Desta forma, a regulamentação pode ser encarada como uma ferramenta de controle social que pressupõe o direito social ao acesso à saúde de qualidade, na perspectiva da

manutenção da segurança e eficácia da assistência em saúde em defesa de interesses coletivos. Pensando em um processo inscrito em uma sociedade capitalista, entende-se que quando o Estado minimiza sua função de regulador criando instrumentos regulatórios flexíveis, abre áreas para o livre mercado e brechas para que o mesmo se regule segundo seu próprio benefício, sem necessariamente ter a obrigação com compromisso social.

Haja vista a prevenção de risco à integridade do usuário se faz necessária uma formação profissional que garanta segurança e resolubilidade das práticas integrativas, minimizando o risco de danos. Segundo Foucault (2010), antes da medicina ser encarada como ciência, os riscos eram atribuídos à ignorância do profissional, já na medicina moderna/biomedicina os riscos são considerados inerentes ao processo terapêutico por se tratar de um campo de probabilidades que nem sempre pode ser mensurado com precisão. É o que o autor chama de risco médico, que "data do momento em que um efeito positivo da medicina foi acompanhado, por sua própria causa, de várias consequências negativas e nocivas" (idem, p.177), fazendo menção ao uso dos medicamentos como forma terapêutica da medicina moderna. Bem como a biomedicina, a aplicação das PICS também envolve riscos, como o limiar entre a dose terapêutica e tóxica de um chá com plantas medicinais, a ocorrência de pneumotórax pós acupuntura (JONAS & LEVIN, 1999; TERRA et al, 2007), descolamento de vértebras pela quiropraxia (ERNST, 2007), embolia por má aplicação de ozonioterapia (ELVIS, 2011; ANAGHA et al, 2016), infecção no conduto auditivo por semente de mostarda utilizada na auriculoterapia, entre outros. É preciso combater o conceito equivocado de que o que é natural não pode fazer mal (BRASIL, 2009; OMS, 2002). Entende-se que nenhuma terapêutica é isenta de riscos, independente de sua magnitude, mas o estabelecimento de parâmetros mínimos para formação, execução e organização do trabalho em PICS, pode diminuir a ocorrência dos mesmos.

Lima, Ramos e Lobo Neto (2013) expõem que o processo de regulamentação profissional em saúde no Brasil iniciou-se por volta dos anos 30, quando foi possível perceber de forma mais evidente a função normativa do Estado. Com a ampliação da área da saúde e passados mais de 30 anos após a criação do SUS, faz-se imprescindível o aperfeiçoamento do modelo regulatório de profissões de saúde no país. A saber, no Brasil são reconhecidas 14 profissões da saúde: assistente social, biólogo, biomédico, profissional de educação física, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, médico veterinário, nutricionista, odontólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional (BRASIL, 1998). Essas profissões são de nível superior e autorreguladas por autarquias denominadas Conselhos Profissionais, que além de zelar pelo exercício profissional, também estabelecem normas e

critérios de habilitação. (GIRARDI; FERNANDES JUNIOR; CARVALHO, 2010). O sistema universitário participa da educação profissional e fornece os diplomas que permitem a esses graduados se registrarem em seus respectivos conselhos. Já as profissões não provenientes de cursos de graduação, especificamente na área da Atenção Básica em saúde, são os agentes comunitários de saúde, os técnicos de enfermagem, os auxiliares de saúde bucal e técnicos em saúde bucal. Ora, se foram estabelecidos elementos que possibilitaram a fixação de orientações com critérios mínimos¹⁰ para a prática profissional dos agentes comunitários para que pudessem trabalhar no SUS, sem tornar essa profissão regulamentada por meio de lei do exercício profissional, pode-se pensar como um passo inicial para a regulamentação em PICS, a elaboração de documentos oficiais do Ministério da Saúde em articulação com outras instâncias governamentais, que orientem o exercício profissional. Desta forma, essa regulamentação traria a segurança da responsabilização dos atos e dos serviços prestados por esses profissionais.

Girardi, Fernandes Junior e Carvalho (2010) consideram que uma ocupação de saúde regulamentada, em geral, possui credibilidade e reconhecimento de sua utilidade social ao possuir mecanismos de formação e treinamentos específicos além do amparo de instituições e organizações sociais. Sendo assim, apesar das PICS não possuírem parâmetros mínimos de formação legalmente estabelecidos, é possível notar um crescente avanço nesse sentido, pois várias possuem um gama de Comitês, Sociedades e/ou Organizações profissionais, como já citado nesta dissertação, que visam unificação por categoria baseados em critérios de formação. Como o caso da Associação de Terapeutas Florais do Rio de Janeiro (RIOFLOR) que estabelece critério de carga horária mínima de 60 horas práticas de curso de formação; caso da Associação Brasileira de Naturologia (ABRANA) que reconhece profissionais com formação no grau de bacharel ou tecnólogo em instituições reconhecidas pelo MEC; entre outras PICS. Todavia ressalta-se que ao se falar de práticas integrativas, é necessário considerar o cenário de 29 práticas que possuem tradições e inserções diversificadas e que algumas ainda têm sua formação funcionando paralelamente ao sistema regular de profissionalização, como o reiki, constelação familiar, apiterapia, entre outras, mesmo podendo ser exercidas com base no CBO nº 3221-25, enquadradas como terapia holística/alternativa/naturalista.

¹⁰ Item 4.3.2.4 da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2012; Documento do Ministério da Saúde intitulado "O trabalho do agente comunitário de saúde" publicações de 2000 e 2009 ; Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Segundo Aith (2019) a regulamentação estatal de profissões de saúde engloba três grandes eixos: da formação dos profissionais; do exercício profissional (registro, ética, competências legais, escopos de prática); e das relações de trabalho na área da saúde (jornada de trabalho, salários, carreiras). O autor esclarece que o modelo regulatório brasileiro compõe uma multiplicidade de entidades reguladoras sobre as profissões de saúde como os Ministérios do Trabalho, da Educação, da Saúde, Casa Civil e Congresso Nacional, além dos diferentes Conselhos Profissionais autárquicos com competências legais normativas e fiscalizadoras. Cada uma destas instituições tem poder para definir regras de regulação em seus campos de atuação, gerando um complexo conjunto de normas jurídicas justapostas e que não raramente colidem entre si. Levando em consideração essa multiplicidade de entes regulatórios acrescida do modelo flexível de mercado, Girardi e Seixas (2002) apontam para uma linha de regulamentação profissional que parte de escopos de práticas não exclusivas, mas sobrepostas. É o que tem acontecido com as práticas integrativas e complementares que em meio à luta por reconhecimento como ocupação, têm sido incorporadas ao escopo de habilitações de profissões de saúde por meio de especializações ou cursos de capacitação.

Atualmente, profissões fracamente regulamentadas estão reivindicando junto ao Congresso Nacional formação superior e autorregulação, sendo algumas destas da área da saúde: acupuntura, optometria, musicoterapia e psicometria (POZ, PIERANTONI E GIRARDI, 2013). A acupuntura, por exemplo, em meio a essa reivindicação pelo reconhecimento da profissão acupunturista, foi integrada, como especialidade, a profissões de saúde como enfermagem, medicina, fisioterapia, farmácia, entre outras. Cabe lembrar que cada autarquia possui autonomia para criar seus próprios critérios de habilitação e exercício profissional e que, não necessariamente são critérios congruentes a todas as profissões. O COFEN, por exemplo, reconhece diplomas de especialização em acupuntura que comprovem carga horária mínima de 1.200 horas, com duração mínima de dois anos, sendo um terço de atividades teóricas. Já o CFO reconhece o diploma com carga horária mínima de 350 horas. O CFF não estabelece critérios mínimos de formação em acupuntura, mas reconhece diploma expedido por entidade de ensino de reconhecida idoneidade científica. Girardi e Seixas (2002) entendem que essa flexibilidade profissional e justaposição de escopos, têm sido características não apenas reconhecidas, mas encorajadas pelo modelo neoliberal.

Todavia, é possível notar um movimento por parte do legislativo em regulamentar as práticas e os praticantes tradicionais, que pode ser verificado pela própria publicação da PNPIC em 2006, mas também através de Projetos de Lei (PL) que tramitam ou já tramitaram na Câmara Legislativa de Deputados ou Senado ao longo dos anos. O PL nº 3838/1984, que

foi arquivado 1987, objetivava regulamentar o exercício da terapêutica oriental, medicina natural e alternativa. O PL nº 5.078/2005 arquivado em janeiro de 2019 visava estabelecer mecanismos para a proteção, promoção, reconhecimento e exercício da Medicina Tradicional, das Terapias Complementares. Há o PL nº 174/2017 em tramitação, busca regulamentar o exercício da profissão do terapeuta naturista, o qual engloba todas as práticas integrativas previstas na PNPIC, bem como outras atividades terapêuticas. E mais recentemente, o PL nº 2945/2019 também em tramitação, que dispõe sobre o exercício da medicina. Em seu texto original estabelece como atividade privativa do médico o diagnóstico, a indicação terapêutica de procedimentos e a determinação do prognóstico, segundo as Medicinas Tradicionais e Complementares, entre elas a Medicina Tradicional Chinesa, o Ayurveda, a Medicina Indígena e a Medicina Naturopática. Todavia, na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público é excluído tal item do PL, e adicionada a seguinte observação:

(...) não fazem parte da formação básica em medicina os campos de atuação denominados pela Organização Mundial da Saúde como Medicinas Tradicionais e Complementares. Nesse sentido, não podem ser privativos dos 'médicos' os conhecimentos e práticas da Medicina Tradicional Chinesa, Ayurvédica, Naturopática, entre outras (PROJETO DE LEI Nº 2.945, DE 2019).

Essa tentativa de regulamentação envolve luta por reconhecimento profissional perante a sociedade, mas também a ampliação da disputa por reserva de mercado que implica em monopólio do exercício das atividades na saúde. Para Girardi e Seixas (2002) essas experiências duais demonstram a necessidade de uma reforma no modo como se regulamenta as profissões de saúde atualmente, sem perder de vista o principal objetivo que é a manutenção da proteção e bem-estar público. Todavia, o grau baixo de sucesso por tais demandas por profissionalização pode ser justificado pela ampliação das políticas de ajustes neoliberais e pelo aprofundamento de ideias em torno da liberalização, desregulamentação e privatização, que impulsionam o desemprego estrutural e enfraquecem a luta social (LIMA, RAMOS E LOBO NETO, 2013). Nesse contexto de arranjo flexível, surgem as redefinições dos conteúdos, da natureza e do significado do trabalho implicando na necessidade crescente de profissionais polivalentes e multifuncionais. Assim, a não regulamentação das PICS quanto à definição de escopo, habilitação e competência profissional é uma estratégia que vai ao encontro da atual forma de organização neoliberal, onde os trabalhadores são forçados a se adaptar ao aumento da carga horária, aumento do ritmo de trabalho, ampliação das funções laborais, que não necessariamente são acompanhadas pelo nível salarial, implicando na qualidade final dos serviços prestados à população e em uma assistência a nível subótimo.

A legislação brasileira é carente de regulamentação de muitas atividades trazidas na PNPIC. Porém a luta pela normatização constitui uma forma de fortalecimento dessa política, como maneira de assegurar a prática com parâmetros mínimos de segurança e qualidade, além de proporcionar segurança profissional e previdenciária aos praticantes, resgatando-os da clandestinidade. A autora entende que as leis e instrumentos normativos, são mais do que dispositivos formais, mas também instrumentos de luta e superação. Faz-se necessário aperfeiçoar as instâncias institucionais democráticas aptas a debater os eventuais conflitos existentes no campo da regulamentação de profissões de saúde no Brasil, de forma a proteger os interesses públicos em face dos interesses econômicos de grupos privados, a fim de impedir a precariedade da assistência e dos profissionais que a prestam. Compreende-se o desafio de transitar pelo campo da regulamentação profissional em saúde, de maneira a não contribuir com o monopólio corporativista, mas acomodar demandas por reconhecimento social de práticas de trabalho não hegemônicas. O processo de regulação profissional, entendido como uma política pública é uma parte fundamental das políticas de saúde assim como da PNPIC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação se propôs analisar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS sob o enfoque da formação profissional em saúde. Para tanto foi apresentada a constituição histórica da PNPIC e discutidas as implicações dessa política na formação e atuação profissional, considerando que a preocupação com a formação se apresenta como uma estratégia de controle social que visa à manutenção da segurança dos usuários e qualidade das práticas de saúde instituídas no cenário público. A PNPIC corresponde, pelo menos na sua formulação inicial, a uma política que dá continuidade ao processo de consolidação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde, já que corrobora com seus princípios e diretrizes estruturantes. Também corresponde a uma política pública criada em consonância com movimentos internacionais e nacionais a favor da valorização e incorporação de práticas tradicionais/complementares ao sistema convencional de saúde. Entretanto, cabe lembrar que todos os eventos e documentos que embasaram sua criação, recomendaram que esse processo fosse realizado de uma forma cuidadosa com parâmetros de segurança e eficácia, além do estabelecimento de mecanismos que possibilitasse a regulamentação da formação e atuação profissional.

Toda política de implantação supõem indicação de desdobramentos para sua consolidação como aspectos formativos, aprofundamento de pesquisas, financiamento, critérios de controle e avaliação, responsabilidades institucionais, entre outros aspectos. A Portaria nº 971/2006 que instituiu a PNPIC, fez alguns apontamentos nesse sentido, demonstrando compromisso social. Nas alterações ocorridas por meio da Portaria nº 849/2017 e Portaria nº 702/2018, apenas amplia-se o escopo de práticas integrativas da política pública, sem o estabelecimento de normas que orientem a formação e trabalho no SUS. Foi implantada uma política nacional, que depois foi ampliada sem seguir os passos que a própria política inicial estabeleceu como fundamentais no início. Abre-se o leque de terapêuticas sem o estabelecimento de critérios mínimos de segurança e eficácia, tornando a situação ainda mais complexa. Neste sentido, a autora deste trabalho concorda com vários autores que apontam os riscos da inclusão de práticas integrativas e complementares de saúde no âmbito da medicina oficial sem o devido controle e acompanhamento. Na medida em que não se estabelece com clareza procedimentos com relação a regulamentação do trabalho e a formação profissional, em lugar de representar um avanço em matéria de saúde pública, pode apresentar uma série de riscos, alguns apontados nesta dissertação.

A relação existente entre uma política pública e a realidade à qual ela está vinculada, expressa várias determinações e mediações, resultado da correlação de forças de diversos agentes sociais com interesses mais diversos ainda. Apesar das políticas públicas, assim como a PNPIC, expressarem atividades relacionadas às tarefas de interesse público, também expressam a direção das ações governamentais do Estado. Desta forma, a implementação da PNPIC no SUS, não consegue estar isenta do receituário neoliberal brasileiro, sendo essa a atual conjuntura vivida no país, onde o Estado busca administrar, através de políticas públicas, as pressões dos diferentes grupos e classes de forma a garantir os interesses das classes dominantes. Ao mesmo tempo em que, através da PNPIC o Estado declara assegurar o direito do usuário em ter acesso a uma maior gama de tratamentos por meio da incorporação de terapêuticas tradicionais/complementares no cenário público, reafirma valores centrais das políticas neoliberais, pautados na noção de liberdade individual vinculada à ideia de responsabilidade pessoal sobre sua condição de saúde. Desta forma, o papel de proteção social do Estado é reduzido à oferta de diferentes “produtos” que cabe ao usuário escolher, se afastando do compromisso com os direitos sociais no sentido de defesa de interesses coletivos, ao mesmo tempo em que fortalece os pilares de sustentação do neoliberalismo e sua lógica de mercado.

Nota-se que a PNPIC, ao considerar o indivíduo na sua dimensão global, substituindo o foco da doença pela atenção à pessoa com sua história de vida e seu modo próprio de viver e adoecer contribui para a integralidade da atenção à saúde no SUS. O ser humano não se reduz a um corpo, muito menos a uma parte dele. É também um conjunto de valores, concepções e crenças vinculadas à sua vida concreta que possuem relação direta com sua saúde. Nesse contexto, falar sobre racionalidades médicas na formação em saúde possibilita contestar o ensino da saúde pautado na supremacia do saber biomédico que privilegia a anatomoclínica e a fisiopatologia, propiciando espaços de discussões que levem em consideração saberes e práticas tradicionais de cuidado em saúde, reconhecendo seus alcances e limites. É imprescindível compreender que toda racionalidade médica possui limitações, sendo necessária a pluralidade da assistência e complementaridade entre os diversos saberes. Todavia, essas contribuições apenas serão efetivas se a formação profissional em PICS obedecer a critérios de qualidade e segurança.

É necessário considerar que, a PNPIC sendo composta por um grupo de terapêuticas de diferentes níveis de organização e complexidade em um heterogêneo cenário de novas práticas de cuidado, seu aspecto formativo deve ser analisado de acordo com as características específicas de cada prática, de forma cautelosa para evitar uma formação rasa e difusa. Desta

forma, a autora entende que a formação profissional envolvendo as PICS é tão diversificada quanto as próprias PICS, sendo então, impraticável formar um especialista em PICS, mas sim em determinada(s) prática(s). Como várias dessas terapêuticas têm origem cultural em outras partes do mundo e o Brasil ainda não tem conseguido avançar quanto à essa regulamentação, há de tudo um pouco em termos de formação. Nesse sentido, para avançar no tema se torna necessário debater e delimitar quais PICS necessitam de uma formação extensiva acadêmica e quais não, quais podem ser formadas com conteúdos informativos e quais necessitam de treinamento prático para que então sejam minimizados riscos e prejuízos potenciais aos usuários.

Desta forma, a regulamentação do exercício das PICS tem se apresentado como caminho para que seja possível determinar quais as obrigações desses terapeutas, seus direitos e deveres, assim como a formação necessária para o exercício das PICS. A regulamentação de uma profissão de saúde está atrelada ao compromisso e responsabilidade social em manter um padrão público de segurança. Já a não regulamentação ou regulação flexível em moldes abrangentes, só reafirma compromisso com o livre mercado, já que essa flexibilidade abre áreas para o mercado privado e brechas para que o mesmo se regule segundo seus próprios princípios. Sendo assim, a defesa pela normatização das PICS é uma bandeira de luta e superação, pois visa acomodar demandas por reconhecimento social de práticas de trabalho não hegemônicas sem perder de vista o principal objetivo que é a manutenção da proteção e bem-estar público. Faz-se necessário aperfeiçoar as instâncias institucionais democráticas aptas a debater os eventuais conflitos existentes no campo da regulamentação da formação e do trabalho em saúde no Brasil, de forma a proteger os interesses públicos em face dos interesses econômicos de grupos privados, impedindo a precariedade da assistência e dos profissionais que a prestam.

Se, por um lado, o marco legal de 2006 promoveu a institucionalização das PICS no SUS, por outro, as posteriores aberturas do campo impulsionaram a expansão do mercado privado no que se refere ao consumo de produtos terapêuticos, da prestação da assistência e do processo educacional formativo. A expansão do campo tem gerado busca por formação, que em resposta à flexibilidade dos instrumentos regulatórios que poderiam ser capazes de estabelecer critérios de formação, têm impulsionado o surgimento de novos cursos em grande maioria na rede privada, se tornando um interessante investimento para o mercado de instituições particulares de ensino. Como resultado, uma multiplicidade de formações, com cursos à distância, enfoque difuso e formação rápida, que visa principalmente o interesse econômico em detrimento ao compromisso social.

Diante do exposto, é possível compreender que, apesar de passados quase quatorze anos após a criação da PNPIC no SUS, ainda se faz necessário o debate sobre a formação de profissionais qualificados e habilitados para lidar com tais terapêuticas no cenário público. Apesar de iniciativas do Ministério da Saúde em oferecer cursos de capacitação e atualização em PICS por meio do AVASUS, a formação ainda tem sido considerada insuficiente e difusa, principalmente pela falta de parâmetros educacionais no que se refere a conteúdos mínimos da formação profissional. Nesse sentido aponta-se a necessidade de ampliar as discussões acerca de competências e habilidades profissionais necessárias, obrigatórias e optativas para a realização das PICS; desenvolver melhores estratégias de formação dos trabalhadores quanto as diversas práticas integrativas em consonância com os princípios do SUS; aperfeiçoar as instâncias institucionais democráticas aptas a debater sobre o campo da regulamentação da formação e do trabalho em saúde; e por fim, que o Ministério da Saúde em articulação com o Ministério da Educação se posicionem com mais clareza sobre quem pode exercer e com que formação pode exercer as mais variadas PICS.

Diante do cenário de ameaça ao SUS e de seus princípios ético normativos, espera-se que o presente trabalho possa contribuir para o debate acerca da PNPIC e, fundamentalmente, reafirmar a necessidade de articulação política e diálogo entre seus atores e instâncias institucionais democráticas, para seu avanço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITH, F.M.A. O interesse público na regulação estatal de profissões de saúde do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2019.

ALMEIDA, L.A.N. Práticas Integrativas e Complementares em Campinas. In: *Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde*, 1o. Relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

AQUINO, M.C.M.T; SILVA, S.S.F; FRANCO, R.S. A acupuntura como atividade multiprofissional no brasil. In: *XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação* – Universidade do Vale do Paraíba, UNIVAP, 2010.

ANAGHA, V.S. et al. Ozone therapy: healing properties of the blue gas. *Int J Oral Health Dentistry*. p. 35-8, 2016.

ARAÚJO, D; MIRANDA, M.C.G; BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.31, Supl.1, p.20-31, 2007.

ARAÚJO, J.C. Cremic convida para participar de práticas abertas. Secretaria de Estado de Saúde. Governo de Goiás. 09 de agosto de 2019. Disponível em: <www.saude.go.gov.br/cremic-convida-para-participar-de-praticas-abertas/>. Acesso em: 02 de setembro de 2019.

AVASUS. Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: Antroposofia Aplicada à Saúde, 2016. Disponível em: <<https://avasus.ufrn.br/local/avasupluging/cursos/curso.php?id=24#sobre>>. Acesso em: setembro de 2019.

AZEVEDO, E; PELICIONI, M. C. F. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 361-378, nov. 2012.

BABENKO, P.C. *Reiki: terapia alternativa, ideologia e estilo de vida na sociedade brasileira contemporânea*. 2003. 93f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

BARCELLOS, L.R.M. *40 anos urdindo e tecendo fios*. In: COSTA, C. (org). *Musicoterapia no Rio de Janeiro*, Novos Rumos. Editora CBM: Rio de Janeiro, 2008.

BARCELLOS, L.R.M; SANTOS, M.A.C. *Music therapy in Brazil*. In: MARANTO, C.D (org.) *Music therapy: international perspectives*. Pennsylvania: Jeffrey Books, 1993.

BARRETO, A. A.B. Representação das Associações profissionais no Brasil: o debate dos anos 1930. *Revista de Sociologia Política*, Curitiba, n. 22, p. 119-133, 2004.

BARSTED, Dennis Linhares. *Wu Ji, o Vazio Primordial: a cosmologia daoísta e a medicina chinesa*. 2003. 247f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BENENSON, R.O. *Manual de musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, DF: Ministério da Saúde, 1986.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, DF: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, 1º. Relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Relatório de Gestão 2006-2010: Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 849 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial* da União, Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Monitoramento dos sistemas de informação da atenção básica e da média e alta complexidade: relatório de uma sistematização dos dados nacionais de prática integrativas e complementares em saúde (PICS) para o 1º semestre de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS

/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018b.

_____. Ministério da Saúde. *Práticas Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem*. Disponível em: < <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>>. Acesso em: 05 de março de 2020.

BRUSCIA, K. E. *Definindo musicoterapia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

BUCCI, M. P. D.; SAULE JÚNIOR, N.; ARZABE, P. H. M.; FRISCHEISEN, L. C. F. (org.). *Direitos humanos e políticas públicas*. São Paulo: Polis, p. 5-15, 2001.

CARVALHO, Islândia. As PICS e o financiamento do SUS: a realidade dos investimentos de forma comparada e elucidativa. *Rede PICS Brasil*, 2018. Disponível em: <<http://redenacionalpics.wixsite.com/site/single-post/2018/12/13/As-PICS-e-o-financiamento-do-SUS>>. Acesso em: fevereiro de 2019.

CASARIN, G. et al. Monitoramento das Práticas Integrativas e Complementares em Minas Gerais: a utilização de um instrumento de apoio aos sistemas de informação. *J. Manag Prim Heal Care*. 2017;

CAVALCANTI, C. Primeiros medicamentos fitoterápicos serão distribuídos a partir de julho de 2019 no Amapá. Governo do Estado do Amapá. 27 de novembro de 2018. Disponível em: <<https://www.portal.ap.gov.br/noticia/2711/primeiros-medicamentos-fitoterapicos-serao-distribuidos-a-partir-de-julho-de-2019-no-amapa>>. Acesso em: 18 de outubro de 2019.

CECCIM, R.B; CARVALHO, Y.M. *Ensino da saúde como projeto da integralidade*. In: PINHEIRO, R; CECCIM, R.B; MATTOS, R.A. (orgs.) *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CECCIM, R.B; PINHEIRO, R. *Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade*. In: PINHEIRO, R; CECCIM, R.B; MATTOS, R.A. (orgs.) *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

CHEEVER, T; et al. NIH/Kennedy Center workshop on music and the brain: finding harmony. *Neuron*. 2018. Disponível em: < [https://www.cell.com/neuron/fulltext/S0896-6273\(18\)30103-X](https://www.cell.com/neuron/fulltext/S0896-6273(18)30103-X) > Acesso em: fevereiro de 2020.

CINTRACT, M. *Curso rápido de acupuntura*. São Paulo: Ed Andrei, 1982. In: PALMEIRA, Guido. *A acupuntura no ocidente*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 117-128, June 1990.

CRAERJ. Cronologia da acupuntura no Brasil. *Conselho Regional de Autorregulação da Acupuntura do Estado do Rio de Janeiro*. [2019] data provável. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1Gbx7RKsxqYeHtUsBizA0pu3c07p_CZpd/view> Acesso em: novembro de 2019.

DEVEZA, A.C.R.S. Ayurveda: a medicina clássica indiana. *Rev Med*, São Paulo, jul.-set; 2013.

DANTAS, O. *Brasil : Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Recife*. In: : Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, 1o. Relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

ELVIS, A.M; EKTA, J.S. Ozone therapy: a clinical review. *J Nat Sc Biol Med*. P. 66-70, 2011.

ERNST, E. Spinal manipulation: are the benefits worth the risks? *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2007.

Espirito Santo. Secretaria de Estado de Saúde de Espírito Santo. Núcleo de Normalização Coordenação e Práticas Integrativas e Complementares. Política Práticas Integrativas e Complementares do Estado do Espírito Santo. Vitória, 2013.

FERREIRA, C. S; LUZ, M. T. Shen: categoria estruturante da racionalidade médica chinesa. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 863-875, Sept. 2007 .

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Revista Verve*, São Paulo, v. 18, p. 167-194, 2010.

FRIGOTTO, G. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. *Revista do Centro de Educação e Letras da Unioeste*, Campus Foz do Iguaçu, v. 10 nº 1, 2008.

GARÉ, R. R. *Efeitos do Reiki na evolução do granuloma induzido através da inoculação do BCG em hamsters e do tumor ascítico de ehrlich induzido em camundongos*. 2008. 63f. Dissertação (Mestrado em Patologia Experimental e Comparada) - Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GENIOLE, L.A.I; KODJAOGLANIAN, V.L; VIEIRA, C.C.A. (orgs.) Modulo optativo: Política Nacional de práticas integrativas e complementares no SUS. Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família. Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.

GIRARDI, S. N; SEIXAS, P.H. Dilemas da regulamentação profissional na saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. *Revista Formação*, n 05, p. 30-43, 2002.

GIRARDI, S.N.; FERNANDES JR., H.; CARVALHO, C.L.. A Regulamentação das profissões de saúde no Brasil. *Espaço para a Saúde* . 2010. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/RPSB.htm>>.

GODOY, D.G. Musicoterapia, profissão e reconhecimento: uma questão de identidade, no contexto social brasileiro. *Revista Brasileira de Musicoterapia* Ano XVI nº 16 ANO 2014. p. 6-25.

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ. Plano Estadual de saúde 2016-2019. Amapá, 2016. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/PES-2016-2019-ATUAL-14-02-2017.pdf>>. Acesso em: 28 de outubro de 2019.

GUYTON, A.C; HALL, J.E. *Tratado de fisiologia médica*. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HARVEY, D. *O neoliberalismo: história e implicações*. São Paulo: Edições Layola, 2005.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. Parabéns para o Núcleo de Terapias. Novembro de 2014. Disponível em: < www.sofiafeldman.org.br/2014/11/13/parabens-para-o-nucleo-de-terapias/>. Acesso em: setembro de 2019.

ILLICH, I. *Medical nemesis: a expropriação da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

JONAS, W.B; LEVIN, J.S. *Essentials of Complementary and Alternative Medicine*. Baltimore: Lippincott, 1999.

KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 5ed, 1998..

LECOURT, E. *Music therapy in France*. In: MARANTO, C.D (org.) *Music therapy: international perspectives*. Pennsylvania: Jeffrey Books, 1993.

LIMA, J.C.F. *O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”*. In: PEREIRA, J.M.M; PRONKO, M. (Orgs.) *A demolição de direitos*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2015

LIMA, J. C. F; RAMOS, M. N; LOBO NETO, F.J.S. *Regulamentação profissional e educacional em saúde: da década de 1930 ao Brasil contemporâneo*. In: MOROSINI, M.V. G.C. et al (Org.). *Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 83-119

LOSSO, L.N; FREITAS, S.F.T. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 171-187, set. 2017 .

LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p.145-76, 2005.

LUZ, M.T. *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1993. 32 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva; n. 62).

LUZ, M.T. *Estudo comparativo das medicinas ocidental, contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvedica em programas públicos de saúde*. In: LUZ, M.T (org). VI

Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1996. 47 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva; n. 140).

MACIOCIA, G. *Os Fundamentos da medicina chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fisioterapeutas*. 2ed. São Paulo:Roca, 2014.

MARANTO, C.D. *Music therapy in United States*. In: MARANTO, C.D (org.) *Music therapy: international perspectives*. Pennsylvania: Jeffrey Books, 1993.

MASSIÈRE, L.A *significação da acupuntura no Brasil: percalços de uma ecologia de saberes no ensino de saúde e seus reflexos na profissionalização*. 2011. 174f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

MATTOS, R.A. *Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*.8 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO,2009, p.43-68.

MCMANUS, D.E. Reiki is better than placebo and has broad potential as a complementary health therapy. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, vol. 22, 2017.

MEDEIROS, S.P. *Reiki como tecnologia de cuidado em enfermagem às pessoas com depressão*. 2018. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande.

MILES, P; TRUE, G. Reiki: review of a biofield therapy history, theory, practice, and research. *Alternative Therapies*, Vol. 9, No. 2, Mar/Apr 2003.

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Política estadual de práticas integrativas e complementares*. Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2009.

Ministério da Saúde. Em Goiás, 136 municípios utilizam práticas integrativas no tratamento de pacientes do SUS. Março de 2018. Disponível em: < www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42804-em-goias-136-municipios-utilizam-praticas-integrativas-no-tratamento-de-pacientes-do-sus >. Acesso em: setembro de 2019.

MONTEIRO, E.L. *Brasil – Experiência da Secretaria Estadual de Saúde do Amapá (AP)* In: *Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde*, 1o. Relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MORAES, M.R.C. A instrumentalização da acupuntura nas sociedades ocidentais. *Anais do 13º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia*. Sociedade Brasileira de História da Ciência. USP, São Paulo, 2012.

MORAES, MRC. *A reinvenção da acupuntura: estudo sobre a transplantação da acupuntura para contextos ocidentais e adoção na sociedade brasileira*. 2007. 248f. Dissertação (Mestrado em Ciências da religião) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

NASCIMENTO, M. C. do. *Da panaceia mística à especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escrita*. 1997. 125f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

NASCIMENTO, M. C. do et al . Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 751-772, ago. 2018.

NASCIMENTO, M. C. do et al . A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 12, p. 3595-3604, dec. 2013.

NCCIH. Reike. *U.S. Department of Health & Human Services, National Institutes of Health, National Center for Complementary and Integrative Health*, April 2006. Disponível em: < https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/Reiki_11-30-2015.pdf>. Acesso em: novembro de 2019

NOBRE, D.V. et al. Respostas fisiológicas ao estímulo musical: revisão de literatura. *Rev Neurocienc*, 2012.

NOGUEIRA, M.I. A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico. *Physis Rev saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2014.

NOZOE, N.H; BIANCHI, A.M; RONDET, A.C.A. A nova classificação brasileira de ocupações: anotações de uma pesquisa empírica. *São Paulo Perspec.*, São Paulo , v. 17, n. 3-4, p. 234-246, Dec. 2003

NUNES, L.A.S. Experiência de Macaé/RJ com homeopatia e dengue, 2007-2012. *Revista de Homeopatia*, 2016; 79(1/2): 1-16

OLIVEIRA R. M. J. *Avaliação de efeitos da prática de impositão de mãos sobre os sistemas hematológico e imunológico de camundongos machos*. 2003. 96f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

OMS. *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS; 1978.

_____. *Guidelines on basic training and safety in acupuncture*. Ginebra: OMS, 1999.

_____. *Carta de Ottawa*. I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1978.

_____. *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra: OMS, 2002.

_____. *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. China: OMS, 2013.

OSELAME, M; CARVALHO, F. A pesquisa em musicoterapia no cenário social brasileiro. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, Ano XV nº 14 ANO 2013. p. 67 – 80.

PALMEIRA, G. A acupuntura no ocidente. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 6, n. 2, p. 117-128, June 1990.

PANTOJA, E. Tratamento natural serve de estágio para acadêmicos de Medicina. Governo do Estado do Amapá. 29 de março de 2017. Disponível em: <https://www.portal.ap.gov.br/ler_noticia.php?slug=2903/tratamento-natural-serve-de-estagio-para-academicos-de-medicina>. Acesso em: 18 de outubro de 2019.

PCR dá início à formação em Práticas Integrativas. Prefeitura da Cidade de Recife, 2018. Disponível em: <www2.recife.pe.gov.br/noticias/15/08/2018/pcr-da-inicio-formacao-em-praticas-integrativas>. Acesso em: setembro de 2019.

PINHEIRO, R. *Integralidade em saúde*. In: PEREIRA, I.B; FRANÇA, J.C. (org.) Dicionário de educação profissional em saúde. 2ed. Rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

POZ, M.R.D; PERANTONI, C.R.; GIRARDI, S. *Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil*. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

PROJETO DE LEI Nº 2.945, DE 2019. Dispõe sobre o exercício da Medicina e de outras providências. Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público, 2019. Disponível em:<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=1BCAADC22772F00E8989670778FDFE26.proposicoesWebExterno2?codteor=1796593&filename=Tramitacao-PL+2945/2019>.

RIZZOTTO, M.L.F; CAMPOS, G.W.S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde Soc*. São Paulo, p.263-276, 2016.

ROCHA, S.P; et al. A trajetória da introdução e regulamentação da acupuntura no Brasil: memórias de desafios e lutas. *Ciência & Saúde Coletiva*, p.155-164, 2015

REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA. Definição de musicoterapia. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, v. 1, n. 2, 1996.

RUUD, E. *Caminhos da musicoterapia*. São Paulo: Summus, 1990.

SACRAMENTO, H.T. Vitória (ES): experiência exitosa em PICs. *Manag Prim Heal Care*. 2017; 8(2):333-342.

SANTANNA, C; HENNINGTON, E. A; JUNGES, J. R. Prática médica homeopática e a integralidade. *Interface*, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 233-246, June 2008.

SANTOS, B.S; ARAUJO, S; BAUMGARTEN, M. As Epistemologias do Sul num mundo fora do mapa. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 18, n. 43, p. 14-23, Dec. 2016

SANTOS, F.A.S; et al. Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção de profissionais não-médicos. *Rev Bras Fisioter*, São Carlos, v. 13, n. 4, p. 330-4, jul./ago. 2009

SANTOS, F. P; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface*, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, June 2006.

SANTOS, M.A.C. *Construindo saberes: a formação em Musicoterapia*. In: IV Seminário Estadual de Musicoterapia, Rio de Janeiro: UFRJ, 2018.

SILVA JUNIOR, A.G; PONTES, A.L.M; HENRIQUES, R.L.M. *O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade*. In: PINHEIRO, R; CECCIM, R.B; MATTOS, R.A. (orgs.) *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

SILVA, M.J. Adesão a terapias integrativas do Cremic cresce 47% em um ano. Secretaria de Estado de Saúde. Governo de Goiás. 25 de março de 2019. Disponível em: <www.saude.go.gov.br/adesao-a-terapias-integrativas-do-cremic-cresce-47-em-um-ano/>. Acesso em: 02 de setembro de 2019.

SIMONI, C.; BENEVIDES, I.; BARROS, N. F. As Práticas Integrativas e Complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNIPIC. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, v. 9, p. 70-76, 2008.

SMITH, M. *Musicoterapia no Brasil*. In: BARCELLOS, R.L.M. (org.) *Voices da musicoterapia brasileira*. São paulo: Apontamentos Editora, 2007.

TARCITANO FILHO, Conrado Mariano; WAISSE, Silvia. Novas evidências documentais para a história da homeopatia na América Latina: um estudo de caso sobre os vínculos entre Rio de Janeiro e Buenos Aires. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 779-798, Sept. 2016.

TEIXEIRA, M.Z. Antropologia Médica Vitalista: uma ampliação ao entendimento do processo de adoecimento. *Rev. Med*, São Paulo, p. 145-58, 2017.

TERRA, R. M. et al. Pneumotórax pós-acupuntura: apresentação clínica e tratamento. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 535-538, 2007.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1.732-1.742, 2009.

TESSER, C. D; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, fev. 2008.

UNIÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA .1ª Alteração e Consolidação do Estatuto Social da UBAM. Disponível em: <<http://ubammusicoterapia.com.br/wp-content/uploads/2018/07/estatuto-ubam-musicoterapia.pdf>>. Acesso em: 06 de março de 2020.

VIANNA, M.L.T.W. Em torno do conceito de política social: notas introdutórias. *Escola Nacional de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://antigo.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fMariaLucia1.pdf>>

UNSCHULD, P. *Medicine in China: history of ideas*. Berkeley, University of California Press, 1985 In: MORAES, MRC. A reinvenção da acupuntura: estudo sobre a transplantação

da acupuntura para contextos ocidentais e adoção na sociedade brasileira. (dissertação de mestrado) PUC-SP Programa de Pós-graduação em Ciências da Religião. 2007.

VANDERVAART, s. et al. A systematic review of the therapeutic effects of reiki. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 15, 2009.

VIEIRA, T.C. *O Reiki nas práticas de cuidado de profissionais do Sistema único de Saúde*. 2017. 121f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis.

WILLIAMS, R. *Cultura e materialismo*. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

GLOSSÁRIO

| | |
|------------------------------------|--|
| Acupuntura | Recurso terapêutico da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) que estimula pontos espalhados por todo o corpo, por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas, visando o equilíbrio energético. |
| Antroposofia | Método que busca compreender e tratar o ser humano em sua integralidade, considerando sua biografia e sua relação com a natureza. Possui diferentes recursos terapêuticos como terapia medicamentosa, banhos terapêuticos, massagem rítmica, terapia artística, eiritmia, quirofonética, cantoterapia e terapia biográfica. |
| Apiterapia | Prática terapêutica que consiste em usar produtos derivados de abelhas – como apitoxinas, mel, pólen, geleia real, própolis – para promoção da saúde e fins terapêuticos. |
| Aromaterapia | Prática terapêutica que utiliza as propriedades dos óleos essenciais para recuperar o equilíbrio e a harmonia do organismo visando à promoção da saúde física e mental. |
| Arteterapia | Prática expressiva artística, visual, que atua como elemento terapêutico na análise do consciente e do inconsciente, favorecendo a saúde física e mental do indivíduo. |
| Auriculoterapia | Recurso terapêutico da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) que estimula pontos no pavilhão auricular, visando o equilíbrio energético. |
| Ayurveda | Abordagem terapêutica de origem indiana, que entende a saúde como integração corpo-mente-espírito, na qual um indivíduo saudável deve ter os doshas (humores) em equilíbrio, os dhatus (tecidos) com nutrição adequada e os malas (excreções) eliminados adequadamente. Possui formas específicas de diagnóstico e tratamento. |
| Biodança | Prática expressiva corporal que promove vivências integradoras por meio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, visando restabelecer o equilíbrio afetivo e a renovação orgânica, necessários ao desenvolvimento humano. |
| Bioenergética | Análise bioenergética. Visão diagnóstica que, aliada a uma compreensão etiológica do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, por exemplo, os movimentos sincronizados com a respiração. |
| Chi gong / Chikung / Qi gong | Prática corporal da medicina tradicional chinesa que consiste em uma série de movimentos corporais harmônicos, aliados à respiração, com foco em determinada parte do corpo, para desenvolvimento da energia vital (Qi) e ampliação da percepção corporal e do autoconhecimento |
| Constelação familiar | Método psicoterapêutico de abordagem sistêmica, energética e fenomenológica, que busca reconhecer a origem dos problemas e/ou |

alterações trazidas pelo usuário, bem como o que está encoberto nas relações familiares, por meio do conhecimento das forças que atuam no inconsciente familiar e das leis do relacionamento humano, criando condições para que a pessoa reorienta o seu movimento em direção à cura e ao crescimento.

| | |
|-------------------|--|
| Crenoterapia | Prática terapêutica que utiliza águas minerais com propriedades medicinais, de modo preventivo ou curativo, em complemento a outros tratamentos de saúde |
| Cromoterapia | Prática terapêutica que utiliza as cores do espectro solar – vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, anil e violeta – para restaurar o equilíbrio físico e energético do corpo |
| Dança circular | Prática expressiva corporal que utiliza a dança de roda, o canto e o ritmo para promover a integração humana, o auxílio mútuo e a igualdade visando ao bem-estar físico, mental, emocional e social. |
| Do-in | Técnica terapêutica de automassagem de origem chinesa que utiliza acupressão nos pontos dos meridianos energéticos do corpo humano, com caráter preventivo e curativo. |
| Escalda pés | Técnica terapêutica que consiste em realizar imersão dos pés em água quente que pode ser adicionado óleos essenciais, ervas e flores com objetivos variados como relaxamento, tratar dor de cabeça, insônia, estresse, entre outros. |
| Fitoterapia | Estudo das plantas medicinais e suas aplicações na promoção, na proteção e na recuperação da saúde. |
| Ginástica laboral | Tipo de ginástica cuja prática é especificamente destinada aos funcionários no seu local de trabalho |
| Geoterapia | Técnica terapêutica que consiste na aplicação de argila em determinadas regiões do corpo, para que as propriedades homeostáticas dos minerais de sua composição realizem trocas energéticas, iônicas e radiônicas, e harmonizem o organismo. A argila possui fins antissépticos, antiinflamatórios, cicatrizantes, esfoliantes, entre outros. Há vários tipos de argila, de cores que variam de acordo com sua composição, com poderes curativos e regeneradores diferentes. |
| Hipnoterapia | Conjunto de técnicas que, por meio de intenso relaxamento, concentração e/ou foco, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permita alterar uma ampla gama de condições ou comportamentos indesejados, como medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas |
| Homeopatia | Abordagem terapêutica cujo método terapêutico envolve três princípios fundamentais: a Lei dos Semelhantes; a experimentação no homem sadio; e o uso da ultradiluição de medicamentos. |

| | |
|------------------------------|---|
| Horto de plantas medicinais | Área física com estrutura para a prática de cultivo de espécimes vegetais com finalidade terapêutica. |
| Imposição de mãos | Prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença. |
| Lian gong | Prática corporal chinesa desenvolvida em grupo e caracterizada por um conjunto de 3 séries de 18 exercícios terapêuticos e preventivos, que trabalham o corpo desde a coluna até os dedos dos pés. |
| Massoterapia | Prática terapêutica que envolve a aplicação de técnicas manuais sobre os tecidos externos do corpo visando melhorar o funcionamento do organismo como um todo, em decorrência da combinação de fatores mecânicos, fisiológicos e psicológicos. |
| Medicina tradicional chinesa | Abordagem terapêutica milenar, de origem chinesa, que tem a teoria do yin-yang, a teoria dos cinco elementos e o princípio do livre fluxo do Qi como bases fundamentais para avaliar o estado energético e orgânico do indivíduo, na inter-relação harmônica entre as partes, visando tratar quaisquer desequilíbrios energéticos. |
| Meditação | Prática mental individual que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior. |
| Moxabustão | Recurso terapêutico da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) que consiste no aquecimento dos pontos de acupuntura por meio da queima de ervas medicinais apropriadas, aplicadas, em geral, de modo indireto sobre a pele. |
| Musicoterapia | Prática expressiva que utiliza basicamente a música e/ou seus elementos no seu mais amplo sentido – som, ritmo, melodia e harmonia –, em grupo ou de forma individualizada. |
| Naturopatia | Conjunto de conhecimentos em saúde embasado na pluralidade de sistemas terapêuticos complexos vitalistas, que parte de uma visão multidimensional do processo vida-saúde-doença e utiliza da relação de interagência e de práticas naturais no cuidado e na atenção à saúde para promover, manter ou melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos. |
| Naturopatia | Prática terapêutica que adota visão ampliada e multidimensional do processo vida-saúde-doença e utiliza um conjunto de práticas integrativas e complementares no cuidado e na atenção em saúde. |

| | |
|-----------------------|---|
| Observatório de Saúde | Espaço de desenvolvimento de atividades técnico-científicas de extensão, pesquisa e/ou ensino com objetivo de produzir informações, análises e material de divulgação, promover eventos técnico-científicos que possam subsidiar as tomadas de decisão de órgãos públicos, movimentos sociais e empresariais, e contribuir para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o desenvolvimento dos cuidados e das ações de vigilância no âmbito dos diversos segmentos da Saúde, incluindo a gestão das políticas relacionadas. |
| Osteopatia | Prática terapêutica que adota uma abordagem integral no cuidado em saúde e utiliza várias técnicas manuais – entre elas, a da manipulação do sistema musculoesquelético (ossos, músculos e articulações) – para auxiliar no tratamento de doenças. |
| Pilates terapêutico | Terapêutica de reabilitação baseada no fortalecimento, alongamento, mobilização, favorecimento da coordenação motora e auxílio no ganho da consciência corporal. |
| Planta medicinal | Espécie vegetal, cultivada ou não, administrada por qualquer via ou forma, que exerce ação terapêutica. |
| Quiropraxia | Prática terapêutica que atua no diagnóstico, no tratamento e na prevenção das disfunções mecânicas do sistema neuromusculoesquelético e seus efeitos na função normal do sistema nervoso e na saúde geral. |
| Reflexoterapia | Prática terapêutica que utiliza os microssistemas e pontos reflexos do corpo, existentes nos pés, nas mãos e nas orelhas, para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento. |
| Reiki | Prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital, visando promover o equilíbrio energético. |
| RPG | Reeducação Postural Global, uma técnica de fisioterapia cujo objetivo é promover o equilíbrio dos músculos responsáveis pela postura. O método consiste de posturas específicas que alongam cadeias musculares inteiras e reorganizam os segmentos do corpo |
| Shantala | Prática terapêutica que consiste na manipulação (massagem) do corpo do bebê pelos pais, favorecendo o vínculo entre estes e proporcionando uma série de benefícios em virtude do alongamento dos membros e da ativação da circulação. |
| Shiatsu | Técnica terapêutica corporal de origem oriental que consiste em massagear o corpo fazendo pressão com os dedos e as palmas sobre os pontos de acupuntura. |
| Sistema rio aberto | Chamado Yoga das Américas, é uma proposta de desenvolvimento harmônico do ser humano por meio da integração de corpo, mente e espírito. |

| | |
|---------------------------------|--|
| Su Jok | Técnica de acupuntura nas mãos e pés criada pelo professor coreano Park Woo Jae. |
| Tai chi chuan | Prática corporal coletiva de origem oriental que consiste em posturas de equilíbrio corporal e na realização de movimentos lentos e contínuos que trabalham, simultaneamente, os aspectos físico e energético do corpo. |
| Talassoterapia | Prática terapêutica que utiliza recursos naturais marítimos – água do mar, algas, lamas marinhas, areias. |
| Terapia comunitária integrativa | Prática terapêutica coletiva que envolve os membros da comunidade numa atividade de construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades. |
| Terapia de florais | Prática terapêutica que utiliza essências derivadas de flores para atuar nos estados mentais e emocionais. |
| Termalismo | Prática terapêutica que consiste no uso da água com propriedades físicas, térmicas, radioativas e outras – e eventualmente submetida a ações hidromecânicas –, como agente em tratamentos de saúde. |
| Tui na | Técnica terapêutica de massagem chinesa utilizada para tonificação ou sedação dos pontos dos meridianos do indivíduo, visando ao equilíbrio do fluxo de energia (Qi) por estes canais e das energias yin e yang. |
| Ventosaterapia | Técnica terapêutica de origem oriental, que utiliza sucção nos canais de energia para estímulo dos pontos de acupuntura. |
| Yamamoto | Técnica de acupuntura no crânio desenvolvida pelo médico japonês Toshikatsu Yamamoto. |
| Yoga | Prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação. Existem diversos tipos como hatha yoga, ashtanga yoga, vinyasa yoga, tantra yoga, entre outros. |
| ZuYenSu | Prática matinal de automossagem baseado na medicina tradicional chinesa |