

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Gabriella Carrilho Lins de Andrade

Ensino e formação em práticas integrativas e complementares em cursos de graduação em saúde: o “ainda não” nas universidades públicas pernambucanas?

Rio de Janeiro

2021

Gabriella Carrilho Lins de Andrade

Ensino e formação em práticas integrativas e complementares em cursos de graduação em saúde: o “ainda não” nas universidades públicas pernambucanas?

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de Concentração: Determinação dos Processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Orientadora: Prof^a. Dra. Denise Cavalcante de Barros.

Coorientadora: Prof^a. Dra. Marilene Cabral do Nascimento.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Teaching and training in tradicional, complementary and integrative medicine in undergraduate health courses: the “not yet” in public universities in Pernambuco?

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

A553e Andrade, Gabriella Carrilho Lins de.
Ensino e formação em práticas integrativas e complementares em cursos de graduação em saúde: o “ainda não” nas universidades públicas pernambucanas? / Gabriella Carrilho Lins de Andrade. — 2021.
181 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientadora: Denise Cavalcante de Barros.
Coorientadora: Marilene Cabral do Nascimento.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Terapias Complementares. 2. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 3. Instituições de Ensino Superior. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Saúde Pública. I. Título.

CDD – 23.ed. – 615.53

Gabriella Carrilho Lins de Andrade

Ensino e formação em práticas integrativas e complementares em cursos de graduação em saúde: o “ainda não” nas universidades públicas pernambucanas?

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de Concentração: Determinação dos Processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Aprovada em: 31 de agosto de 2021.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^ª. Dra. Daniela Dallegrave
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^ª. Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Prof^ª. Dra. Mirna Barros Teixeira
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof^ª. Dra. Denise Cavalcante de Barros
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Orientadora)

Rio de Janeiro

2021

Dedico este trabalho a tudo que tem pulsão de vida.
Em especial a vovô Aarão que,
sem falar nada, tanto disse.

AGRADECIMENTOS

Ainda que o processo de escrita seja, a princípio, individual e solitário, essa caminhada que a gente só faz caminhando - mesmo que sentada, mas com a cabeça correndo mais rápido que mil pés, eu não fiz sozinha. Senti mão e coração de muitas pessoas, comigo. Nesse momento, que não necessariamente é só conclusão, mas é de entrega, não poderia deixar de lembrá-las aqui - pois foram presente e força quando a saída parecia não ter luz. Enquanto eu via um não-lugar, elas me mostravam que eu, em mim, já era, e que ali –onde eu devia estar- eu já estava. As reflexões e amadurecimentos acontecem para além dos hiatos, muito também no compartilhar. A felicidade em aprender a aprender vem da troca, dos diálogos e dos silêncios que borbulharam nessas pouco mais de quatro voltas ao redor do sol. Quero, como Bethânia, Abraçar e Agradecer:

Àquele que me concedeu o sopro da vida e nela tem oportunizado sonhos reais e bons encontros.

A meu pai, mães e irmãos, que ao compreenderem meu desejo de ir além, fazem sopro para qualquer voo que eu quiser voar porque sabem que com eles, do outro lado, de onde eu tiver consigo me orientar.

Aos familiares, amigas, amigos e amores que estiveram sempre e apesar.

À esta Escola que se fez casa desde a Residência e onde aprendi sobre o lugar que quero estar bem como as lutas e bandeiras das quais não posso me eximir.

Às professoras orientadoras pela confiança e coragem de ser e estar comigo e, de mãos-dadas, me ensinarem por meio deste trabalho a escrever também a minha história.

Às minhas professoras e professores que no decorrer dessa trajetória me inspiram a ser gente e deixaram tanto de si comigo.

Às e aos colegas de turma por serem resistência junto, ainda que separados por uma pandemia no meio do caminho.

À minha e-terna equipe NASFamor com quem dividi alegrias microscópicas no fazer cotidiano do SUS que acreditamos e às usuárias e usuários com quem fui me reconhecendo profissional de saúde para além de nutricionista.

À toda comunidade acadêmica da Universidade Federal de Pernambuco do Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão (UFPE/CAV), em especial à equipe de Nutrição em Saúde Pública e às minhas alunas e alunos com quem pude perder o medo (d)e me encontrar.

À toda a equipe da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) pela compreensão da minha chegada nesse tempo e por me incitarem ao desafio e à construção de um olhar, pensar e fazer novos.

À comissão examinadora, que dedicou seu tempo para contribuir com minhas inquietações.

À Capes pelo auxílio financeiro.

À cada pessoa entrevistada, que pelo exercício da docência, me ensinou tanto sobre as PICS quanto sobre-viver; com vocês reconheci que se o pensar permite a existência, o sentir nos aproxima da liberdade.

[...] ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, sem aprender a refazer, a retocar o sonho por causa do qual a gente se pôs a caminhar.

FREIRE, 2000, p.155

RESUMO

Apesar do avanço no âmbito das políticas e da implantação das práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) nos serviços, é escasso o número de instituições que ofertam formação profissional em outras racionalidades em saúde afinadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da saúde coletiva. Diante desta premissa, o objetivo deste estudo foi compreender a oferta do ensino de PICS no âmbito das graduações em saúde das instituições de ensino superior (IES) públicas no estado de Pernambuco (PE). Para isso, foram elaborados três produtos: o 1) Capítulo de livro: “As universidades e o ensino e formação em outras abordagens em saúde: um diálogo entre as experiências cubana, norte-americana e brasileira” teve como objetivo apresentar uma reflexão sobre a experiência do Brasil na incorporação de PICS em currículos universitários de graduação na área da saúde em diálogo com trajetórias exitosas de outros países, por meio de uma revisão de literatura. Para conhecer o cenário de Pernambuco e mapear a situação, elaborou-se o 2) Artigo 1: “Formação em práticas integrativas e complementares em instituições de ensino superior: o ‘ainda não?’”, de cunho quantitativo, que objetivou caracterizar a oferta das disciplinas em PICS nos cursos de graduação em saúde das IES públicas de PE, segundo as categorias empíricas de “exclusividade temática” e “atualidade da oferta”, com discussão e análise à luz de literatura nacional e internacional e do referencial teórico das Epistemologias do Sul. Na perspectiva de aprofundar as questões suscitadas anteriormente, o 3) Artigo 2: “A experiência docente no ensino em práticas integrativas e complementares em instituições de ensino superior” teve o intuito de analisar a experiência e percepção de docentes envolvidos com o ensino e formação em PICS nos cursos de graduação em saúde nas IES públicas pernambucanas, com uma abordagem qualitativa. Embora as disciplinas de Saúde Coletiva tenham se mostrado uma importante estratégia para abrigar as PICS nos currículos, a instabilidade e restrições verificadas na oferta revelam que o reconhecimento da diversidade epistemológica em saúde como compromisso do SUS e da saúde coletiva é uma meta ainda a ser consolidada. As graduações em saúde estão longe de oferecer uma formação em PICS aos futuros profissionais que lhes possibilite uma ampla e efetiva integração dessas práticas no SUS. As resistências observadas para incrementar esse ensino apontam para uma atualização da política nacional de PICS capaz de propiciar ações indutoras para além da educação permanente aos profissionais que já atuam no SUS, como acontece nos EUA e em Cuba, por exemplo. Interfaces entre questões políticas, éticas, econômicas, culturais e paradigmáticas contribuem para o “ainda não” das PICS nesse cenário e impulsionam uma luta crescente e organizada de diferentes atores sociais também por uma justiça cognitiva. As evidências produzidas a partir de diferentes experiências podem ser úteis na pavimentação de outros caminhos, de maneira que o tempo do futuro aconteça num hoje onde se constrói o reconhecimento de saberes plurais, a valorização da diversidade epistêmica nas universidades e a integração de diferentes práticas de cuidado nos serviços públicos de saúde.

Palavras-chave: Terapias Complementares. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Instituições de Ensino Superior. Sistema Único de Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

Despite advances in the scope of policies and the implementation of traditional, complementary and integrative medicine (TCIM) in services, there are few institutions that offer professional training in other health rationales in tune with the principles of the Unified Health System (SUS) and of collective health. Given this premise, the objective of this study was to understand the offer of teaching TCIM in the scope of health graduations in public higher education institutions (IES) in the state of Pernambuco (PE). For this, three products were created: 1) Book Chapter: "Universities and education and training in other approaches to health: a dialogue between Cuban, North American and Brazilian experiences" aimed to present a reflection on Brazil's experience in the incorporation of TCIM into university curricula for undergraduate health in a dialogue with successful trajectories from other countries, through a literature review. To get to know the Pernambuco scenario and map the situation, the 2) Article 1: "Training in traditional, complementary and integrative medicine in higher education institutions: the 'not yet?', of a quantitative nature, which aimed to characterize the offer of disciplines in TCIM in undergraduate health courses of public HEIs of PE, according to the empirical categories of "thematic exclusivity" and "current supply", with discussion and analysis in the light of national and international literature and the theoretical framework of Epistemologies of South. In order to deepen the issues raised above, 3) Article 2: "The teaching experience in teaching in traditional, complementary and integrative medicine in higher education institutions" aimed to analyze the experience and perception of teachers involved with teaching and training in TCIM in undergraduate health courses in public HEIs in Pernambuco, with a qualitative approach. Although the Collective Health disciplines have proven to be an essential strategy to include the TCIM in the curricula, the instability and restrictions observed in the offer reveal that the recognition of epistemological diversity in health as a commitment of the SUS and public health is a goal that has yet to be consolidated. Graduates in health are far from offering training in TCIM to future professionals that enable them to have a broad and effective integration of these practices in the SUS. The resistances observed to increase this teaching point to an update of the national TCIM policy capable of inducing actions beyond permanent education to professionals already working in the SUS, as is the case in the USA and Cuba, for example. Interfaces between political, ethical, economic, cultural, and paradigmatic issues contribute to the "not yet" of the TCIM in this scenario and drive a growing and organized struggle of different social actors also for cognitive justice. The evidence produced from different experiences can be helpful in paving other paths. The time of the future happens in today, where plural knowledge recognition is built, the appreciation of epistemic diversity in universities, and the integration of different practices care in public health services.

Keywords: Complementary Therapies. Health Human Resource Training. Higher Education Institutions. Unified Health System. Public Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Instituições com disciplina optativa com conteúdo de acupuntura e carga-horária.....	31
Quadro 2	Instituições com disciplinas obrigatórias e/ou optativas com conteúdo em homeopatia e carga-horária.....	32
Tabela 1	Síntese de disciplinas que contemplam a homeopatia na graduação médica da Universidade Federal Fluminense quanto a ano de criação, carga horária, créditos, formato, período letivo, pré-requisitos, número médio de alunos matriculados e conteúdo. UFF, Niterói (RJ), 2016.....	33
Gráfico 1	Número de participantes de formação em PICS no período de 2014-2016.....	48
Figura 1	América Invertida.....	67
Quadro 3	Cursos de graduação em saúde na modalidade bacharelado e disciplinas com Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nas Instituições de Ensino Superior pernambucanas, 2018.....	74
Quadro 4	Produtos da Tese, 2021.....	79

Capítulo de livro

Quadro 1	Principais desafios e estratégias para integração das MTCI* aos currículos de graduações em saúde em Cuba, EUA** e Brasil.....	105
----------	--	-----

Artigo 1

Figura1	Distribuição territorial das disciplinas em PICS* segundo exclusividade temática e atualidade da oferta por cidade dos <i>campi</i> das IES públicas do estado de Pernambuco – Brasil, 2019-2020.....	122
Gráfico 1	Distribuição de disciplinas em PICS* por IES públicas do estado de Pernambuco - Brasil segundo exclusividade temática e atualidade da oferta, 2019-2020.....	123
Gráfico 2	Distribuição de disciplinas em PICS por subáreas da saúde segundo exclusividade temática e atualidade da oferta nas IES públicas do estado de Pernambuco - Brasil, 2019-2020.....	124
Gráfico 3	Distribuição de disciplinas em PICS por subtemas segundo exclusividade temática e atualidade da oferta nas IES públicas do estado de Pernambuco - Brasil, 2019-2020.....	125
Gráfico 4	Distribuição de disciplinas em PICS por formato e conteúdo segundo exclusividade temática e atualidade da oferta nas IES públicas do estado de Pernambuco - Brasil, 2019-2020.....	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACN	<i>American Association of Colleges of Nursing</i>
AB	Atenção Básica
ABRATECOM	Associação Brasileira de Terapia Comunitária
AMA	<i>American Medical Association</i>
AMHB	Associação Médica Homeopática Brasileira
AMSA	<i>American Medical Student Association</i>
AVASUS	Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS
CAHCIM	<i>Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine</i>
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNC	Comissão Nacional de Carreira
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ECMNT	Estratégia Curricular de Medicina Natural e Tradicional
ENSP/Fiocruz	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz
EPS	Educação Popular em Saúde
FACHUCA	Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Aplicadas ao Cabo de Santo Agostinho
FMJ	Faculdade de Medicina de Jundiaí
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IES	Instituição de Ensino Superior
IMS/UERJ	Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
MBE	<i>Medicina Basada en la Evidencia</i>
MCA	Medicina Complementar e Alternativa
MNT	Medicinas Naturais e Tradicionais
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
MTCI	Medicina Tradicional Complementar e Integrativa
NAPI	Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NCCAM	<i>National Center for Complementary and Alternative Medicine</i>
NCCIH	<i>National Center for Complementary and Integrative Health</i>

NHIS	<i>National Health Interview Survey</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMF	Plantas Medicinais e Fitoterapia
PMNPC	Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PNS	Pesquisa Nacional em Saúde
RM	Racionalidades Médicas
RMS	Residências Multiprofissionais em Saúde
SCNES	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SMS/SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa
TCIM	<i>Traditional, Complementary and Integrative Medicine</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapia Ocupacional
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFV	Universidade Federal de Viçosa
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	26
2.1	OBJETIVO GERAL.....	26
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
3	CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA: ENSINO E FORMAÇÃO EM OUTRAS ABORDAGENS EM SAÚDE	27
3.1	NA REALIDADE BRASILEIRA.....	29
3.1.1	Reconhecimento de algumas PICS	29
3.1.2	Instituições de ensino com presença de PICS e seus formatos de inserção	30
3.1.3	Percepções de professores e coordenadores sobre as PICS	40
3.1.4	Percepções de estudantes e egressos sobre as PICS	42
3.1.5	Estratégias de formação em serviço pelo Ministério da Saúde	47
3.2	NO CENÁRIO NORTE-AMERICANO.....	49
3.2.1	Histórico de incentivo para inserção de MTCI no ensino universitário	49
3.2.2	Barreiras e desafios para inclusão de MTCI nos currículos	51
3.2.3	Características gerais dos currículos com MTCI	54
3.2.4	Estratégias, avanços e aprendizados da integração curricular com MTCI	57
3.3	NO CONTEXTO CUBANO.....	58
3.3.1	Histórico de integração de MTCI ao ensino universitário	58
3.3.2	Características gerais da integração de MNT nos currículos	60
3.3.3	Barreiras e desafios para a integração de MTCI no ensino em Cuba	63
3.3.4	Aprendizados sobre as possibilidades de integração das MTCI nos currículos cubanos	64
4	PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO E ÉTICO: UMA FORMA DE PENSAR INSCRITA NUM MODO DE FAZER	67
4.1	NOSSO NORTE SÃO AS EPISTEMOLOGIAS DO SUL.....	67
4.2	NO MEIO DO CAMINHO TINHAM NÚMEROS E PALAVRAS.....	71
4.2.1	Tipo de estudo	71
4.2.2	Cenário do estudo	71
4.2.3	Participantes do estudo	72
4.2.4	Construção e análise dos dados	73

4.2.4.1	Primeiro momento.....	75
4.2.4.2	Segundo momento.....	76
4.3	UMA POSTURA ADOTADA.....	77
5	ENCONTROS (IN)ACABADOS.....	79
5.1	ARTIGO 1: AS UNIVERSIDADES E O ENSINO E FORMAÇÃO EM OUTRAS ABORDAGENS EM SAÚDE: UM DIÁLOGO ENTRE AS EXPERIÊNCIAS CUBANA, NORTE-AMERICANA E BRASILEIRA.....	80
5.2	ARTIGO 2: FORMAÇÃO EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR: O “AINDA NÃO”?.....	115
5.3	ARTIGO 3: A EXPERIÊNCIA DOCENTE NO ENSINO EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR.....	136
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	153
	REFERÊNCIAS.....	155
	APÊNDICE A - DESCRIÇÃO DAS PICS ELECADAS NA PNPIC.....	162
	APÊNDICE B – DOCUMENTOS PARA COMPOR SEÇÃO 3.1.....	165
	APÊNDICE C – DOCUMENTOS PARA COMPOR SEÇÃO 3.2.....	167
	APÊNDICE D – DOCUMENTOS PARA COMPOR SEÇÃO 3.3.....	169
	APÊNDICE E – ROTEIRO-GUIA SEMIESTRUTURADO.....	170
	APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	171
	ANEXO A - CONSULTA POR INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR.....	174
	ANEXO B – DECLARAÇÃO DO CAPÍTULO DE LIVRO APROVADO.....	176

APRESENTAÇÃO

Foi apenas nos momentos finais da graduação em nutrição na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), mais precisamente na disciplina de saúde pública, que consegui achar o lugar da nutricionista que se formava em mim e então vislumbrei a minha possibilidade de atuação. A perspectiva crítica e não estritamente biologicista, a visão do social complementar ao individual, a abordagem humanizada e integral, a ampliação das maneiras de cuidar e tanto mais surgiram na teoria fazendo sentido com o que era ânsia dentro de mim durante todo esse percurso acadêmico. *Abocanhei um primeiro e verdadeiro encontro.*

Percebi estar desde aí estudando em comunhão com o meu olhar diante à vida e o querer daquele momento era experienciar tudo aquilo, o desejo era experimentar palavras. A possibilidade viria revestida de tamanha expectativa com o derradeiro estágio, porque em saúde pública. E aconteceu como parecendo estar escrito no universo, fui então estagiária do Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas (NAPI) em Recife/PE. Lá aprendi para além do que estava na grade curricular e senti a liberdade de pensar e viver o Sistema Único de Saúde (SUS) que comecei a acreditar e defender com propriedade de causa. *Saboreei uma (re)formação.*

Reconheci nas práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) um tanto do “sem nome” que me parecia faltar. O cardápio de ofertas de cuidado parecia se descortinar para cada usuária/o, que alinhavava de maneira singular às suas necessidades o que lhe cabia, ou seja, era o SUS cumprindo a dimensão ética do direito à escolha terapêutica. Sentia dos diferentes profissionais o engajamento de serem; sim, da saúde - e não da doença. *Deleitei-me com essa sobremesa.*

O prato seguinte, ainda que distante mais de 2.000 km, foi escolhido de maneira assertiva. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) no Rio de Janeiro/RJ me permitiu aprofundar o conhecimento e experiência sobre o nosso sistema de saúde, seus desafios e conquistas no que concerne à atenção básica (AB), dentre outros saberes e sabores advindos da relação teoria-prática. *Mas senti falta de um importante tempero.*

Enquanto residente, naquela casa, pouco pude desenvolver teoricamente a iniciada relação com as PICS. Inseti-as nas fendas existentes do meu cenário de aprendizagem, uma Clínica da Família no Complexo do Alemão. No trabalho em ato onde acreditava ser possível, cabível e

aceitável ofertei outras lógicas de cuidado, com ressonância nas/os usuárias/os e profissionais, que se mostraram curiosas/os e interessadas/os. *Sapiência também passa pelo gosto em experimentar.*

No mestrado em saúde pública, na mesma instituição, foi segurando a primavera nos dentes que cavei a oportunidade de, com maior autonomia, mastigar com mais atenção sobre o que entendi desde o princípio como uma das PICS (ainda que esborrando as elencadas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares), a alimentação viva. Na minha dissertação “Quem sabe faz o vivo: a alimentação viva na prática de profissionais de saúde no SUS”, busquei compreender como essa se insere na prática de profissionais de saúde, oriundas/os do “Projeto Terrapia”, no âmbito do sistema, identificando a resignificação acerca do vivo em seu processo de trabalho e descrevendo características passíveis de serem colocadas no serviço, bem como, os principais limites e possibilidades existentes na busca dessa interface. *Claro! Algumas várias questões ficaram por digerir.*

Como nutricionista, por dois anos e meio, compondo uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Complexo da Maré/RJ, envidei esforços para me aproximar sempre que possível do paradigma vitalista, discutindo e colocando em evidência as contradições de uma abordagem tão somente calórico-quantitativa, utilizando ou sugerindo práticas que pudessem auxiliar no cuidado ao ser humano de maneira mais integral porque para além de um corpo orgânico, entendo que somos um corpo social e político, feitos de energia e com emoções. *Acredito no cotidiano recheado de nós inteiros.*

Como professora substituta de nutrição em saúde pública na universidade que me formou, mas no campus de Vitória de Santo Antão/PE - fruto da interiorização das federais no governo Lula da Silva- percebi a curiosidade epistemológica acompanhando educandas/os e educadoras/es que a partir do saber ouvir conseguem alargar as possibilidades para a construção compartilhada dos diferentes conhecimentos. *Tem uma outra fome colorida que (s)urge para quem a escuta.*

É por refletir também essa trajetória que, neste doutorado em saúde pública, propus compreender a oferta do ensino de práticas integrativas e complementares (PICS) no âmbito das graduações em saúde das instituições de ensino superior (IES) públicas no estado de Pernambuco com potencial para atender às demandas do Sistema Único de Saúde. *Desejo é nunca perder minha capacidade de ser insaciável.*

1 INTRODUÇÃO

As palavras significam e representam, evocam simbolismos e aguçam memórias. Não são escolhidas ao acaso, tampouco, têm seu uso sem propósito pois sustentam ideias e carregam em si uma intencionalidade. O objeto trabalhado é nomeado de maneira distinta a depender de quem o empregue e, isso posto, pode-se dizer que a interpretação dele também apresenta algumas nuances. A questão transcende o processo de escolha dos nomes porque o que está em jogo é a disputa por significados. Em Linguística, Saussure (2006) diria que o significado, ou seja, o conceito, o que está no plano das ideias, estaria no cerne do que queremos expressar. Porém, o significante, ou seja, a parte sensível e imagem acústica do que proferimos, é a forma como se apresenta o nosso objeto. Escolhas institucionais não são aleatórias.

A conceituação das práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) é uma árdua tarefa, uma vez que abarca elementos diferentes entre si, se configurando como um campo de saberes e cuidados, bastante heterogêneo, genérico, múltiplo e sincrético (Tesser, 2009; Andrade e Costa, 2010; Sousa, 2013). Esse é o termo cunhado pelo Ministério da Saúde (MS), mas se relaciona ao que a Organização Mundial de Saúde (OMS) já nomeou como medicina tradicional/medicina complementar e alternativa (MT/MCA) e que atualmente utiliza medicina tradicional complementar e integrativa (MTCI) de maneira a englobar as racionalidades médicas vitalistas e também as práticas terapêuticas não biomédicas ou não convencionais (Andrade e Costa, 2010; Nascimento et al., 2013, World Health Organization, 2013).

As definições sobre MTCI são:

Medicina tradicional: são os conhecimentos, as capacidades e práticas que se baseiam nas teorias, crenças e experiências próprias das diversas culturas, mesmo que explicáveis ou não, mas que são utilizadas para manutenção da saúde, prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças físicas e mentais. **Medicina complementar:** os termos “medicina complementar” ou “medicina alternativa” são um amplo conjunto de práticas de atenção à saúde que não fazem parte da tradição nem da medicina convencional de um determinado país e não estão totalmente integradas no sistema de saúde predominante. **Medicina tradicional e complementar:** A medicina tradicional e complementar funde os termos “medicina tradicional” e “medicina complementar” e abrange produtos, práticas e profissionais (World Health Organization, 2013:15). **Medicina integrativa:** reafirma a importância da relação médico-paciente, foca na pessoa de forma holística, são informadas pela evidência e usam todas as abordagens terapêuticas e de estilos de vida, profissionais de saúde e disciplinas para obter ótima saúde e cura (Academic Consortium for Integrative Medicine & Health, 2018). Um tipo de atenção em saúde que combina tratamentos médicos convencionais (padrão) com as terapias complementares e alternativas que foram provadas como seguras e efetivas. As terapias complementares e alternativas tratam a mente, o corpo e o espírito (National Cancer Institute, 2018, s/p).

Embora muitas vezes utilizados como sinônimos, os termos “complementar” e “alternativa”, são compreendidos de maneira diferenciada pelo *National Center for Complementary and Integrative Health*¹ (NCCIH) (antigo *National Center for Complementary and Alternative Medicine* - NCCAM) que considera o primeiro como a mistura entre as abordagens não convencionais e a medicina convencional e o segundo como aquele que faz uso da abordagem não convencional em detrimento da convencional. Para o NCCIH, ainda pode ser encontrado o termo “medicina funcional”, um conceito que se assemelha à saúde integrativa, mas que pode se referir a uma abordagem semelhante à naturopatia – um sistema que evoluiu a partir da combinação de práticas tradicionais e abordagens de cuidados de saúde populares no continente europeu no século XIX (NCCIH, 2018).

A saúde integrativa refere-se aos cuidados que se utilizam de abordagens convencionais e complementares de maneira coordenada, centrada na pessoa, de forma holística. As abordagens complementares incluem: produtos naturais (ervas, vitaminas, minerais, probióticos), práticas mente-corpo (yoga, quiropraxia, osteopatia, meditação, acupuntura, tai chi chuan, qi gong, hipnoterapia, dentre outras) e outras abordagens complementares em saúde (curandeiros tradicionais, medicina ayurvédica, medicina tradicional chinesa, homeopatia, naturopatia e medicina funcional) (NCCIH, 2018).

Assim, é preciso de antemão fazer aparecer a inexistência, na literatura, de um consenso sobre um conceito que venha a definir com exatidão as MTCI e PICS (Barros e Nunes, 2006; World Health Organization, 2013; Brasil, 2018), que guardam interface ainda com a categoria racionalidades médicas (RM) (Sousa, 2013; Luz, 2007; Nascimento, 2013), trabalhada a seguir. Antes, vale dizer que neste trabalho fez-se a opção por utilizar majoritariamente o termo práticas integrativas e complementares (PICS) adotado pelo MS, pois se trata de um estudo a nível nacional/local, contudo, ao se referir às experiências internacionais, utilizou-se “medicina tradicional complementar e integrativa” (MTCI). Ademais, é preciso dizer que na busca bibliográfica ainda foram encontrados outros termos como “medicinas alternativas e complementares”, “medicinas naturais e tradicionais”, “práticas não-convencionais em saúde”,

¹ O NCCIH dos *National Institutes of Health* (NIH) é a principal agência do governo federal norte-americano para pesquisas científicas sobre os diversos sistemas, práticas e produtos que não fazem parte da chamada medicina convencional (<https://nccih.nih.gov/about>).

“terapias alternativas e complementares”, “práticas heterodoxas em saúde”, “terapêuticas não convencionais”, por exemplo.

Racionalidade é a categoria que fala da maneira de pensar a vida, o ser humano e as expressões do corpo, bem como das subjetividades. Segundo Luz (1988), é a racionalidade científica o formato de conhecimento privilegiado para tratar das manifestações das histórias e da vida. A autora construiu a categoria “Racionalidades Médicas” ancorada num amplo contexto de questões relevantes para a saúde. Para estudar sistemas médicos complexos e terapêuticas tradicionais e complementares, foi criado o projeto Racionalidades Médicas, no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), nos primórdios de 1990. Propondo a comparação de quatro medicinas: homeopática, tradicional chinesa, ayurvédica e ocidental contemporânea, tinha como hipótese a coexistência de distintas racionalidades médicas na cultura atual (Nascimento et al., 2013).

Em sua primeira fase, a partir da perspectiva de tipo ideal weberiano, a construção da categoria de RM foi utilizada como recurso teórico para o que se apresenta no social. Constatou-se que existem cinco dimensões embasadas teórica e simbolicamente na *cosmologia* (uma sexta dimensão, própria da cultura e enraizada num universo simbólico de sentidos) para compreender as formas de organização dos modos de entender a saúde. São elas: a) *morfologia humana*, relacionada ao corpo; b) *dinâmica vital humana*, que diz do movimento da vitalidade; c) *doutrina médica*, que define sobre o processo saúde-doença; d) *sistema de diagnose*, determina o diagnóstico do que é ou não morbidade; e) *sistema terapêutico*, define o tipo de intervenção (Luz, 1993).

O projeto de RM teve a partir de 1994 a sua segunda fase, onde os estudos se debruçaram sobre os profissionais e usuários do serviço de saúde, trazendo suas representações acerca do processo saúde-doença por meio de entrevistas e observação direta. Em 1997, na terceira fase, a produção esteve voltada para as práticas terapêuticas e de saúde. A quarta fase tem a temática do ensino e formação como eixo primordial de suas reflexões (Nascimento, 2013).

Considerando a diferenciação entre a categoria RM e as PICS, pode-se entender a primeira como uma matriz que permite a análise das formas de cuidado à saúde numa abordagem ampla das segundas. A categoria Racionalidades Médicas cria uma outra maneira de compreender epistemológica-filosófica-socialmente os diferentes saberes de cuidado e cura, sendo então um marcador sociológico que distingue um sistema médico complexo de uma prática terapêutica ou

diagnóstica (Nascimento et al., 2013). Tesser e Luz (2008, p.203) indicam que “o SUS constitui-se em lócus privilegiado de desenvolvimento da expansão dessas outras racionalidades”.

Ainda com toda diversidade de nomenclatura, pode-se observar como ponto comum entre elas a proposição de uma inflexão paradigmática. Para Kunh (2007), os paradigmas são os modelos explicativos da ciência, as representações, as formas de interpretar o mundo e seus fenômenos com reconhecimento universal, que ofertam, durante algum período, problemas e soluções para a comunidade científica. Nessa perspectiva, estão os processos educacionais envolvidos numa questão paradigmática como uma ótica, uma maneira de ver o mundo a partir das lentes de uns óculos. A mudança de paradigma acontece como um abraçar de uma forma nova de vida, de modo que estão vinculadas as maneiras de ver e viver (Nogueira, 2013).

O objeto em questão se refere mais a um conjunto de terapias, cuidados, saberes, práticas e abordagens que preza por uma visão integral do ser humano compreendido como um campo de energia; onde a vida é vista como movimento, o adoecer se refere ao bloqueio ou aceleração desse movimento e a morte como o seu cessar no plano físico -o *paradigma bioenergético ou vitalismo*, do que por aquele instituído no modelo científico hegemônico -o *paradigma biomédico ou newtoniano-cartesiano*, que associa o corpo humano ao funcionamento de uma máquina, uma metáfora frequentemente empregada para falar desse corpo como um conjunto de partes (Luz, 1988; Luz e Wenceslau, 2012; Andrade e Costa, 2010).

Assim, as concepções fundadas sob o controle do corpo biológico que colocam o adoecimento como desgaste e má utilização do mesmo, responsabilizam o indivíduo. Tais concepções tendem a ser deslocadas (Nascimento et al., 2013), sendo as práticas integrativas e complementares produtoras de novas subjetividades porque tentam produzir uma distância do modelo mecanicista que se apoia no método experimental e quantitativo para produzir sua verdade e defendê-la como única possibilidade. Concorda-se que “embora os paradigmas constitutivos das duas práticas [...] sejam diferentes e contraditórios, pois enquanto um enfoca a doença o outro prioriza a saúde, a comunicação entre eles pode renovar as intervenções na saúde pública, que tem se esforçado por garantir seu diálogo” (Telesi Junior, 2016, p.106).

A utilização e disseminação dessas práticas no cuidado em saúde têm crescido no mundo (World Health Organization, 2013): em países em desenvolvimento tanto por questões culturais, fácil acesso quando comparado à biomedicina e eficácia positiva (Luz, 2000), bem como nos países desenvolvidos pela insatisfação com a medicina mecanicista, materialista, invasiva,

intervencionista e impessoal e ainda pelas próprias características dessas práticas que estimulam ao reequilíbrio, promovem aproximação profissional-usuário e a integralidade das mesmas (Tesser, 2009). Contudo, para além dessa crise na saúde que faz com que a população busque outras racionalidades revalorizando antigos padrões e formas de expressão da cultura (Luz, 2007), existe ainda a insustentabilidade financeira do modelo biomédico (Sousa, 2013).

A institucionalização a nível nacional ocorre desde a década de 80 após a criação do SUS. As experiências com essas outras abordagens nos serviços de saúde foram se solidificando por meio das políticas e ações estaduais e municipais que, com a descentralização e participação popular, garantiram maior autonomia local para implantá-las e implementá-las (Brasil, 2006).

Em 2005 o Ministério da Saúde divulgou o Resumo Executivo do que seria a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) (Brasil, 2005). O texto técnico passou por todas as instâncias, mas ao final o documento teve alterações de nome, dentre outras, o que resultou na forma da Portaria n. 971 de 03 de maio de 2006 que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) com objetivo de estimular tais práticas e fortalecer os princípios fundamentais do Sistema sendo entendida como mais um passo para implantação do SUS (Brasil, 2006).

A PNPIC inicialmente reconheceu as práticas de medicina chinesa/acupuntura, medicina antroposófica, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia e termalismo social/crenoterapia (Brasil, 2006). Ainda que seja importante questionar o porquê do crescimento das PICS num contexto político-econômico adverso, mais especificamente, num cenário de desmantelamento do SUS, é fato que as PICS ganharam visibilidade e ampliação por meio de recentes portarias.

Em 2017, por meio da Portaria n. 849 de 27 de março, são incluídas arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga (Brasil, 2017). No ano seguinte, a Portaria n. 702 de 21 de março de 2018, inclui novas práticas: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais. Assim, atualmente somam-se 29 práticas (Apêndice A) reconhecidas e incentivadas no SUS (Brasil, 2018). Tesser, Sousa e Nascimento (2018a) atentam que os novos documentos não trazem financiamento adicional nas PICS -sendo talvez a única política nacional na área da saúde que não conta com orçamento próprio- para além do que já havia antes de 2006.

Sobre a inserção das PICS nos serviços, ainda que não seja objeto do estudo, tem-se que: o monitoramento dessas práticas no SUS é feito a partir dos dados de três sistemas: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e Sisab/e-SUS (com informações próprias da atenção básica). Também se utilizam resultados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, da Pesquisa Nacional em Saúde (PNS), do Cadastro Nacional de PICS e das informações oferecidas pelo apoio institucional. A partir de então, é possível minimamente traçar um breve panorama das PICS no SUS (Ministério da Saúde, 2016).

Dados do SCNES/SUS de 2016 apontam que em 2015 havia 5.139 estabelecimentos de saúde ofertando alguma PIC, distribuídos em 17% dos municípios do país, contemplando 100% das capitais. Por nível de atenção à saúde, a distribuição acontece de maneira que a atenção básica é responsável por 78% dessa oferta, a atenção especializada por 18% e a atenção hospitalar por 4% (Ministério da Saúde, 2016).

Com as informações do segundo ciclo do PMAQ-AB (de abril de 2013 a agosto de 2014), em 336 municípios dos 4.769 que responderam ao módulo eletrônico afirmou-se a existência de normativa municipal para implementação das ações em PICS sejam leis, decretos, portarias ou outras formas de regulamentação. Das 29.798 equipes de AB, 5.666 realizavam PICS, sendo distribuídas em 3.787 estabelecimentos de saúde, em 1.230 municípios. Das 1.765 equipes NASF avaliadas, 393 realizavam PICS em 144 municípios, sendo que 247 afirmaram que existem serviços de referência em PICS para encaminhar os usuários. As PICS mais ofertadas por essas equipes foram: medicina tradicional chinesa/práticas corporais (tai chi chuan, lian gong, chi gong, tui-ná) e/ou mentais (meditação). Também muito presentes foram a massagem shantala e terapia comunitária e integrativa (Ministério da Saúde, 2016).

Barbosa et al. (2020) ao utilizarem dados do Inquérito Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) sobre a oferta de PICS na Estratégia Saúde da Família, apontam que em apenas 8,6% dos municípios há convergência de resposta entre gestores e profissionais. Assim, confirmam o protagonismo dos profissionais de saúde para expansão das PICS no Brasil, que autofinanciam sua formação e desenvolvem as práticas nas unidades, revelando a escassez de iniciativas da gestão. Tal cenário mostra que não há institucionalização das PICS nos serviços e que a sustentabilidade da política fica comprometida, bem como seu monitoramento e avaliação.

Assim, apesar do avanço no âmbito das políticas e da implantação das práticas nos serviços, é escasso o número de instituições para formação profissional em outras racionalidades afinadas aos princípios do SUS e da saúde coletiva (Tesser, 2009; Azevedo e Pelicioni, 2012). Na compreensão de Madel Luz (2011, p.13-14):

[...] talvez o mais forte obstáculo, o mais poderoso impedimento para a expansão das MAC e PIC nos serviços públicos de saúde esteja no domínio da formação dos agentes que irão exercer a prática nos serviços de saúde. Estamos falando da *formação profissional*, do ensino que prepara os agentes para o exercício de tal prática. Não se nota ainda, no início da segunda década do primeiro século do atual milênio, sinais de uma efetiva integração entre ensino e exercício profissional ligado à saúde [...] [grifo da autora]

Desde 1910, o Relatório Flexner foi responsável pelo incentivo às práticas biologizantes e tecnicistas que desconsideravam os saberes tradicionais. É recente a reavaliação, no mundo, das bases científicas da medicina que vem a redefinir o ensino e prática na saúde (Paim e Almeida Filho, 2000). As PICS remetem ao conceito de integralidade, um dos princípios doutrinários do SUS, mas que para Mattos (2006) vai além disso. O autor entende-a como uma “bandeira de luta” que parte de uma “imagem-objetivo”, ou seja, uma direção a se (per)seguir que vem de uma leitura crítica da realidade, mas que acredita numa outra configuração. Propõe três sentidos de integralidade: a) uma dimensão das práticas onde o profissional pode ou não assumir uma postura integral; b) um modo de organização dos serviços e processos de trabalho; e c) as respostas governamentais dadas aos problemas ou necessidades de saúde específicos.

Os encontros desse conceito com as PICS acontecem pelos sentidos que repetem, como: a recusa ao reducionismo e à negação da subjetividade dos sujeitos que abre possibilidades de diálogo nas práticas, na organização dos serviços e no modo de pensar as políticas públicas. Implicitamente aos sentidos explicitados por Mattos (2006, p.63) está o “princípio de direito: o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde”.

Com o intuito de contemplar essa integralidade em suas diversas facetas na formação profissional e construção de críticas ao modelo predominante nos cursos de graduação, nasceram os movimentos organizados que culminaram na estruturação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Esses documentos expressam uma tentativa de superar o modo vigente de ensino-aprendizado calcado nas características flexnerianas, buscando a introdução da integralidade desde a formação (Araújo, Miranda e Brasil, 2007).

É ao colocar esse cenário em tela que se estabeleceu como **objeto** de estudo o ensino e a formação em práticas integrativas e complementares nos cursos de graduação em saúde das instituições de ensino superior (IES) públicas em Pernambuco.

Figuraram enquanto **questões orientadoras iniciais**: Quais os rebatimentos da consolidação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na educação superior na área da saúde? Como está o ensino universitário de práticas integrativas e complementares nas graduações em saúde no estado de Pernambuco, diante do fortalecimento de políticas públicas na área? Como se comportam essas instituições, seus cursos em saúde e seus currículos para responder à pluralidade de cuidado trazida pelas PICS incentivadas pelo Ministério da Saúde, na perspectiva da integralidade? Como estão organizados os processos formativos nas IES públicas pernambucanas para corresponder à necessidade de profissionais de saúde com formação ampliada que contemple os diversos modos de cuidar no SUS? Quais os caminhos e desafios para fomentar o ensino e formação de profissionais de saúde em PICS para atuação no SUS?

Dentre tantos questionamentos, a **pergunta central** de pesquisa foi: Como acontece a oferta do ensino de PICS nas graduações em saúde das instituições de ensino superior (IES) públicas no estado de Pernambuco com potencial para atender às demandas do Sistema Único de Saúde?

Trabalhou-se com o **pressuposto** de que a oferta do ensino de PICS, nas graduações em saúde das instituições de ensino superior públicas (IES) no estado de Pernambuco com potencial para atender às demandas do Sistema Único de Saúde, está emergindo, contudo, ainda não faz parte de um concreto substancial nos currículos dessas instituições.

Além do exposto anteriormente e da motivação pessoal pela temática, alinhada à trajetória profissional e acadêmica da autora deste estudo, é trazida como **justificativa** o alinhar dos argumentos subsequentes na relação que guardam entre si.

O primeiro assenta-se sobre o fato de que a temática tem relação estreita com os incentivos internacionais de longa data, sendo objeto da OMS que, desde a criação nos idos de 1970 do “Programa de Medicina Tradicional”, recomenda aos Estados-membro o desenvolvimento de políticas públicas para facilitar a integração da medicina tradicional e medicina complementar e alternativa (MT/MCA) nos sistemas nacionais de atenção à saúde, assim como promover o uso racional dessa integração. O documento “Estratégia da OMS sobre medicina tradicional para 2002-2005” é um dos mais importantes originados desse programa onde contempla diagnóstico, desafios e potencialidades da MT/MCA, e recentemente teve suas diretrizes atualizadas na “Estratégia da

OMS sobre medicina tradicional para 2014-2023”, com objetivo estratégico de promover a cobertura universal da saúde através da integração de PICS nos sistemas oficiais de saúde (World Health Organization, 2002; 2013, Brasil, 2009).

Destaca-se então a relevância desta pesquisa para a saúde coletiva brasileira uma vez que, há crescente utilização das práticas integrativas e complementares no SUS (Brasil, 2018a; World Health Organization, 2013). Dessa forma, faz-se necessário conhecer a realidade do ensino e formação nessas práticas para que a oferta dessas no serviço público possa se concretizar efetivamente, oferecendo real ampliação das possibilidades de cuidado.

Encontram-se, porém, na literatura, apontamentos quanto à escassez de formação de recursos humanos para exercer as PICS no SUS, sendo considerado este um dos mais importantes desafios para implementação de tais práticas no serviço público (Azevedo e Pelicioni, 2012; Barros, Siegel e Otani, 2011; Brasil, 2011; Sousa et al., 2012; Teixeira e Lin, 2013; Tesser, 2009). Azevedo e Pelicioni (2012, p.364) realçam que a inclusão das PICS tem se dado de maneira paulatina, dentre outras razões, pela “ausência de formação de profissionais qualificados para realizá-las”.

Ainda que diversos autores (Azevedo e Pelicioni, 2012; Barros, Siegel e Otani, 2011; Sousa et al., 2012; Teixeira e Lin, 2013) apontem que as instituições privadas concentrem em nível de pós-graduação os cursos em PICS, a pesquisa em questão não contemplará o universo da pós-graduação nem das universidades privadas por prezar pelo aprofundamento da discussão e reconhecer a necessidade de recorte do objeto dado o tempo do doutorado. Ademais, corrobora-se com Nascimento et al. (2018) que se configura como um desafio a ser enfrentado o ensino das PICS em que o foco contemple a atuação no SUS.

Nascimento et al. (2018) salientam que os profissionais quando em contato com as diversas modalidades de PICS ainda em seu processo formativo, têm ampliadas as suas possibilidades de oferecer cuidado, favorecendo o direito de escolha do usuário sobre a terapêutica utilizada em seu processo saúde-doença como sendo um exercício de cidadania norteado por um princípio ético. Para além disso, é sabido que esses profissionais, com uma formação que aborde outras racionalidades em saúde, podem contribuir para melhoria da relação profissional-usuário por meio de abordagens mais sensíveis, integrais e resolutivas (Barros, Siegel e Otani, 2011; Broom e Adams, 2013; Pearson e Chesney, 2007).

Assim, é porque “não se observa uma correlação linear entre a demanda e oferta de serviços e a de ensino, regidas por lógicas distintas, ainda que com pontos de contato e de influência mútua” que se entende o presente trabalho como oportunidade de preencher uma das lacunas identificadas, quais sejam, a inexistência de estudos sobre a distribuição do ensino das PICS entre as diferentes subáreas da saúde, e pouca informação organizada sobre a oferta de ensino em PICS. Os estudos concentram diagnósticos das áreas de medicina e enfermagem com temas específicos das PICS em uma ou duas instituições evidenciando assim uma carência de estudos mais amplos e pesquisas nessa temática particular (Nascimento et al., 2018, p.12).

Para tanto, a presente Tese está organizada a partir dos produtos que dela derivaram: um capítulo de livro e dois artigos que compõem os seus achados, desde a revisão bibliográfica realizada até o cumprimento dos objetivos aos quais se propôs.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a oferta do ensino de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no âmbito das graduações em saúde das instituições de ensino superior (IES) públicas no estado de Pernambuco com potencial para atender às demandas do Sistema Único de Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Conhecer e caracterizar a oferta de disciplinas em PICS nas IES públicas;
- ✓ Analisar a experiência de profissionais envolvidos com a oferta de ensino em PICS;
- ✓ Identificar desafios e perspectivas na oferta do ensino e formação de PICS em IES públicas.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA: ENSINO E FORMAÇÃO EM OUTRAS ABORDAGENS EM SAÚDE

Para uma contextualização mais abrangente sobre o tema, realizou-se busca bibliográfica em 04 de junho de 2018 nas bases de dados: BVS, Scielo, Oasis IBICT e BDTD, utilizando-se de maneira a recuperar os melhores resultados uma combinação das seguintes palavras-chave:

praticas integrativas complementares em saúde OR praticas integrativas e complementares em saúde OR praticas integrativas e complementares OR racionalidade medica OR medicina alternativa e complementar OR medicinas tradicionais complementares e integrativas OR apiterapia OR aromaterapia/aromoterapia OR bioenergética OR constelação familiar OR cromoterapia OR geoterapia OR hipnoterapia OR hipnose OR imposição de mãos OR ozonioterapia OR ozonoterapia OR terapia florais OR terapia floral OR ayurveda OR homeopatia OR medicina tradicional chinesa OR medicina antroposofica OR plantas medicinais OR fitoterapia OR arterapia OR arteterapia OR biodança OR dança circular OR meditação OR musicoterapia OR naturopatia OR osteopatia OR quiropraxia OR reflexoterapia OR reiki OR shantala OR terapia comunitária OR terapia comunitária integrativa OR termalismo OR social OR crenoterapia OR yoga OR ioga AND formacao profissional OR educação universitária OR formação universitária OR graduação educação OR universidade OR currículo OR diretrizes curriculares OR grade curricular

Diante do descompasso entre a demanda por PICS/MTCI e a oferta de seu ensino e formação no Brasil, na busca bibliográfica optou-se pela inclusão de países com trajetórias bem-sucedidas no processo de inserção e integração dessas outras abordagens em saúde em currículos universitários, ainda que com contextos diferentes do brasileiro, como é o caso dos Estados Unidos da América (EUA) e de Cuba.

Dos 934 documentos encontrados, por meio da leitura de título e, quando necessário dos resumos, foi possível fazer uma primeira triagem, inclusive com retirada de duplicatas. Nesse momento percebeu-se a diversidade de perspectivas com as quais as PICS/MTCI estavam sendo abordadas, como por exemplo: o cuidado nos serviços; o desafio da aplicabilidade no contexto hospitalar; resposta para doenças específicas como: hipertensão arterial sistêmica, fibromialgia, câncer, cefaleia, etc.; na promoção à saúde; dentre outras.

Assim, foram excluídos aqueles que tratavam das práticas integrativas e complementares/medicinas tradicionais complementares integrativas sem contemplar o ensino e formação, sendo incluídos apenas os que abordavam conjuntamente as temáticas, restando 298 entre estudos nacionais e internacionais. Seguiu-se a redução dos materiais com aplicação de corte

temporal, excluindo 30 publicados com data anterior ao ano 2000, ano subsequente à formação do *Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine (CAHCIM)*².

Com os 268 documentos procedeu-se um segundo recorte para construção das subseções sobre o ensino e formação: Na realidade brasileira (3.1); No cenário norte-americano (3.2)³ e No contexto cubano (3.3). A seleção dos documentos para a subseção “3.1”, sobre a realidade brasileira, incluiu além de artigos completos disponíveis, também teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso e capítulos de livro. Foram 25 documentos selecionados da busca bibliográfica e mais 5 acrescentados enquanto busca aleatória pela potente contribuição, totalizando 30 documentos finais (Apêndice B). O último subitem está com informações do Ministério da Saúde no que concerne às possibilidades de formação em serviço em PICS ofertadas.

Para a subseção “3.2” foram selecionados 50 documentos, excluindo aqueles referentes a outros países, que abordavam a pós-graduação ou cursos específicos na área. Deste, foram selecionados aqueles que estavam como artigos completos disponíveis para leitura e, ao final, 23 artigos compuseram a revisão bibliográfica da subseção (Apêndice C). Deve-se tomar como nota sobre os cursos específicos na área, que esse é um formato adotado no contexto norte-americano, mas que não entrou na busca deste projeto uma vez que o foco é o ensino universitário no que concerne às profissões de saúde.

A subseção “3.3” está composta de dez artigos (Apêndice D), sendo que apenas 01 foi encontrado nessa revisão inicial. Assim, foram incluídos 09 outros artigos completos selecionados das bases Scielo Cuba e BVS MTCI, dentre os 32 e 126 respectivamente que retornaram a partir da descrição específica de “medicina natural y tradicional” no campo de busca no dia 18 de abril de 2020, que cumpriam os requisitos de inclusão – ou seja, tratar concomitante a temática do ensino e formação na graduação. Foram excluídos todos os que tratavam especificamente de outros níveis, como da efetividade de alguma MNT para patologias específicas seja na prevenção ou tratamento. Esses artigos foram adicionados dada a necessidade de conhecer melhor a realidade de Cuba, entendendo que a maneira de busca primeira possa não ter favorecido o retorno de resultados desse

² O CAHCIM é o consórcio acadêmico de medicina e saúde integrativa da América do Norte, que reúne mais de 70 centros que se dedicam à medicina integrativa, seja por meio de instituições de ensino ou sistemas de saúde, com objetivo de fortalecer a área na academia e no atendimento clínico (<https://imconsortium.org/>).

³ A experiência norte-americana foi escolhida pelo histórico de inserção das MTCI nos currículos de graduações em saúde.

país, onde sabemos que se tem justificada a sua inserção no trabalho pelo acúmulo de experiências acumuladas em indução para ampliação da formação profissional no tema.

Deve-se assinalar que essa revisão, para os três países, não pretendeu a exaustão e foi construída de maneira a poder colocar em tela um resumo crítico sobre o tópico de interesse da pesquisa, articulada à problemática em questão, com uma sistemática própria delineada (descrita) para atender às necessidades do estudo.

3.1 NA REALIDADE BRASILEIRA

3.1.1 Reconhecimento de algumas PICS

Segundo Salles, Homo e Silva (2014a) a enfermagem foi a profissão que primeiro reconheceu as terapias complementares como prática, tendo o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) publicado em 1997 a Resolução 197 que reconhece e estimula tais práticas com objetivo de proporcionar um cuidado integral. Mas desde 1995, o Parecer Normativo 004 do Cofen dispõe sobre as terapias alternativas que não estão ancoradas em categoria profissional específica. Porém, para receber a titulação o Conselho estabelece que o profissional deve concluir curso na área com instituição reconhecida com carga horária mínima de 360 horas.

No entanto, são a homeopatia e acupuntura, especialidades reconhecidas isoladamente pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) desde 1980 e 1995, respectivamente. Teixeira e Lin (2013) ao traçarem o panorama mundial de ensino em PICS mostram a importância de que as escolas médicas brasileiras se adequem às demandas na área pela sociedade, sendo o ensino, pesquisa e assistência o meio pelo qual se aproximam dos pressupostos científicos para uso adequado dessas terapêuticas.

Em 2010 o Conselho de Fisioterapia reconheceu as PICS (Salles, Homo e Silva, 2014a). Nesse mesmo ano, os requisitos para comprovar segurança e eficácia dos medicamentos fitoterápicos foram atualizados e as etapas de produção receberam sugestões para seu controle. Também em 2010, foi criada a “Farmácia Viva” pelo MS no SUS com atribuições para cultivar, coletar, processar, armazenar e manipular plantas medicinais (Feitosa et al., 2016).

No curso de Nutrição, a Resolução do Conselho da profissão (CFN 402/2017) regulamenta a prescrição pelo nutricionista de fitoterápicos, sendo fundamental a inserção da temática no currículo do curso (Barreto, 2015).

Sobre o reconhecimento das PICS no Brasil, Salles, Homo e Silva (2014b:42) colocam que “a realidade é que as PICS são reconhecidas no Brasil, mas não temos suficientes profissionais e nem preparação adequada para praticá-las por falta de ensino sobre elas na graduação”.

Com a bibliografia utilizada nesta seção não foram encontradas referências que abordem o reconhecimento das PICS pelos conselhos das demais categorias profissionais de saúde.

3.1.2 Instituições de ensino com presença de PICS e seus formatos de inserção

Em 2009, Tesser já apontava como um enfrentamento a ser feito a carência de instituições formadoras nas outras racionalidades em saúde que estivessem em concordância com os princípios do SUS e da saúde coletiva. Azevedo e Pelicioni (2012) também defendem enquanto necessidade para uma verdadeira efetivação e ampliação da implementação da PNPIC o incremento de oferta de cursos para formar em PICS, que estejam condizentes com o sistema de saúde brasileiro, sob o risco de que se não houver diálogo com os princípios e diretrizes do SUS, tais práticas venham a assumir caráter intervencionista e curativo sem características de humanização e integralidade.

Azevedo e Pelicioni (2012) indicam a falta de informação organizada sobre a formação em PICS no país e, sem pretensão de esgotamento, mapearam experiências de formação em PICS, o que será resumido nas seguintes linhas e organizado por práticas.

Sobre terapia comunitária sistêmica integrativa (TCI), o Projeto de Implantação da Terapia Comunitária e Integrativa na Rede de Assistência à Saúde do SUS, foi elaborado em 2007, conjuntamente à Associação Brasileira de Terapia Comunitária (Abratecom)⁴. Quanto à medicina ayurvédica, foi mapeada uma pós-graduação *lato sensu* em São Paulo, no ano de 2001, coordenado pela Faculdade da Sociedade Paranaense de Ensino e Informática (Spei), porém, sem que seu

⁴ Em parceria com o MS, a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura da Universidade Federal do Ceará e os municípios participantes. Entre 2008 e 2009 foram “formados 2105 terapeutas comunitários”. A formação em TCI é de 360h/a sendo distribuídas em: teóricas presenciais, vivências terapêuticas presenciais, intervenção presenciais (de 80h/a cada) e prática - que são correspondentes à 48 rodas de TCI (de 120h/a). A metodologia de formação em módulos tem como ponto de partida a própria prática para alcançar as reflexões teóricas (Barreto et al., 2011:20).

conteúdo esteja referenciado na saúde pública/coletiva e um outro curso *lato sensu* da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sem maiores informações (Azevedo e Pelicioni, 2012).

Com a medicina tradicional chinesa e acupuntura, percebeu-se uma infinidade de cursos *lato sensu* em acupuntura oferecido por instituições privadas em parcerias com associações ou institutos da área (Azevedo e Pelicioni, 2012). Dados trazidos por Teixeira, Lin e Martins (2004) mostram que a acupuntura tem sido ensinada como disciplina optativa nas seguintes instituições com as respectivas cargas-horárias:

Quadro 1: Instituições com disciplina optativa com conteúdo de acupuntura e carga-horária

Instituição	Total horas
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	40 horas-aula
Faculdade Evangélica do Paraná	40 horas-aula
Universidade Federal de São Paulo	12 horas-aula
Universidade de São Paulo	60 horas-aula
Universidade Federal de Pernambuco	45 horas-aula
Universidade Federal do Piauí	40 horas-aula
Universidade Federal Fluminense	45 horas-aula
Universidade Federal do Amazonas	45 horas-aula

Fonte: Adaptado de Teixeira, Lin e Martins, 2004.

A Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB) criou um projeto para implantar disciplinas eletivas nas escolas médicas. Teixeira, Lin e Martins (2004) encontraram a homeopatia, nos cursos de medicina, como disciplina obrigatória ou optativa, das seguintes instituições:

Quadro 2: Instituições com disciplinas obrigatórias e/ou optativas com conteúdo em homeopatia e carga-horária

Instituição	Obrigatória	Optativa	Total horas
Universidade do Rio de Janeiro	1	3	60 horas-aula
Universidade Federal de Uberlândia	1	0	40 horas-aula
Universidade Federal Fluminense	0	3	90 horas-aula
Universidade Federal de Santa Catarina	0	1	4 horas-aula
Universidade Federal de São Paulo	0	1	12 horas-aula
Universidade de São Paulo	0	1	60 horas-aula
Universidade do Estado do Amazonas	0	1	60 horas-aula
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	0	1	60-horas-aula
Escola de Ciências Médicas de Alagoas	0	1	60 horas-aula
Faculdade Evangélica do Paraná	0	1	40 horas-aula

Fonte: Adaptado de Teixeira, Lin e Martins, 2004.

Azevedo e Pelicioni (2012) também apontam a experiência da Universidade Federal de Viçosa (UFV) que objetiva levar o conhecimento da homeopatia para o público em geral por meio de extensão universitária. Teixeira, Lin e Martins (2004) acreditam que a homeopatia e acupuntura devem ser ofertadas no terceiro ou quarto ano da faculdade de medicina, de forma optativa, e posteriormente como obrigatória pelo reconhecimento enquanto especialidades médicas. Sugerem, diante da complexidade, uma carga-horária mínima de 60 horas-aula com possibilidades teórico-práticas que contribuam para a futura atuação profissional. Acrescentam que o aprofundamento da homeopatia e medicina poderiam ser feitos na modalidade de residência médica ou pós-graduação *lato sensu*, seguindo recomendações das associações nacionais das especialidades.

Com intuito de desfazer preconceitos sobre a homeopatia, Teixeira (2007) sugere a inclusão obrigatória com carga horária mínima nos primeiros anos do curso de medicina, de maneira independente ao aprofundamento em disciplinas mais abrangentes num momento posterior. E exemplifica que na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, poderia ser implementada na disciplina que trata de fazer um introdutório ao curso e mostrar suas especialidades, ocupando 2-4horas/aula.

Especificamente sobre homeopatia e sobre a história da Universidade Federal Fluminense (UFF) com a prática, foi publicado o estudo de Oliveira et al. (2018). Esse, traz que a instituição introduziu o ensino da homeopatia na graduação em medicina em 1994 tendo sido o processo de reforma curricular um facilitador para tal. A disciplina obrigatória de "Saúde e Sociedade V" foi um dos resultados desse processo, visando ampliar a abordagem de métodos numa perspectiva cultural. Em 1997, 1998 e 1999 seguiram a inclusão de disciplinas optativas em homeopatia mas com colaboração de professores extra quadro da universidade, como resultado de um esforço pessoal de uma professora homeopata. Em 1999 foi criado um ambulatório de homeopatia no hospital universitário, mas que só se sustentou por 5 anos devido a intensa disputa por locais e horários somada às resistências paradigmáticas. Em 2006, com a chegada de uma professora-pesquisadora das racionalidades médicas, houve a introdução de outras abordagens no primeiro período do curso. No presente momento, todas as disciplinas continuam sendo ofertadas, sem interrupção, a cada semestre (Tabela 1):

TABELA 1							
Síntese de disciplinas que contemplam a Homeopatia na graduação médica da Universidade Federal Fluminense quanto a ano de criação, carga horária, créditos, formato, período letivo, pré-requisitos, número médio de alunos matriculados e conteúdo. UFF, Niterói (RJ), 2016							
Disciplina	Ano de criação	Carga horária (h)/ créditos	Formato	Período letivo	Pré-requisitos	Número médio de matriculados	Conteúdo
Trabalho de campo Supervisionado (TCS) I B	2006*	180/12	Obrigatória	2º	TCS I A	12 a 15	Informativo
Saúde e Sociedade (SeS) V	1994	60/4	Obrigatória	7º	SeS IV	80	Informativo
Introdução à Homeopatia	1997	30/2	Optativa	Todos	Nenhum	48,7	Informativo
Propedêutica Homeopática	1998	30/2	Optativa	A partir do 2º	Introdução à Homeopatia	11,24	Informativo
Terapêutica Homeopática	1999	30/2	Optativa	A partir do 3º	Propedêutica Homeopática	4,44	Informativo

(*) TCS I teve início em 1994, porém o grupo com o tema Práticas Integrativas e Complementares foi introduzido apenas em 2006.
 Fonte: Dados compilados pelos autores.

Fonte: Extraído de Oliveira et al. (2018).

O desafio da introdução de disciplinas obrigatórias com tais abordagens está na integração com as outras disciplinas e acesso à prática com supervisão para que os estudantes vislumbrem a conexão entre os paradigmas. As optativas devem ser ofertadas com objetivo de aprofundamento visando a prática profissional com cuidado realmente ampliado (Oliveira et al., 2018).

Apesar dos desafios, o ensino da homeopatia [na UFF] resiste e avança, sustentado no compromisso de alunos, professores, pesquisadores, profissionais e gestores com uma formação plural em saúde, capaz de oferecer um conjunto de perspectivas críticas de modelos terapêuticos e permitir que estudantes e praticantes façam uso de diferentes paradigmas em saúde, de maneira a fortalecer a integralidade e a qualidade do cuidado na sociedade contemporânea (Oliveira et al., 2018, p.100).

Azevedo e Pelicioni (2012) mapearam três cursos *lato sensu* sobre medicina antroposófica: na Universidade de Sorocaba (SP) o de antroposofia na saúde; e na Universidade Estácio de Sá (Petrópolis, RJ) e Faculdade de Ciências Médicas Suprema (Juiz de Fora, MG) o de medicina antroposófica, com estágios oferecidos no Ambulatório do SUS do Hospital Universitário de Juiz de Fora. Também identificou na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) um curso de extensão para profissionais da saúde e estudantes específico da medicina antroposófica.

Azevedo e Pelicioni (2012) apontam as universidades que ofertam o curso de naturologia (curso que tem as PICS como objeto): Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde Doutor Bezerra de Menezes em Curitiba/PR; Universidade do Sul de Santa Catarina em Palhoça/SC; Universidade Anhembimorumbi em São Paulo/SP, mas sublinham as dificuldades que os graduados têm para inserção no SUS, também por não ter ainda regulamentada a profissão.

O trabalho de Barreto (2015) sobre o ensino do conteúdo de plantas medicinais e fitoterapia (PMF), aponta que das 59 IES federais encontradas no canal do e-MEC, do Ministério da Educação, 5 não oferecem cursos de graduação na área da saúde que abordem a temática, pelo caráter tecnológico. Apurou-se nas 54 IES nos cursos de medicina, farmácia, enfermagem, odontologia, nutrição e fitoterapia a presença de disciplinas que abordem o referido tema e 36 delas disponibilizam pelo menos uma disciplina optativa sobre. Dos cursos estudados, farmácia apresentou disciplinas obrigatórias em 97,4% dos seus cursos e 65,8% com disciplinas optativas, sendo o curso com maior número dessas disciplinas. Em contrapartida, fisioterapia e odontologia são os que têm menor número delas, aproximadamente 10% do total.

A partir das diretrizes da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares relacionadas às PMF,

é possível notar que assim como na PNPMF, há a necessidade de inclusão de disciplinas com conteúdo acerca de PMF nos cursos de graduação. Além disso, percebe-se o estímulo à presença de estágios na área, como forma de complementação às disciplinas, desenvolvendo assim uma estrutura de ensino que fortaleça a aquisição de conhecimento sobre o tema aos futuros profissionais (Barreto, 2015, p.99).

Barreto (2015) esquematiza resumidamente sobre a abordagem da fitoterapia nos cursos de graduação em saúde, propondo a) para o ensino: disciplina e estágio na área; b) para a pesquisa: iniciação científica com projetos sobre o tema e; c) extensão: projetos com a comunidade local. Propõe uma ementa de disciplina multidisciplinar inicial (I) e (II) para os cursos específicos e uma ementa de estágio na área, bem como uma proposta de projeto de extensão.

Feitosa et al. (2016) defendem que introduzir fitoterapia nos currículos pode conferir maior segurança profissional na atuação no sistema de saúde brasileiro, e permitir a escolha de tratamento aos usuários.

Quanto às Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), apoiadas pelo Ministério da Saúde desde 2002, Azevedo e Pelicioni (2012) identificam-nas como uma possibilidade de inserção de conteúdo das PICS, porém, revelam a escassez de tal assunto nos módulos dessas, trazendo algumas experiências de inclusão como a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde e Fundação Universidade Regional de Blumenau; e a da Universidade Federal de Goiás. Em 2016 teve início o Programa de Residência Multiprofissional em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde⁵, única do país, coordenada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP), com vagas para biologia, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e terapia ocupacional.

Outro trabalho sobre ensino em PICS se debruçou sobre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e analisou os currículos dos 13 cursos de saúde (biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e zootecnia) quanto à inserção de a) temáticas transformadoras, ou seja, que incentivam o conhecimento crítico-reflexivo; e b) específicas de PICS e educação popular em saúde (EPS). Foi possível perceber grande indução de disciplinas na maioria das graduações, que apresentam pouca ou nenhuma oportunidade de disciplina eletiva. Especificamente sobre PICS e EPS, nove cursos não ofertavam disciplina obrigatória: biomedicina, ciências biológicas, farmácia, fonoaudiologia, medicina veterinária, medicina, odontologia, psicologia e zootecnia; quatro cursos tinham menos de 10% de suas obrigatórias relacionadas: educação física, enfermagem, fisioterapia, nutrição. Tais resultados

⁵ Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/ems/noticias/index.php?p=266732> Acesso em 13 abr 2019.

explicitam o quanto que a instituição não enfrenta a necessidade de proporcionar uma abordagem integrativa e popular (Siebeneichler, 2015).

Foi ilustrado então um tímido movimento de acolhimento ao tema das PICS e EPS na UFRGS no período. Os cursos que proporcionalmente oferecem mais eletivas na temática são: fisioterapia (37,5%) enfermagem (33,3%), medicina veterinária (11,1%) e zootecnia (10,5%). O curso que, em valores absolutos, mais apresenta disciplinas sobre é ciências biológicas - com 5, seguido de educação física, enfermagem e fisioterapia - com 3 cada um. As disciplinas de EPS apresentam maior carga-horária que às de PICS, em qualquer que seja a modalidade. Tanto a soma da carga horária das obrigatórias e alternativas em relação às PICS (255 horas nos 13 cursos) como à EPS (510 horas nos 13 cursos), são menores que a soma da carga horária das disciplinas eletivas para essas temáticas (1.245 horas nos 13 cursos).

[...] disciplinas alternativas são aquelas oferecidas em quantidade maior do que o valor de créditos obrigatórios pré- estabelecidos pelo curso para o semestre, cabendo ao estudante escolher entre as disciplinas alternativas disponíveis, cursá-las ou não, desde que cumpra a carga horária – créditos – mínimos exigidos para o semestre, para assim seguir adiante nos semestres consecutivos do curso. Disciplinas obrigatórias são exigidas para conclusão no curso, sendo que o estudante só colará grau se tiver cumprido todas elas, e, disciplinas eletivas, que diferem das alternativas, compõem um espectro de disciplinas que são consideradas complementares, não previstas na grade obrigatória, como é o caso das alternativas, sendo que o estudante pode inscrever- se para cursá-las, enquanto cursa as disciplinas obrigatórias e alternativas [...] (Siebeneichler, 2015, p.32).

Entende-se assim que esse aprendizado se torna individualizado e no nível do desejo do graduando, que opta (ou não) por buscá-lo (Siebeneichler, 2015).

Um outro estudo de caso, mas na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), mostrou que o Centro de Ciências da Saúde (CCS) implementou o módulo “Universidade, Saúde e Sociedade” após a reforma curricular em 2012 nos cursos de educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia, nutrição, terapia ocupacional e medicina veterinária. O trabalho de Gomes (2017) retrata a experiência de um coletivo de professores que aborda as terapias integrativas e complementares nesse módulo no 1º semestre.

Eles propuseram como metodologia ativa o “estudo do meio” (Libâneo, 2013:189), que “mais do que uma técnica didática, é um processo de ensino pelo qual a matéria de ensino (fatos, acontecimentos, problemas, ideias) é estudada no seu relacionamento com fatos sociais a elas conexos”. Assim, os alunos participam das diferentes terapias integrativas e complementares a depender da disponibilidade das mesmas nos serviços de saúde e de posterior sorteio (Gomes, 2017,

p.79).

Os acadêmicos buscam na literatura informações sobre o tema e definem o que será observado nas visitas bem como o instrumental a ser utilizado para registrar. Em campo, os alunos entrevistam profissionais e usuários da referida prática para identificar “definição, fundamentos/princípios, indicações e contraindicações, benefícios e relatos dos usuários em relação ao porquê de escolher aquela terapia, como se sente com ela, e quais as mudanças percebidas em relação à saúde”. Posteriormente, organizam os achados e fazem as conclusões do estudo a serem apresentadas na “Mostra de Terapias Integrativas e Complementares” dentro do campus. Segue-se uma avaliação com os alunos para saber de que forma essa experiência os afetou. Muitos relatam positivamente a vivência e demonstram, tantas vezes, que foi despertada vontade de fazer formação na prática trabalhada, bem como, de uso pessoal (Gomes, 2017, p.79).

Quanto à inserção das PICS nas graduações em enfermagem, Pennafort et al. (2012) expõe a necessidade de o enfermeiro conhecer tais práticas no intuito de emancipação de seu ofício, com ampliação do cuidado na direção da autonomia. Para isso, defende que será preciso

incluir na graduação disciplinas teórico-práticas de métodos alternativos, e, quando egressos, os enfermeiros devem buscar cursos de capacitação e/ou pós-graduação em Terapias Alternativas e Complementares, além de orientações na Associação Brasileira de Terapias Naturais em Enfermagem (Abraten), para adquirir subsídios necessários para a prática e o desenvolvimento de pesquisas nessa área (Pennafort et al., 2012, p.294).

Ainda que com algumas instituições de ensino em enfermagem com disciplinas de graduação e cursos de pós-graduação na área, a realidade ainda se mostra deficiente para o ensino e prática. Dados de 2012 mostram que dentre as 87 instituições públicas de enfermagem, apenas 26,1% (23) ofertam PICS e 63,3% (55) não oferecem, o restante não há informação. Das 23 que ofertam, a maioria (73,9%) das disciplinas têm caráter optativo, com carga horária média de 45 horas e média de 3 créditos, sendo na maior parte ofertada após a metade do curso (Salles, Homo e Silva, 2014b).

Salles, Homo e Silva (2014b) apontam para a incoerência entre o ensino atual de enfermagem e o que propõe a PNPIC, abordando que a atuação dos profissionais na área é desfavorecida pela falta de formação, o que impacta a assistência, que não pode ser feita integralmente. Aponta também a diversidade de nomenclatura adotada para as disciplinas, o que se sugere como reflexo das tantas terminologias adotadas, sem consenso.

Ainda assim, em outro estudo sobre o ensino em PICS nas graduações de medicina, enfermagem e fisioterapia, é apontado que as faculdades de enfermagem são as que mais ofertam disciplinas com PICS, seguidas das de medicina, principalmente com homeopatia e acupuntura e posteriormente fisioterapia, com destaque para o ensino da acupuntura. As IES que mais ofertam disciplinas em PICS situam-se na região nordeste. A falta das disciplinas em PICS nas IES deixam uma lacuna na formação profissional, que impede uma assistência integral, o que pode ser um problema ético. Enfrentar a diversidade das práticas é valorizar a pluralidade científica ainda que se coloque em questão o paradigma biomédico hegemônico (Salles, Homo e Silva, 2014a).

A maioria das IES nesses três cursos não oferecem disciplinas com PICS, revelando a lacuna no conhecimento e assim diminuindo a capacidade de atuação dos egressos. Das que ofertam, a carga horária média é de 46 horas e o formato principal é optativo. Salles, Homo e Silva (2014a) reconhecem ser uma disputa por tempo na matriz curricular, sendo a inclusão das PICS algo complexo por diferentes motivos, desde os corporativistas, como econômicos, religiosos, até a mudança paradigmática que representa.

No que tange à inserção de PICS nos cursos de medicina, Teixeira e Lin (2013) defendem a partir de revisão sobre ensino médico em terapêuticas não convencionais no mundo, que no Brasil as faculdades de medicina deveriam inserir os conteúdos de homeopatia e acupuntura em disciplinas obrigatórias e eletivas, com carga horária mínima teórica de 30 horas-aula para que os estudantes se formassem profissionais com conhecimento suficiente para fazer aconselhamento sobre o uso de tais práticas. Sugere a inserção desse conteúdo na pós-graduação e residência médica, bem como a integração de ambulatórios e ligas acadêmicas com a teoria para proporcionar uma vivência. Acreditam também que professores e pesquisadores da área deveriam estar presentes como corpo docente das faculdades para que fosse viabilizada a troca de experiências na área.

Em consequência da ausência do ensino regular destas abordagens [não convencionais] no currículo das escolas de medicina, a classe médica não está apta para discorrer sobre as diversas formas de medicinas alternativas e complementares junto à população, criando um hiato na terapêutica e/ou na relação médico-paciente. Por si só, estas evidências deveriam estimular as escolas médicas a propiciarem aos graduandos, pós-graduandos e residentes o conhecimento dos fundamentos teóricos, das evidências científicas e das técnicas empregadas por estas formas de tratamento. Além disso, a incorporação efetiva de práticas reconhecidas junto aos serviços de saúde, atuando de forma adjuvante e complementar às terapêuticas convencionais, ampliaria a eficiência, a eficácia e a efetividade do ato médico nas diversas especialidades e áreas de atuação (Teixeira e Lin, 2013, p.225).

Recente estudo de 2016 sobre o processo de ensino-aprendizagem nas escolas médicas do Brasil aponta que apenas 57 (21%) das 272 escolas ofertam conteúdo em Práticas Integrativas e Complementares, tendo as regiões sul e centro-oeste uma concentração proporcionalmente maior desse ensino, sendo que as capitais dos estados e principalmente da região nordeste são responsáveis por importante parcela. Tal ensino é predominante nas universidades públicas e as metodologias utilizadas são ativas e/ou tradicionais (Albuquerque, 2017).

O mesmo trabalho de Albuquerque (2017) aponta que a homeopatia, acupuntura e medicina integrativa são as práticas mais presentes nas escolas de medicina brasileiras, ao contrário de práticas tradicionais indígenas, termalismo social/crenoterapia e medicina antroposófica. A inclusão das PICS ocorre majoritariamente por disciplina ou módulo curricular optativo com ênfase nas ligas acadêmicas. Apesar das novas diretrizes educacionais, o número de escolas médicas com PICS não foi impactado, pois a quantidade delas teve crescimento insignificante na última década comparando com a duplicação das escolas médicas no mesmo período.

Cruz (2018) analisou as ementas das disciplinas obrigatórias e optativas do primeiro ao último ano da graduação em medicina na Universidade Federal da Bahia (UFBA) e não encontrou conteúdo relativo às práticas integrativas e complementares. Porém, coloca que no 4o período, o módulo clínico II é uma disciplina obrigatória que tem inserido há dois anos uma atividade que contempla na modalidade de seminários uma apresentação feita pelos alunos com a temática. Essa é vista como uma questão a ser enfrentada pois o que acontece é uma iniciativa pessoal e não institucional. Ainda foi observado que outros cursos ofertam disciplinas aleatórias sobre tais práticas, mas que não constam no sistema online da instituição, dificultando o acesso dos estudantes a tal aprendizado.

No estado do Rio de Janeiro, estudo conduzido por Nascimento et al. (2018) aponta que das seis IES públicas, em 2014, a que mais oferta disciplinas com conteúdo em PICS é a Universidade Federal Fluminense. Foram identificadas, no período estudado, 46 disciplinas, sendo a maior parte delas vinculadas à graduação e um menor quantitativo na pós-graduação, somando-se mais dez unidades de ensino com PICS entre as modalidades: especialização lato sensu, projetos de extensão e ligas acadêmicas. Foi identificado um aumento de aproximadamente 300% na oferta de disciplinas que discutem PICS na graduação em saúde entre 2000 e 2015. Deve-se atentar que as residências multiprofissionais em saúde têm potencial para contribuir com a inserção das PICS no cuidado em saúde, porém, evidencia-se uma escassez quanto o ensino em PICS nessas residências

(Nascimento et al., 2018).

Onze das quatorze subáreas da saúde, presentes nas instituições desse estudo, apresentaram oferta de ensino em PICS, salvo o serviço social, nutrição e fisioterapia. As três áreas que mais oferecem PICS foram: medicina, farmácia e enfermagem. Percebeu-se que a homeopatia lidera como subtema mais presente nas IES públicas do estado do Rio de Janeiro, seguido de meditação e práticas corporais. E ainda, que o formato opcional das disciplinas (eletivas e optativas) é predominante no que se oferece enquanto ensino em PICS, sendo por isso muito alta a ausência de formação de egressos no tema. As disciplinas ofertadas têm, em sua maioria, um caráter informativo, ou seja, que não habilitam para o exercício da prática e o conteúdo trabalhado realça as diferenças paradigmáticas entre as PICS e o modelo biomédico (Nascimento et al., 2018).

Nascimento et al. (2018) concluem com essa pesquisa que o perfil do ensino realizado nas IES públicas fluminenses, apesar da contribuição para a formação e qualificação dos profissionais no tema, ainda é insuficiente no que tange a integralidade do cuidado, sendo um desafio a ampliação, qualificação e integração aos demais conteúdos na grade curricular, com orientação para o SUS.

Tesser (2009) chama atenção para que a inserção das disciplinas de PICS nas instituições de ensino aconteça de maneira a legitimar e validar tais práticas para além dos valores da ciência e biomedicina, pois salienta que outros saberes são desejáveis, isto é, que ocorra uma desepistemologização da discussão.

Em suma, como anuncia Gomes (2017, p.80), “[...] acredita-se na importância das PICS nos currículos dos profissionais da saúde, objetivando a mudança de paradigma nessa área, atrelado ao conceito ampliado de saúde, propiciando uma formação integral e mais completa dos acadêmicos de saúde”.

3.1.3 Percepções de professores e coordenadores sobre as PICS

As docentes entrevistadas por Barros e Tovey (2007, p.210) para analisarem o ensino das PICS, em cinco escolas de enfermagem no estado de São Paulo no ano de 2004, apresentavam formação na área em diferentes formatos com caráter de educação continuada e especialização e um ponto convergente na história das mesmas é o fato de terem tido contato desde a infância com práticas tradicionais de cuidado e que todas fazem uso pessoal de alguma delas em seu cotidiano. Para inserção das PICS nestas escolas o processo se deu a partir da “exposição às práticas, uso

pessoal e a possibilidade do ensino e pesquisa”.

Na visão de alguns docentes dos cursos de enfermagem e medicina de algumas universidades da região sul do país, especificamente no que tange às plantas medicinais e fitoterapia (PMF), compreendem um saber científico e/ou popular e são identificadas pela maioria como medicamento, enquanto algumas vezes são vistas também como alimento ou com os dois significados. A maioria dos docentes das universidades utiliza plantas para tratamento e/ou cura das doenças, porém, a utilização é maior entre os docentes da enfermagem que os da medicina, sendo os primeiros que mais as utilizam como terapia complementar aos medicamentos prescritos (Sena et al., 2006).

Assim, Sena et al. (2006) apontam para a necessidade de discussão da temática dentro da academia para que a formação dos futuros profissionais tenha contemplado em seus currículos tais conhecimentos de forma a subsidiar práticas que valorizem e esclareçam quanto aos benefícios e riscos da utilização dessas plantas.

Parte do estudo de Barreto (2015) se ocupou do ensino de fitoterapia nos cursos de graduação da área da saúde da Universidade de Brasília (UnB). Nele, apenas 84 coordenadores responderam o instrumento enviado e destes 33 (39,3%) afirmaram a existência de disciplinas com o tema. Dos 46 cursos na área da saúde sem disciplinas sobre PMF, apenas 19,6% dos coordenadores afirmaram haver solicitação para inclusão dessas, por discentes e/ou docentes.

Barreto (2015, p.94) sinaliza que “o fato de vários cursos de graduações não possuírem disciplinas relacionadas ao tema, conseqüentemente impossibilita e/ou dificulta a formação de profissional qualificado para atuar com Plantas Medicinais e Fitoterápicos”. Alguns coordenadores acreditam ser necessário que tenham disciplinas sobre o tema, mas parte deles pensa ser suficiente que essas estejam na modalidade optativa e outros acreditam que o tema deveria constar de maneira transversal em disciplinas já existentes, estando tal afirmação em conformidade com o abordado nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Pouco mais da metade dos coordenadores afirmaram a realização de atividades como: estágios, extensão universitária e iniciação científica, dentre outras nas quais a temática é abordada (Barreto, 2015).

Os coordenadores que aceitaram participar da pesquisa foram os dos cursos de graduação em farmácia, nutrição, enfermagem e saúde coletiva da UnB. Apesar de não haver disciplina sobre o tema em enfermagem, a coordenação do curso afirmou que o corpo discente já havia solicitado tal inclusão, diferentemente dos cursos de nutrição e saúde coletiva. O curso de farmácia na UnB

oferta três disciplinas (Plantas Medicinais, Medicamentos Fitoterápicos e Botânica aplicada à Farmácia) e o coordenador acredita que o egresso obtém informação adequada sobre a área. A totalidade dos coordenadores acredita na importância da inclusão destas disciplinas, principalmente pela perspectiva de trabalho na ESF que exige o conhecimento de outras culturas e maneiras de tratar (Barreto, 2015).

Trindade Filho (2017) ao buscar compreender as percepções dos docentes de terapia ocupacional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em exercício no período de 2017.1, sobre as PICS, encontrou que para eles tais práticas se relacionam com a cultura oriental, que busca uma visão mais holística do homem e da relação com o ambiente em que se vive, bem como da consciência de si, se contrapondo à maneira de vida no ocidente que enxerga no medicamento o tratamento para as diferentes doenças. As práticas mais conhecidas ou já utilizadas pelos docentes foram: meditação, yoga, reiki e acupuntura. Quando interpelados sobre a interface entre TO e PICS, a maioria acredita que essas últimas podem ajudar no cuidado pelas características próprias que coincidem com os objetivos do tratamento na terapia ocupacional.

Conclui que o incentivo ao conhecimento das PICS é de grande relevância dentro do processo de ensino de Terapia Ocupacional na UFPB, pois promoverá a ampliação do uso de mais tecnologias na abordagem ao indivíduo que busca tratamento na área. No que se refere aos docentes, percebe-se que há o conhecimento em relação às PICS, bem como o apoio dos mesmos para o uso delas, porém, ainda é bastante escasso no âmbito do ensino a inserção, o conhecimento e a discussão acerca das práticas, não apenas na perspectiva da reabilitação, mas sobretudo para promover qualidade de vida para os indivíduos (Trindade Filho, 2017, p.20).

Sobre a percepção de professores e estudantes, Albuquerque (2017) encontrou que ambos se posicionam a favor do conhecimento de tais PICS na graduação em medicina, ainda que com o quantitativo que respondeu a pesquisa não possa ser generalizado para todo o país. A percepção de estudantes segue na seção seguinte.

3.1.4 Percepções de estudantes e egressos sobre as PICS

Teixeira, Lin e Martins (2004) ao fazerem levantamento em 2002 com 484 os acadêmicos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), encontraram que mais de 85% dos estudantes declararam que as disciplinas de homeopatia e acupuntura deveriam constar no

currículo da graduação no formato opcional (72%) ou obrigatório (19%), tendo 56% deles mostrado interesse em aprender sobre. A maioria (76%) tinha pouco ou nenhum conhecimento no assunto, porém 67% acreditava na eficácia principalmente para doenças crônicas de maneira isolada (37%) ou também para as agudas (29%). Em média de 35% deles estavam de acordo com a oferta ambulatorial dessas práticas no SUS, 34% defendiam a oferta também em hospitais e 60% aposta na integração com a medicina convencional.

Estudo de 2004-2005 mostra que os alunos da pós-graduação em homeopatia na Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), optaram pela prática homeopática por ser mais uma possibilidade no cuidado e que, gradualmente, com o avançar do curso foi possível perceber também o avançar de sua própria abordagem, que se tornara mais segura, como mais humanizada e integral, ainda que tenham percebido a necessidade de mais prática. Os professores e preceptores demonstraram ter expectativa quanto à credibilidade e institucionalização desta terapêutica, porém, identificam no curso a precariedade das condições do ambulatório, ainda que o número de atendimentos e discussões de caso tenha sido avaliado positivamente, o que os faz acreditar que tais profissionais estão saindo aptos para o atendimento no SUS. A congregação da FMJ reúne diretor, professores e representantes de alunos da graduação e, todos indicaram a inserção da homeopatia na graduação em caráter optativo ou experimental de maneira integrada aos outros departamentos (Galhardi e Barros, 2011).

Teixeira (2007) encontrou grande desinformação entre estudantes de medicina quanto aos “pressupostos homeopáticos” o que corrobora com resultado de pesquisas internacionais. Os estudantes, apesar do desconhecimento sobre a homeopatia, em sua maioria, acreditam na existência de fundamentação científica e eficácia para tratar doenças. Eles se mostraram favoráveis à inclusão de disciplina sobre o tema no currículo da graduação em medicina, principalmente na modalidade opcional. E mais da metade dos entrevistados se mostraram interessados em cursá-la.

De 2005 a 2009, 247 acadêmicos de medicina da Universidade de Campinas (Unicamp), de todos os períodos do curso, avaliaram que seu conhecimento sobre homeopatia era baixo e 75% deles atribuíram palavras-chave corretas ou parcialmente corretas sobre a temática, enquanto 25% atribuíram conceitos incorretos. A maioria deles era favorável à inserção de disciplina sobre no currículo, justificando como positivo a aquisição de novos conhecimentos e que seria importante para orientação às pessoas que gostariam de fazer tal escolha como terapêutica. Aqueles que se mostraram contrários alegaram descrença na prática e que outras disciplinas deveriam ser

priorizadas, bem como a já excessiva carga-horária do curso, revelando preconceitos e opinião pessoal sem teor de cientificidade. Quanto ao tempo de uma possível disciplina, muitos declararam não saber, outros tantos sugeriram um semestre, alguns outros afirmaram ser necessário dois semestres, e o restante apostou que entre uma a três semanas seria já suficiente. A maior parte (59%) desses estudantes acreditam no formato eletivo para a disciplina e 45% declararam que se matricularia caso houvesse tal oferta (Soledade, Siegel e Barros, 2011).

Esses dados reforçam a importância que a homeopatia vem adquirindo nas últimas décadas e reafirma a obrigação das escolas médicas de oferecê-la em seus cursos de graduação, a fim de formar médicos que proporcionem a seus pacientes o tratamento mais adequado possível, com embasamento teórico, científico e ético (Soledade, Siegel e Barros, 2011, p.107).

De um grupo heterogêneo de 176 médicos residentes dos 41 Programas de Residência Médica, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp no ano de 2008, a maioria acredita como importante a inserção do ensino da homeopatia em disciplina da graduação em medicina, especialmente na modalidade eletiva, mas não da criação de programa de residência médica na área. Nesse estudo, Fiuza, Otani e Barros (2011) identificam que apesar da legitimidade social da homeopatia que tem procura aumentada pela população, sendo incluída na oferta do serviço público e com baixo custo, tem pequena aceitação pelos residentes. Realçam, porém, como um problema legal o fato de ser a homeopatia uma especialidade médica e essa não estar integrada aos currículos da graduação, de maneira independente à adoção posterior enquanto especialidade os futuros profissionais devem ser capazes de fornecer informação sobre seu uso.

Trabalho que analisou em 2010 a percepção de graduandos em odontologia sobre PICS em duas instituições, uma pública e outra privada, encontrou que o conhecimento deles acerca da temática é maior na privada que na pública, sendo tal resultado justificado pelo incentivo ao mercado *versus* ensino voltado para a pesquisa. A maioria dos estudantes são do sexo feminino, situação associada ao uso das PICS, mas que neste trabalho não foi vista correlação positiva já que maioria declarou não as utilizar. Nas duas instituições é grande o desconhecimento da PNPIC por parte desses estudantes, porém a maioria acredita que é importante incorporar tais práticas no tratamento odontológico, as recomendaria e acha que elas devem constar no ensino da graduação, sendo as modalidades mais prevalentes a acupuntura, hipnose e laserterapia. Assim, a autora defende que a inclusão de outros modos de cuidar na graduação em odontologia reflete numa

redução de preconceito e reforça um cuidado holístico (Gonçalo, 2013).

Fiúza et al. (2011) identificaram que médicos residentes da FCM/Unicamp gostariam de mais informações sobre as medicinas alternativas e complementares; que todos conheçam ao menos uma PIC; muitos fizeram ou fazem uso em si de alguma PIC; o conhecimento adquirido sobre a temática foi exterior à graduação em medicina; que as residentes são as que mais se interessam no assunto e que a maior parte deles tem um conhecimento sobre que não é suficiente. Para os autores, percebe-se uma lacuna em que é preciso disparar o debate para que, com urgência, a formação dos profissionais possa vir a contemplar as PICS para que a prescrição e orientação das mesmas possam ser feitas de maneira segura sobre potenciais e riscos que possam envolver.

Nos anos de 2011/12, foi aplicado questionário fechado aos estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, para analisar seu conhecimento, interesse e experiência em acupuntura. Do total de 458 estudantes, a maioria tem pequeno ou nenhum conhecimento sobre. Dos que declaram ter pequeno conhecimento, a maioria o obteve de maneira livre, ou seja, autodidata; enquanto a minoria disse ter sido pela participação na Liga Acadêmica de Acupuntura da Unicamp. A maioria informou não pretender utilizar tal conhecimento em sua prática, tendo estudado apenas para ampliação do conhecimento. Apesar da maioria deles reconhecer a acupuntura como uma especialidade da medicina, muitos não sabiam que é um serviço ofertado pelo SUS. Houve grande interesse em aprender acupuntura e muitos acreditam que ela deve constar no currículo do curso, de maneira obrigatória ou optativa (Carnevale et al., 2017).

Houve grande interesse dos estudantes no uso da acupuntura, o que pareceu dever-se às experiências pessoais e familiares positivas e eficazes. As experiências brasileiras de inserção da acupuntura nas escolas médicas ainda são incipientes para uma formação teórico-prática na área, diferentemente das internacionais (Carnevale et al., 2017).

Santos (2015, p.56) identificou que os estudantes de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), até o momento de vivência da terapia comunitária integrativa no Internato de Medicina de Família e Comunidade, não conheciam tal PIC, fato responsável por fundamentar um preconceito e desvalorizar a prática. Foi observada “[...] uma dificuldade em validar ações como a simplicidade de ouvir o outro [que] surge através da falta de conhecimento da tecnologia leve; o não reconhecimento do potencial de cuidado e efeito de autoajuda do usuário através dos trabalhos em grupo [...]”. Após o estágio, a maioria dos graduandos pareceu ter ampliado o significado quanto às rodas de TCI, ainda que tenha sido identificada superficialidade

no passo-a-passo próprio da terapia. Porém, identificou-se nos alunos o reconhecimento quanto a importância de compartilhar a própria vida para o enfrentamento das questões cotidianas.

Na opinião de discentes dos cursos de graduação em farmácia, medicina, enfermagem, nutrição, odontologia e saúde coletiva da Universidade de Brasília (UnB), em sua maioria, afirmam ter interesse pela temática das plantas medicinais e fitoterapia (PMF) pois “é uma ferramenta a mais de trabalho; o alto índice de utilização de plantas medicinais pela população brasileira; é tema importante para os cursos de saúde; para o maior conhecimento sobre a ação das plantas medicinais no organismo humano” (Barreto, 2015, p.84). Todos afirmaram que é importante adquirir tais conhecimentos por ajudar na decisão na prática clínica, pela biodiversidade no país e por ser mais um conhecimento. Os egressos de nutrição e farmácia afirmaram não ter conhecimento suficiente sobre a temática, no caso dos primeiros pela ausência do assunto no curso e dos segundos, apesar da presença na matriz curricular; porém afirmaram ser um conhecimento necessário, principalmente no contato com os usuários (Barreto, 2015).

Estudo de Feitosa et al. (2016) realizado na Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), objetivou conhecer a opinião dos acadêmicos de enfermagem, medicina e odontologia sobre a inserção de conteúdo sobre PMF nos cursos de graduação, no ano de 2011. Por meio de questionário semiestruturado e autoaplicável, percebeu-se que dos 258 acadêmicos, 70,8% tinham interesse que as PMF fossem inseridas no currículo, sendo os estudantes de enfermagem os mais interessados, seguido dos de medicina e por último, odontologia. A maioria dos estudantes (81,3%) desconhecem a PNPIC. Os estudantes no final do curso se mostraram mais interessados que os que estavam iniciando a graduação. Os motivos relatados foram: ampliar o conhecimento (35,67%), conhecer a evidência científica acerca das plantas medicinais (16,56%), eficácia no tratamento e cura (11,46%), acesso fácil e econômico (7%) e outros (29,29%). Na categoria outros, os acadêmicos relataram justificativas tais como toxicidade, interesse profissional, medicina alternativa, ser muito utilizada e também não ser a inserção importante (Feitosa et al., 2016, p.200).

Oliveira et al. (2018) destacam que o ensino de homeopatia na graduação em medicina na UFF é reconhecido como de suma importância pelos estudantes pois eles reconhecem que isso possibilita uma ampliação para além do olhar biomédico, humanização e integralidade do cuidado, ou seja, onde a prática contemple os aspectos emocionais e mentais. Para os alunos, a introdução dessas outras formas de ver, não deveria ser nem nos períodos tão iniciais nem finais. Os mais

críticos e resistentes preferem que seja ofertada apenas no formato optativo. A avaliação das disciplinas pelos alunos foi em sua maioria positiva, mas questiona-se a falta de ambulatório-escola para experimentação suficiente da prática.

3.1.5 Estratégias de formação em serviço pelo Ministério da Saúde

No sentido de contribuir para o mapeamento inicial da formação em PICS, extrapola-se aqui a busca nas bases de dados para apresentar as estratégias de formação em serviço oferecidas pelo Ministério da Saúde. Entre 2014 e 2016 aproximadamente 17.500 profissionais de saúde iniciaram processos de formação na área, em média 6.500 concluíram e cerca de 11.000 estiveram em andamento (Ministério da Saúde, 2017).

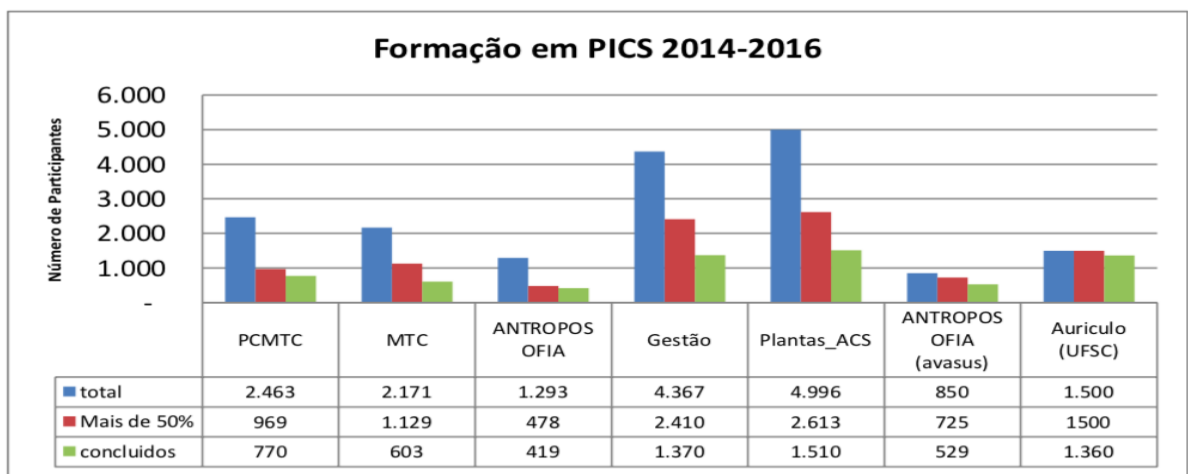
Em 2017 se previu a formação de mais 9.000 trabalhadores da AB, em sete cursos diferentes ofertados pelo MS. Atualmente, no site do Ministério (<https://aps.saude.gov.br/ape/pics/cursos>) constam seis cursos disponíveis que objetivam qualificar em PICS no SUS promovendo educação permanente, disponíveis no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS) (<https://avasus.ufrn.br/>):

- Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: Práticas Corporais e Mentais na Medicina Tradicional Chinesa;
- Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: Medicina Tradicional Chinesa;
- Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: Antroposofia aplicada à Saúde;
- Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos para Agentes Comunitários de Saúde;
- Gestão de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICS;
- Curso de Qualificação em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica.

Ainda sobre as formações em PICS pelo Ministério da Saúde, Tesser, Sousa e Nascimento (2018b) ressaltam que tais cursos estão disponibilizados por meio de ambiente virtual de aprendizagem com caráter introdutório, mas que serve de estímulo aos profissionais de saúde do SUS e lembram que existe,

além desses, um curso semipresencial de auriculoterapia de 80 horas, financiado pelo MS, com polos regionais em 21 estados brasileiros, capacitou, em 2016 e 2017, mais de 4 mil profissionais. Houve também uma formação presencial para número semelhante de profissionais da ESF de todas as regiões do País em Terapia Comunitária e Integrativa. A terapia comunitária é uma técnica de condução de grupos criada no Brasil, voltada para a partilha de experiências, sofrimentos psíquicos e autoajuda comunitária (Tesser, Sousa e Nascimento, 2018b, p.181).

O Gráfico 1 abaixo mostra o número de participantes de formação em PICS no período de 2014-2016:



PCMT: Práticas Corporais da MTC

MTC: Medicina Tradicional Chinesa

Gestão: Gestão de Práticas Integrativas e Complementares

Antroposofia: Antroposofia Aplicada à Saúde na plataforma Comunidade de Práticas e no AVASUS

Auriculo: Auriculoterapia realizado pela Universidade Federal de Santa Catarina

Fonte: Ministério da Saúde (2017).

Para 2021, o MS prevê o lançamento de 14 novos cursos em PICS, quais sejam: Aromaterapia, Automassagem, Ayurveda, Meditação, Musicoterapia, Reflexoterapia, Imposição de mãos, Shantala, Terapia de Florais, Termalismo e Yoga; Curso de Qualificação de Profissionais de Saúde em Plantas Medicinais e Fitoterápicos para o Tratamento de Feridas; Curso de Qualificação em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Primária Módulo 2; Curso de Protocolos de Acupuntura para Atenção Primária (Brasil, 2020).

3.2 NO CENÁRIO NORTE-AMERICANO

3.2.1 Histórico de incentivo para inserção de MTCI no ensino universitário

Estudos norte-americanos relatam que a necessidade de que a formação dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, contemplasse o aprendizado sobre MTCI, se deu principalmente pelo uso crescente dessa abordagem como cuidado em saúde (Chlan e Hálcon, 2003; Cornman, Carr e Heitkemper, 2006; Torkelson, Harris e Kretzer, 2006; Chaterji et al., 2007; Frenkel et al., 2007; Sierpina et al., 2007b; Stratton et al., 2007; Conelly et al. 2010). Outra motivação encontrada que impulsionou esforços para inserção de MTCI nos currículos dessas profissões foi a insatisfação da população, tanto de profissionais quanto consumidores, com o sistema médico ocidental. Acrescenta-se ao fato que, as soluções em saúde com alta tecnologia não se mostram eficazes todo o tempo e quando o são, o preço restringe o acesso à maioria das pessoas (Maizes et al., 2002). Ainda relevante para essa questão é a informação de que o número de visitas a praticantes de MTCI, foi maior que aos médicos de atenção primária nos EUA entre 1990-1997 pela relação que guardavam com os valores, crenças e orientações sobre saúde-doença dos que as buscavam (Brokaw et al., 2002).

Encontra-se na literatura que desde a década de 1990 o debate na área acontecia com intuito de saber a melhor maneira para educar os profissionais de saúde “convencionais” sobre as terapias de MTCI (Pearson e Chesney, 2007), ou seja, se anteriormente o questionamento era se esse conteúdo deveria ser incluído no ensino das graduações em saúde, a discussão passou a ser sobre “quanto, quando e de que tipo” (Stratton et al., 2007). Já não restava dúvida da importância de inclusão dessa abordagem nos cursos em saúde.

Desde 1997 que a *American Medical Association* (AMA) publicou um relatório intitulado “*Encouraging Medical Student Education in Complementary Health Care Practices*” para incentivar a formação nessas práticas (Torkelson, Harris e Kretzer, 2006). Nessa época, pesquisas descreveram o estado das MTCI nos currículos das profissões em saúde e estima-se que em 1998 havia cursos eletivos de MTCI, ou como parte de um curso obrigatório em aproximadamente 65% das faculdades de medicina, mas que havia grande diversidade no conteúdo, formato e requisitos dessa inclusão (Pearson e Chesney, 2007). No caso da enfermagem, desde 1998 a *American Association of Colleges of Nursing* (AACN), ou seja, a Associação Americana de Faculdades de

Enfermagem, elencou competências tidas como essenciais e elementos curriculares necessários à formação, onde as modalidades complementares e tradicionais de saúde foram incluídas. Muitos conselhos estaduais da profissão reconheceram oficialmente as PICS como consistente com a prática profissional (Hálcon et al., 2003a; Booth-LaForce et al., 2010).

Assim, antes de 2000, as terapias de MTICI quando ensinadas nas universidades, tinham formatos heterogêneos, muitas vezes como eletivas, não padronizadas, não baseada em evidências e ainda sem formatos de avaliação consistentes (Brokaw et al., 2002; Kligler et al., 2004; Sierpina et al., 2007b; Bailey et al., 2015).

Por meio da Lei Pública 105-2771 em 1998, o *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCAM)⁶ foi criado, para condução de pesquisas científicas sobre MTICI, treinamento de pesquisadores e disseminação de informações na área, para o público e para profissionais de saúde. Em 1999, o NCCAM, buscando disseminar tais informações lançou o programa de auxílio “R25 CAM Education Grant Program”, para o encorajamento da inserção de MTICI nos currículos das escolas médicas, de enfermagem e afins. O orçamento máximo para cada subsídio foi de U\$300.000/ano, com duração máxima de cinco anos. Apenas um subsídio foi financiado por três anos. O investimento total da NCCAM foi em média U\$22,5 milhões (Pearson e Chesney, 2007).

Dessa forma, foram 15 projetos financiados com subsídio de educação para pesquisa, de 2000-2003, sendo para escolas médicas e de enfermagem, instituições colaborativas de MTICI, um programa de residência médica em medicina e a *American Medical Student Association* (AMSA) (Gaster et al., 2002; Maizes et al., 2002; Sierpina et al., 2007b, 2007b; Lee et al., 2007; Booth-LaForce et al., 2010; Bailey et al., 2015). Os beneficiários dessa doação desenvolveram temas cruciais para integração das PICS nos currículos das profissões em saúde. Enquanto justificativa central, havia a necessidade de aconselhar adequadamente os consumidores sobre MTICI dado seu uso crescente (Lee et al., 2007).

Uma questão relatada na literatura é que tais bolsas foram concedidas de maneira que as instituições abordaram de maneira individual o desafio de selecionar conteúdos relevantes e de qualidade das PICS (Gaster et al., 2007), isto é, as reformas curriculares foram criadas pelas próprias instituições (Sierpina et al., 2007b).

⁶ Atualmente *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH).

Entre 2002-2003, 98 das 125 faculdades de medicina dos EUA ofereciam cursos eletivos de MTCI ou trabalhavam esses temas nos cursos obrigatórios. O objetivo de incluir essas informações nos currículos é para que não se faça julgamento da utilização de tais saberes e amplie as possibilidades de aconselhamento sobre o uso com base em evidências (Frenkel et al., 2007). Salienta-se que ao se falar de conhecimentos em MTCI que precisam ser ensinados nas universidades, fala-se tanto dos pontos positivos como reações negativas à utilização dessas abordagens (Cornman, Carr e Heitkemper, 2006).

É importante ainda colocar que, com esse processo de incentivo ao ensino de MTCI, houve reconhecimento pelo NCCAM (atual NCCIH) também da necessidade de “alfabetização em pesquisa”, principalmente para profissionais de PICS (Witt e Withers, 2013). Entre 2004-2006, autores relataram o aumento substancial nos últimos anos da integração dessas práticas nos currículos de medicina. Trouxeram que as pesquisas recentes falam de dois terços das faculdades de medicina com conteúdo obrigatório em MTCI ou disciplinas eletivas. Baseados em outros estudos, colocam o aumento expressivo das despesas nacionais com consultas em MTCI (Kligler et al., 2004; Torkelson, Harris e Kretzer, 2006).

Existe um reconhecimento da necessidade de mudar a prática médica. As instituições que receberam os subsídios “R25” são membros do *Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine* (CAHCIM), o consórcio onde centros de saúde acadêmicos trabalham conjuntamente para transformação da assistência na área da medicina com rigorosos estudos científicos e programas educacionais que integram biomedicina com a complexidade humana e a diversidade de sistemas terapêuticos (Kligler et al., 2004).

Sobre o uso crescente das MTCI - o incentivo maior para integração delas nos currículos em saúde, segundo o *National Health Interview Survey* (NHIS), em 2007, quase 40% da população adulta dos EUA usava alguma MTCI, mas também 12% das crianças faziam tal uso (Pearson e Chesney, 2007; Bailey et al., 2015).

3.2.2 Barreiras e desafios para inclusão de MTCI nos currículos

O processo de inclusão de MTCI nas universidades norte-americanas tem revelado algumas barreiras, que vão desde questões sobre poder e hierarquia nas instituições, passando pelo fato de que os territórios educacionais são divididos por disciplinas, bem como a constatação das visões

tradicionais de ensino e métodos de avaliação (Sierpina et al., 2007a) até ao dado de que os cursos em saúde existem com cronogramas superlotados (Maizes et al., 2002; Kligler et al., 2004; Stratton et al., 2007; Pearson e Chesney, 2007). Para Gaster et al. (2007), além de também apontar os cheios currículos da área da saúde, enfoca como desafio maior a identificação de um conjunto conciso de conteúdo de MTCI com boa qualidade, tendo em vista ser um campo que comporta tamanha diversidade e complexidade.

Colocada como mais importante do que a superlotação dos currículos, foi a necessidade de fazer um equilíbrio entre as abordagens da medicina convencional e holística. Pearson e Chesney (2007) apontam que as barreiras e desafios para inclusão das MTCI nos currículos das instituições de saúde pelo “R25 CAM Education Grant Program” aconteceram em todas elas, apenas diferenciando o grau e a natureza específica deles. Porém, elencaram para além dos citados anteriormente, a necessidade de envolver os praticantes de PICS.

Lee et al. (2007) realçam como sendo um enorme desafio o desenvolvimento do corpo docente, pela possibilidade que tem de promover o desenvolvimento do currículo e de facilitar a integração com o conteúdo já existente, evidenciando aos alunos as inúmeras possibilidades de MTCI. Esse estudo ainda aponta que quando as mudanças curriculares são feitas em equipe, a sustentabilidade é maior pois garante uma estabilidade no que será ofertado; afinal, com mudanças no corpo docente, apesar de abrir espaço para o novo, pode não permanecer. Ultrapassando o desafio da sustentabilidade, menciona o aproveitamento do corpo docente para uma educação interdisciplinar e interprofissional como mais um desafio.

Frenkel et al. (2007) sugere que talvez o maior desafio para que a inclusão de MTCI se torne sustentável, se relacione com a garantia de tempo para que o corpo docente possa se dedicar ao desenvolvimento do currículo, novos materiais, mantendo a visibilidade das MTCI em ambientes para além da sala de aula; de maneira que a sua inclusão seja uma missão educacional da universidade, com institucionalização de pessoas e recursos.

Kligler et al. (2004) mencionam ainda que uma das dificuldades pode estar na própria diferença dos paradigmas que envolvem a abordagem convencional e complementar da medicina, e que, por exemplo, o formato de palestra pode funcionar para um início, como aproximação com as MTCI, mas que não são suficientes para um entendimento real, que demanda maior tempo. Um outro ponto destacado é sobre a experimentação, entendida como essencial para que as pessoas percebam do que se “fala”, em si. Sobre isso, relata que as possibilidades de maior tempo para

utilização de abordagens experimentais estão nas eletivas, porém essas atingem um número reduzido de alunos. Os autores ainda alertam que o clima político das instituições também são diversos e podem contribuir ou dificultar o processo de integração dessas outras abordagens nos currículos.

Somado aos fatores supracitados, a pouca evidência científica é também apontada como um dos desafios a serem enfrentados na visão de Torkelson, Harris e Kretzer (2006). Esses autores, refletindo suas experiências locais, ainda trazem que um outro desafio foi a necessidade de agendamento para a eletiva de MTCI, com oferta de apenas oito vagas, sendo ministrada apenas três vezes/ano. Dessa forma, os estudantes precisam se inscrever com aproximadamente um ano de antecedência, já que ela é ofertada no terceiro e quarto ano do curso de medicina, e eles precisam defini-la no segundo ano, período crítico pela quantidade imensa de disciplinas. Nesse formato, é preciso que o estudante esteja bastante motivado para fazer qualquer coisa que extrapole o currículo tradicional.

Fato é que a introdução de qualquer novo conteúdo nos currículos de medicina ou enfermagem enfrentam muitas barreiras semelhantes, tais como: superação de resistência do corpo docente, encontrar tempo em um currículo já bastante lotado, avaliar a eficácia das diferentes MTCI, fornecer recursos de referência acessíveis e confiáveis e métodos apropriados de ensino e avaliação. Em suma, para alguns pesquisadores, o desafio consiste em desenvolver a competência de aconselhamento e comunicação dos estudantes sobre o assunto, baseado em evidências, informados dos riscos e benefícios e dos resultados de qualidade do cuidado (Sierpina et al., 2007a).

Booth-LaForce et al. (2010) pontuam que, para o ensino de MTCI nos cursos de graduação em enfermagem, uma das barreiras que podem ser verificadas é a carência de conhecimentos básicos essenciais na área para que o processo de desenvolvimento de currículos possa vir a ser desenvolvido, de maneira que a integração tem sido problemática. Hálcon et al. (2003) também aponta o desenvolvimento do corpo docente como um ponto crítico para inclusão das PICS nos currículos dos enfermeiros.

Bailey et al. (2015) mencionam, numa experiência para o desenvolvimento e implementação dos currículos com MTCI numa universidade sem subsídios do R25, barreiras semelhantes às apresentadas, como competição por tempo, adesão de líderes docentes e institucionais, desenvolvimento do corpo docente e recursos limitados.

3.2.3 Características gerais dos currículos com MTCI

Estudos descrevem componentes necessários à implementação de um currículo com MTCI, quais sejam: a) Integração com o currículo existente, de maneira que os valores, conhecimentos e habilidades em MTCI possam estar entrelaçados sem que tenha repetição indevida e sem que precisem ser criados novos cursos; b) Dar visibilidade às MTCI para que sejam vistas como parte da missão educacional da instituição; c) Promover desenvolvimento do corpo docente de maneira contínua para que possam aprender sobre evidências e estratégias de ensino apropriadas; d) Estimular liderança em MTCI tanto de docentes como de alunos; e) Pensar maneiras de desenvolvimento de currículos que sejam sustentáveis a longo prazo com desenvolvimento de recursos que sejam de referência e confiáveis (Bailey et al., 2015; Sierpina et al., 2007b).

Gaster et al. (2007) pontuam como imprescindíveis a divisão do conteúdo de MTCI em habilidades fundamentais e áreas específicas. Os primeiros seriam os conteúdos introdutórios tais como: compreensão dos termos, dos motivos para utilização das mesmas, saber discutir sobre tais abordagens e seus princípios básicos, onde a partir de então se teria uma base para o aprendizado futuro. Sobre a área específica, os autores afirmam ser importante enfatizar aquelas que tenham evidências de que o tratamento pode ter êxito principalmente quando a medicina alopática não se mostra eficaz. Também ressalta a importância de que os estudantes aprendam a pesquisar na área, desenvolver a habilidade de encontrar e interpretar os resultados com MTCI.

A literatura aponta que os currículos em MTCI devem ser desenvolvidos com intuito de que os profissionais formados possam se comunicar sobre o uso desses outros saberes e práticas com os indivíduos que estejam atendendo; possam estar familiarizados com as modalidades mais usuais para que consigam discutir suas possibilidades de uso; saibam fazer encaminhamentos de maneira segura daqueles interessados em utilizar as MTCI e que conheçam as maneiras de obtenção de informações confiáveis sobre as mesmas (Pearson e Chesney, 2003; Sierpina et al., 2007b, Frenkel et al., 2007).

A seguir serão exemplificadas com maior riqueza de detalhes, algumas das experiências relatadas nos artigos. Segundo Maizes et al. (2002) a Universidade do Arizona tem sido pioneira na educação de MTCI, com atividades obrigatórias desde 1975, tendo a Faculdade de Medicina oito horas de instrução obrigatória em medicina integrativa. A ideia dessa integração é fazer com que os estudantes possam conhecer as modalidades de cuidado nessa abordagem, experimentá-las e ainda explorar evidências a favor e contra às mesmas. Também existem modalidades eletivas

com palestras, no primeiro e segundo ano (oferecidos desde 1983) e uma eletiva no quarto ano (oferecidos desde 1997).

Torkelson, Harris e Kretzer (2006) relataram que a experiência da Universidade de Minnesota com PICS acontece desde 1998 e que a integração dessa abordagem aconteceu inicialmente nos dois primeiros anos da faculdade de medicina. Existe um curso de caráter eletivo, para os alunos de medicina do terceiro e quarto anos fazerem uma rotação, por 3 semanas, com disponibilidade de 8 vagas. Esse curso objetiva que os estudantes possam adquirir conhecimento sobre princípios do cuidado holístico, compreender situações onde a indicação de MTCI seja benéfica; descrever um plano de cuidado em MTCI; identificar o papel do autocuidado. Para que tais objetivos sejam atingidos, os estudantes visitam os praticantes dessas abordagens, assistem palestras e participam de discussões em pequenos grupos, trocam e-mails, fazem apresentação oral e relatório escrito. Esses estudantes também recebem uma extensa lista de recursos de sites de pesquisa e material de leitura.

Desde 2005 a Universidade de Duke decidiu incluir MTCI no seu currículo, dentro de um curso chamado “Capstone”, um curso obrigatório realizado dois meses antes da formatura da faculdade de medicina, no quarto ano. A partir de então, os locais e formatos para desenvolvimento do curso foram sendo alterados. Percebeu-se a necessidade de inclusão de prática, mas a característica presente desde o início foi a obrigatoriedade. Atualmente, consiste em um seminário de uma hora de introdução à medicina complementar e integrativa, seguido por uma experiência de imersão. O seminário interativo fornece informações básicas (taxas de utilização de MTCI por “pacientes”, riscos *versus* benefícios, recursos baseados em evidências, etc.) para começar a construir uma base de conhecimento sobre medicina integrativa e serve para orientar os alunos para a feira interativa que ocorre mais tarde no curso (Bailey et al., 2015).

Cornman, Carr e Heitkemper (2006) realçam que a parceria com universidades que apresentam mais experiência na área das MTCI, favorece o desenvolvimento naquelas que estão iniciando o processo. Relatam que um dos formatos possíveis para inclusão dessa abordagem, é iniciar com o aprendizado dos educadores como prioridade. Para tanto, citam que o modelo de acampamento, onde os professores passam 4 semanas distantes da rotina habitual da universidade para aprender teoria e prática, numa espécie de imersão, é uma possibilidade positiva. Foram trabalhadas diversas modalidades, a questão das informações baseadas em evidências, etc. Outros componentes realçados foram as sessões de revisão de materiais da semana e os momentos de

discussão sobre as possibilidades de integrar MTCI nos currículos de enfermagem na graduação. Richardson (2003) traz que os programas de enfermagem, em sua maioria, incorporam com maior frequência os conteúdos teóricos que a aprendizagem experiencial, ainda que reconheça como importante a integração dos dois.

Kligler et al. (2004) trazem que o *Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine* (CAHCIM) modificou o formato padrão “conhecimento/atitudes/habilidades” para que as competências que sustentam o currículo tivessem uma incorporação de valores fundamentais para a área da medicina. Sobre isso, colocam como exemplar o curso “*Healer's Art: Awakening the Heart of Medicine*” desenvolvido na Universidade da Califórnia, San Francisco, e que se disseminou em mais de 20 outras escolas de medicina no país com objetivo de que estudantes de medicina do primeiro e segundo ano possam reconhecer a dimensão humana dos cuidados em saúde e que a competência cultural seja trabalhada de maneira a conscientizar sobre tradições e práticas culturais e sua relação com a saúde.

O artigo de Lee et al. (2007) concentra as estratégias organizacionais e instrucionais dos bolsistas do “CAM Education Program” para integrar as MTCI, fazendo um balanço das diferentes experiências. Nele são relatadas que as escolas beneficiárias tinham cursos obrigatórios relacionados à área, com variação de carga horária. As escolas de enfermagem, para integração dessas abordagens, demonstraram que muitas das questões trazidas pela discussão em MTCI já ocorriam, sem necessidade de grande mudança paradigmática. Ainda que não sejam todas as escolas de medicina, mas a maioria delas ofertavam o ensino de MTCI nos primeiros dois anos da faculdade. O formato eletivo também foi adotado em algumas experiências, mas a integração era o real objetivo. A experimentação sempre foi desejada pelo corpo docente para que os alunos pudessem ser expostos para além da base de evidências, fornecendo uma formação mais completa. Muitas escolas ofereceram rotações para os estudantes de terceiro ou quarto anos com imersão com provedor de MTCI. As palestras são citadas como a estratégia que atinge maior número de pessoas e foi o formato mais utilizado para inclusão das MTCI nos currículos, mas há um destaque para a aprendizagem experiencial como mais eficaz para o aprendizado (Lee et al., 2007). Assim, os autores trazem que o conteúdo curricular, no geral, para o ensino de MTCI envolveu: contextualização das MTCI; pesquisas e evidências clínicas das principais modalidades de MTCI segundo o NCCAM (atual NCCIH); questões metodológicas enfrentadas quanto à eficácia e

segurança; identificação de estratégias de autocuidado; reconhecimento do valor do cuidado pessoa-centrado e conhecimento com provedores de MTCI.

3.2.4 Estratégias, avanços e aprendizados da integração curricular com MTCI

Percebeu-se, na leitura dos artigos, que muitos traziam as lições sobre o processo de inserção de MTCI nos currículos dos cursos. Dessa forma, essa última subseção descreve sucintamente algumas das estratégias, avanços e aprendizados relatados na literatura consultada.

Em Sierpina et al. (2007b), encontra-se como importante o desenvolvimento da colaboração entre os docentes, praticantes e acadêmicos interessados na implantação de MTCI, de maneira que um comitê interdisciplinar foi criado. Sobre essa experiência, os autores relatam que os colaboradores se mostraram mais envolvidos e ativos no processo e que facilitou a discussão e consenso sobre conteúdo central e os objetivos do currículo. Outro aprendizado foi a tentativa de minimizar o preconceito e abrir espaço para discussão das controvérsias sobre a área, uma vez que os professores tinham receio de apresentar ou mesmo defender práticas inseguras. Uma das estratégias relatadas nesse estudo foi a utilização da publicidade para veicular informações sobre MTCI, seja na biblioteca ou em palestras. Também enquanto aprendizado, são pontuadas como relevante a avaliação curricular contínua e um plano de longo prazo que possa compreender as experiências discentes e docentes no processo, sendo então essa avaliação formativa, contributiva para a sustentabilidade e permanência da integração curricular dos componentes de MTCI.

Bailey et al. (2015) ressaltam como aprendizado, para além da imersão prática que possibilita discutir as abordagens da área pela vivência, que, dentro da obrigatoriedade, a oportunidade de escolha das práticas aproxima as pessoas às MTCI de maneira mais positiva. Os autores fazem projeção de futuro onde planejam a inclusão da educação interprofissional e do autocuidado. Cornman, Carr e Heitkemper (2006) e Richardson (2003) também reconhecem o valor da abordagem experiencial como transformadora do processo educativo em MTCI.

Estudos relacionam que o avanço na inclusão das MTCI nos currículos ocorreu em função do enfrentamento do aprendizado das pesquisas clínicas e da busca pelas evidências na área (Witt e Withers 2013; Gaster et al., 2007). Stratton et al. (2007) reforçam que a utilização de novas metodologias para avaliação do processo de inclusão dessas abordagens contribui para o direcionamento de esforços futuros.

Liu et al. (2014) assim como Chlan e Hálcon (2003) pontuam a pertinência da educação em MTCI ainda na graduação e alertam que, se deixada para a pós-graduação pode não vir a se concretizar dado que o interesse e compreensão sobre poderão ser comprometidos pela formação menos abrangente, e assim, tais profissionais quando formados terão menor responsividade quanto ao interesse dos indivíduos que cuidam. Na visão dos autores, é no nível da graduação o momento mais oportuno para o aprendizado inicial em MTCI.

3.3 NO CONTEXTO CUBANO

3.3.1 Histórico de integração de MTCI ao ensino universitário

É oportuno que se inicie pontuando que, ainda que considerado um país pobre, Cuba possui ótimos indicadores de saúde, o que pode ser justificado pela base comunitária adotada pelo seu sistema nacional de saúde (Appelbaum et al., 2007). Sabe-se que um sistema de saúde não se constrói distante dos profissionais e esses, precisam de uma formação que os entregue para além de conteúdos, uma consciência ética e profissional diante da postura assumida no vir a ser. Dessa forma, pode-se perceber que os currículos têm grande impacto na formação.

Sobre isso, Pérez (2018) coloca que dois períodos marcam os currículos de medicina e suas transformações em Cuba, sendo um anterior a 1959 – classista e ligado aos interesses governamentais – e outro posterior a 1959 quando os programas começaram a ser unificados; as áreas básica, clínica e comunitária foram integradas; as disciplinas passaram a focar no trabalho comunitário e a pesquisa, docência e assistência, por meio da educação no trabalho, foram integradas.

Dadas questões políticas e dificuldades econômicas (o chamado “período especial”) na década de 90, Cuba passou a integrar as MTCI na assistência à saúde, uma vez percebida a necessidade de fomentar outras maneiras de cuidado em saúde (Porbén et al., 2007; Appelbaum et al., 2007). Segundo Pérez (2018), a Universidade de Ciências Médicas cubana, desde os anos 80, por meio da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e em resposta às necessidades sociais, integrou as MTCI na pós-graduação, e em 90, na graduação, pelos “Programas Diretores” que apresentaram contribuição para formação profissional de maneira ampliada respondendo às necessidades técnico-científicas daquela época.

Na carreira de enfermagem, naquele momento, houve um redesenho dos planos de estudo com objetivo de implementar estratégias curriculares que possam compor uma formação mais integral de seus estudantes e futuros profissionais. Dessa maneira, na década de 90, as disciplinas do curso passaram a incorporar programas vistos como prioritários ao sistema de saúde cubano e, a partir de então, percebeu-se a necessidade de criar um grupo de trabalho para modificação da estrutura curricular, o “Plano de Estudo D”, que estabelece a vinculação entre trabalho e educação como essencial, sendo um pilar fundamental (García et al., 2009).

De acordo com Appelbaum et al. (2007), a incorporação das MTCI na prática clínica, na educação médica, na produção farmacêutica e na pesquisa cubanas, acontece desde 1996. O governo de Cuba, por meio de um mandato internacional, estabeleceu a integração dessas outras medicinas aos cuidados em saúde em 1992 e, em 1995, o Ministério de Saúde Pública (Minsap) daquele país criou uma Comissão Estadual para o desenvolvimento da MTCI, aprovando-as como especialidade médica e estabelecendo a integração entre práticas convencionais e não convencionais (Salman, 2013).

Desde 1996, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), promove os eixos transversais por meio do “Informe da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI”, e posteriormente, o aperfeiçoamento do currículo e as transformações para fusão dos conteúdos de MTCI em medicina (Pérez, 2018).

A despeito disso, tem-se que apenas em 2002, nos centros de educação médica cubanos foram constituídas cadeiras de MTCI, que, durante dez anos ficaram dispersas e heterogêneas, de maneira a depender dos docentes a efetivação da inclusão (Martínez; Luis; Gonzáles, 2016), sendo essa uma tônica da temática que parece atravessar países, instituições e professores, onde o desejo e a vontade docente são inicialmente os ingredientes que possibilitam a inclusão dessas abordagens não convencionais nos cursos.

Com a Resolução Ministerial n. 261 de 2009, foram aprovadas diversas modalidades de MTCI tanto para assistência médica, como para o ensino e pesquisa. E, ainda, as estratégias curriculares e os planos de estudos, que incorporam as MTCI de maneira a promover uma sistematização do trabalho interdisciplinar de forma mais organizada e com controle dos resultados no processo formativo em medicina (Martínez; Luis; González, 2016).

García et al. (2009) aponta que a Comissão Nacional de Carreira (CNC) propôs que os professores precisam dominar as estratégias curriculares para que possam fazê-las acontecer, uma

vez que cada curso tem aspectos que estão relacionados. E, por último, no VIII Congresso do Partido Comunista, por meio do “Lineamiento 132”, tem-se a afirmativa “prestar máxima atenção ao desenvolvimento das MNT” (Pérez, 2018), o que reafirma o compromisso da ilha para com as medicinas naturais e tradicionais.

3.3.2 Características gerais da integração de MNT nos currículos

Foi possível identificar algumas características sobre a integração das MTCI no ensino cubano, as quais serão aqui trazidas. Para começar, pode-se dizer que é de saltar aos olhos a afirmação feita sobre a questão do tempo nos currículos. Para Cuba, segundo Appelbaum et al. (2007), há tempo no currículo para inserir as MTCI. Sugere-se, portanto, que tal afirmação se dê pela importância dada às medicinas tradicionais e pelo reconhecimento de sua necessidade, bem como, da sua potência para ampliações paradigmáticas e práticas profissionais.

Appelbaum et al. (2007) continua, dizendo que o formato escolhido para o ensino cubano é o de integração paulatina e progressiva desse conteúdo às horas obrigatórias durante os seis anos de medicina, bem como, que os profissionais de saúde precisam aprender a trabalhar com os dois paradigmas, sem prejuízo da formação científica ocidental. Para tanto, Cuba tem lançado mão de experiências de educação continuada e exige que todos os professores para profissionais de saúde tenham algum treinamento em MTCI.

Como educação continuada, em Cuba, existe a possibilidade de fazer mestrado (de dois anos) em MTCI. Existem também cursos de 25 a 200h sobre vários assuntos, de 160 horas para o profissional que quer seguir o treinamento de MTCI seguido de um de pelo menos 240 horas que une teoria e prática de diversas modalidades de MTCI. Quanto às possibilidades posteriores à graduação na área, é importante frisar que é obrigatória a residência de 2 anos após a formação em medicina em Cuba. Nela, tem 120 horas de MTCI integrada ao currículo no primeiro ano e no segundo, são 3 semanas em tempo integral ou seis semanas de maneira parcial, aprofundando e praticando MTCI. Posteriormente, os médicos cubanos podem escolher fazer outra residência de especialidade (por 3-4 anos). Há uma heterogeneidade na incorporação de MTCI nessas residências, porém existe uma própria de MTCI de 4 anos que faz uma abordagem mais aprofundada na temática (Appelbaum et al., 2007).

Para compreender a maneira de integração das MTCI no contexto da graduação em Cuba, é interessante entender sobre as “estratégias curriculares”. Essas, são as características mais amplas que cada categoria deve se apropriar e que não dependem, para o seu desenvolvimento, de apenas uma disciplina, mas de uma integração coerente delas no plano de estudo. Dessa forma, podemos falar de uma abordagem pedagógica com objetivo de trabalhar conhecimentos, habilidades e formas de atuar que carecem de uma profundidade impossível de alcançar com apenas uma disciplina, requerendo, assim, que várias disciplinas sejam recrutadas ou mesmo todas as unidades curriculares do curso de maneira extremamente integrada (García et al., 2009; Pérez, 2018).

A proposta é de um modelo com enfoque sistêmico, com algumas dimensões: filosófica - da integralidade, pedagógica -da educação no trabalho com o “Modelo de ‘Perfil Amplio’”, pretende que profissionais tenham uma sólida formação básica capaz de solucionar problemas gerais e frequentes utilizando MTCI, sociocultural -com resgate do uso da MTCI, psicológica e das ciências da educação médica convencional. A reorganização do perfil curricular exigiu integração, horizontal (ano/ciclo) e vertical (integração básico-clínica), bem como, a inter e transdisciplinaridade por meio de linhas, eixos ou estratégias curriculares que estejam alinhadas e sejam capazes de responder às necessidades da sociedade e as tendências internacionais (Pérez, 2018).

Segundo Salman (2013, p.540) para o sistema de saúde cubano, a integração entre a medicina convencional e as medicinas tradicionais complementares e integrativas “não é apenas possível, mas oportuna”. De forma que, no que tange a graduação, percebe-se que a tônica para inclusão de MTCI também passa e responde pela integração, interdisciplinaridade e pela educação no trabalho (Pérez, 2018), o que se pode justificar pelo fato que

la MNT viene a compensar el desbalance producido por un predominio hegemónico de las concepciones puramente biomédicas, mediante la aplicación de conocimientos de amplio espectro sobre la salud humana, algunos de ellos ancestrales, otros novedosos, pero todos en evolución y filtrados por una formación previa en Medicina Convencional, heredera de una Escuela Cubana de Medicina, reconocida en el mundo tanto por su capacidad de mantener elevados índices de salud como por la entrega de sus profesionales. La integración de ambas formas de concebir al ser humano y al proceso salud enfermedad, se produce primeramente en la conciencia y en la subjetividad de estos profesionales, que a juicio del autor, están mejor preparados para enfrentar los problemas contemporáneos de salud que aquellos sin formación en MNT. La integración con todo el sistema de salud es un proceso gradual que ya ha comenzado y que terminará por complementar ambas medicinas no solo en el ámbito de la terapéutica sino más profundamente, en el teórico filosófico. Para ello será preciso abandonar posturas sectarias y trabajar en común para despejar incógnitas y allanar el camino a las nuevas generaciones de compatriotas (Salman, 2013, p.550).

Assim, as estratégias curriculares de integração de conteúdo de MTCI devem incorporar de maneira transversal, ou seja, sem necessidade de criação de novas disciplinas, mas que tal conteúdo possa estar distribuído em todos os anos do curso, de maneira intra e interdisciplinares, horizontal em semestres e anos acadêmicos e vertical em matérias e disciplinas de anos diferentes (Ramírez et al., 2018).

Alguns exemplos dessas estratégias de integração foram encontrados, essencial e principalmente nos cursos de graduação em medicina, mas também no curso de estomatologia e na licenciatura em tecnologia da saúde (Porbén et al., 2007; Alonso et al., 2007; Yera e Martínez, 2017; Ramírez et al., 2018). Em medicina, o trabalho de Porbén et al. (2007) traz a inserção de conteúdos de MNT na disciplina de psicologia médica II no terceiro ano de medicina abordando conteúdos de acupuntura, fitoterapia, apiterapia, tai-chi-chuan e águas e lamas medicinais, que foram considerados de extrema importância para a formação profissional dada a capacidade de manter e reestabelecer o equilíbrio mental, para além das enfermidades físicas, o que é necessário para o funcionamento social (Porbén et al., 2007).

Para Yera e Martínez (2017) a educação física, no curso de medicina, tem potencial de integrar mais das medicinas tradicionais do que é feito atualmente, de forma que analisou uma estratégia interdisciplinar que permitiu integrar elementos de MTCI com a educação física. As ações dessa estratégia passaram pela a) análise da Estratégia Curricular de Medicina Natural e Tradicional (ECMNT) e do programa de educação física; b) desenho da estratégia; c) organização de trabalhos com as disciplinas coordenadoras; d) análise dos nós interdisciplinares com as disciplinas que estão participando; e) seleção de conteúdos base da MTCI que possam ser integrados ao programa de educação física; f) formação dos docentes por meio de oficinas; g) envolvimento da comunidade com estudantes e professores e; h) aplicação e validação da estratégia interdisciplinar. A análise dessa experiência evidenciou que tais ações possibilitam identificar e integrar elementos primordiais da MTCI no processo educativo no primeiro ano do curso de medicina.

No curso de estomatologia, por meio do “Plano de Estudos D”, tem-se a disciplina de estomatologia integral que é um eixo condutor na formação do estudante durante os 5 anos e a ela estão subordinadas outras disciplinas e matérias onde conteúdos de caráter multidisciplinar, inclusive MTCI tanto teórico quanto prático se fazem presentes. Para isso, é sublinhado que deve

haver uma incorporação de maneira paulatina e gradual, consistente, sendo a atuação docente imprescindível para alcance do desejado. São estabelecidos níveis de assimilação progressiva de acordo com a complexidade e sempre integrado com a estomatologia convencional. Porém, uma questão ainda aparente é um certo descompasso entre a proposta de conteúdos da estratégia e o programa analítico (Ramírez et al., 2018).

Na faculdade de tecnologia da saúde, na disciplina farmacologia I, no perfil de serviços farmacêuticos, Alonso et al. (2007) viram que a abordagem de MTCI varia com a unidade, de maneira a trabalhar a apresentação das diferentes abordagens, interações medicamentosas, reações indesejadas, tratamento da dor, dentre outros.

3.3.3 Barreiras e desafios para a integração de MTCI no ensino em Cuba

Deve-se considerar que para a inclusão das medicinas naturais e tradicionais nas formações é preciso compreender a significativa contribuição das mesmas para os serviços de saúde e, por fim, para a população. Conforme tratado no histórico (2.3.1), a incorporação das MNT surge principalmente por necessidade econômica, porém, após essa incorporação, os profissionais percebem que houve uma melhora do sistema de saúde por meio da utilização de paradigmas distintos, afinal, é compromisso do governo cubano o acesso da MTCI à todos (Appelbaum et al., 2007).

Reconhecer as barreiras e desafios nesse processo pode ser uma maneira para pensar possibilidades e saídas. Uma dificuldade identificada por Appelbaum et al. (2007) foi a escassez de publicações para mostrar a melhora do sistema de saúde cubano por meio da incorporação das MTCI, uma vez que os estudos são locais e não acontece de maneira homogênea em Cuba, ou seja, para refletir o contexto é preciso uma maior quantidade de publicações que abordem mais sobre e permitam olhar para dentro e conversar com outras experiências fora.

No seu estudo, Salman (2013) discute o método científico e as MTCI e reflete que é preciso ainda avançar no que se considera evidência científica. Para ele, há que se reconhecer que o processo de geração de evidências é limitado, e portanto, as agências reguladoras não podem basear o aceite ou recusa apenas de acordo com o êxito ou fracasso daquela MTCI em ensaios clínicos, mas é preciso também reconhecer a complexidade das mesmas, assim, os ensaios clínicos devem considerar a natureza própria das MTCI.

Sobre desqualificar as MTCI, Salman (2013, p.542) escreve que

la descalificación abierta o solapada hacia al menos algunas modalidades de las medicinas complementarias y alternativas ha sido denunciada como campaña,⁵⁻⁸ basada por una parte, en la disparidad entre los presupuestos teórico-conceptuales de esas modalidades, que no concuerdan con la llamada *ciencia constituida*, y por otra, en una cierta incapacidad procesal para rebasar los criterios de eficacia de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). De acuerdo con los denunciantes, esta campaña encubre por una parte, los intereses de las transnacionales farmacéuticas, oculta la falta de evidencia de prácticas terapéuticas de la Medicina Convencional y contrapone las medicinas complementarias y alternativas con la ciencia, la racionalidad y la bioética en el ámbito de la salud.

O autor concorda que o método não pode ser mais importante que o resultado (Salman, 2013). Assim, apontar que essa barreira do método é crucial para abrir outras possibilidades de debate e caminhos onde as maneiras de validação de uma medicina aconteçam coerentemente às suas racionalidades e sentidos e menos com a necessidade de enquadramento e redução da mesma para caber num método.

Ainda com a ideia de reconhecimento, Martínez, Luis, González (2016) coloca como desafio a integração dos conteúdos disciplinares na formação em medicina, e logo traz que para fazer esse enfrentamento deve-se apostar na interconexão entre as disciplinas que ocupam posições diferentes segundo a lógica da profissão. Assim também se deve compreender para a formação nas outras profissões em saúde.

3.3.4 **Aprendizados sobre as possibilidades de integração das MTCI nos currículos cubanos**

Foi possível perceber que para integração das MTCI nos currículos alguns aprendizados foram necessários e outros consequências desse processo. Não é apenas sobre estratégias utilizadas para fazer acontecer a inclusão de outras abordagens nas discussões em saúde, mas também quais amadurecimentos foram e são essenciais para que essa abertura encontre eco.

Dito isto, acredita-se que um importante salto é a compreensão das medicinas tradicionais complementares e integrativas para além de um conjunto de modalidades terapêuticas incompreendidas na medicina convencional, como Salman (2013) aponta, as MTCI são um corpo de conhecimentos que compreende o ser humano e o processo saúde-doença de maneira ampliada, onde saúde e doença não são antitéticos mas um conceito unitário e um fenômeno sociocultural.

Considerar e trazer essa percepção para dentro dos cursos em saúde é reconhecer outras possibilidades epistêmicas e investir esforços para sua real incorporação.

Salman (2013) traz outros pontos que precisam ser aprendidos sobre a questão das evidências científicas e do que se considera como tal, que são importantes de serem aqui pontuadas dada a sua relação com a inclusão ou não dessa temática dentro dos currículos, quais sejam: a) a revisão do conceito de evidências é urgente para que se incorporem outros fatores cruciais para o processo terapêutico; b) é preciso abrir espaço para outras abordagens para além da biomedicina; c) a maneira de utilização de um método não deve estar dissociada do objeto de estudo em questão; d) a utilização de MTCI geralmente incorre na pluralidade de modalidades associadas, o que dificulta saber sobre uma específica e isso deve ser levado em consideração nas pesquisas; e) existe uma diferença no resultado que se produz por meio de um ensaio clínico controlado e aquele individual, então a resposta terapêutica no indivíduo conta com múltiplos fatores não controlados como no ensaio; e, ainda que f) a hegemonia de modelos rígidos e simplistas não deve significar uma única maneira de experimentação do mundo.

Também de suma importância parece ser a reflexão sobre a utilização do termo mais adequado. Segundo Rodríguez et al. (2011) o termo medicina alternativa é equivocado, porque essas medicinas tradicionais complementares e integrativas são um método, na verdade, ancestral e por isso, propõe um enfrentamento também pela nomenclatura, sugerindo por exemplo: culturas médicas, medicinas com concepções ou racionalidades diferentes ou métodos populares. Perceber que as palavras significam e não as esvaziar dos seus sentidos, é facilitar a visibilização de tais saberes e práticas.

Para Appelbaum et al. (2007) é importante o estímulo governamental para incorporação da MTCI na educação médica, a consideração de tempo nos currículos, a educação para todos os médicos em MTCI que contemple inclusive a população de baixa renda e que todo médico deve ser formado a partir da diversidade de abordagens. E ainda, considera-se aqui que é preciso expandir para que as outras formações em saúde também possam ter acesso a um processo educativo que contemple um olhar ampliado.

Segundo Martínez, Luis e González (2016), para cada disciplina é necessário um investimento metodológico para que não apenas conhecimentos, mas também habilidades e valores relativos à temática estejam presentes com um formato de ensino condizente. Assim, afirma-se que os objetivos e atividades não devem permanecer imutáveis ao longo dos anos, uma vez que é

preciso incrementar novas exigências progressivamente onde o enfoque interdisciplinar possa corresponder aos novos cenários e tendências na educação.

É a interdisciplinaridade uma grande aposta para esse movimento de integração de MTCI aos currículos. Na visão de Yera e Martínez (2017), as ações interdisciplinares facilitam a integração e identificação das MTCI no ensino e possibilitam maior motivação e protagonismo dos discentes, de maneira que devem necessariamente constar no plano de estudos. Alonso et al. (2007) também recomenda investir na expansão de planos de estudos que contemplem as MTCI em diferentes disciplinas.

E ainda, um aprendizado basilar para a materialização dessa integração se dá por entender a necessidade de formação docente na área, conforme aborda Ramírez et al. (2018) quando discute que os professores precisam estar capacitados para contribuir com uma formação que aborde outras racionalidades para que não fique na dependência da disposição dos mesmos porque “solo si el profesor se encuentra preparado en estas terapias, reconoce su valor y las utiliza en la atención a pacientes, los estudiantes descubrirán su valor, las aprenderán y las utilizarán.” (p.505).

4 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO E ÉTICO: UMA FORMA DE PENSAR INSCRITA NUM MODO DE FAZER

O percurso metodológico da pesquisa encontra coerência quando em estreita relação com o arcabouço teórico utilizado e na adoção de uma postura ética no desenvolvimento de todo o trabalho. O refinamento teórico aconteceu ao longo do processo de elaboração da tese, mas sublinha-se de antemão que, tendo o conhecimento uma dimensão tanto política quanto ética, não se pretendeu neutralidade, contudo, uma objetividade entendida como necessária para uma metodologia sem dogmatismos e com rigor.

4.1 NOSSO NORTE SÃO AS EPISTEMOLOGIAS DO SUL



Figura 1: América Invertida
Joaquín Torres García
1943

Assim como o uruguaio Joaquín Torres García propôs a inversão do Mapa da América do Sul e anunciou “Nosso Norte é o Sul”, no percurso do doutorado o encontro com as teorias pós-coloniais fez sentido enquanto possibilidade alternativa às alternativas para fazer pensar sobre o que se pretende conhecer e produzir de novo, com uma outra forma de olhar para o mundo, sua organização e história na relação com o recorte desta tese. Com isso, a escolha e proposta teórica mais adequada para orientação pareceu ser as “Epistemologias do Sul” desenhada por Boaventura de Sousa Santos, porque representa o conjunto, permeado pelo afeto, de procedimentos que procuram reconhecer e validar o conhecimento produzido pelos que sofrem as injustiças, opressão e dominação causadas pelo colonialismo, capitalismo e pelo patriarcado. São definidas como um

[...] conjunto de intervenções epistemológicas que denunciam a supressão dos saberes levada a cabo, ao longo dos últimos séculos, pela norma epistemológica dominante, valorizam os saberes que resistiram com êxito e as reflexões que têm produzido e investigam as condições de um diálogo horizontal entre conhecimentos (Sousa Santos, 2014, s/p)

Tal teoria, vem se opor ao que seriam as “Epistemologias do Norte”, ou seja, ao que se tem enquanto fundante sobre ciência, que reconhece essa como único formato de conhecimento rigoroso, representando as ideias de experimentação do mundo; de separação total entre sujeito e objeto; de suposição de verdade e de universalidade. É por corroborar com Sousa Santos (2007a, p.20) em “[...] a compreensão do mundo é muito mais ampla que a compreensão ocidental do mundo” que se busca, ainda que timidamente neste projeto, reparar injustiças históricas que ocorrem quando processos de invisibilização sobre formas de conhecer e interagir em sociedade são postos e tidos como dados.

Enquanto ideia central de sua proposta, tem-se que “[...] não há justiça social global sem justiça cognitiva global, ou seja, sem justiça entre os conhecimentos. Portanto, é preciso tentar uma maneira nova de relacionar conhecimentos” (Sousa Santos, 2007a, p.40). No bojo do ensino e da formação nas universidades, mais precisamente sobre as práticas integrativas e complementares (PICS) nos cursos de graduação em saúde, fez-se pertinente um referencial que reivindicasse a validade de outras formas de conhecimento para que pudessem ser lançadas compreensões acerca da organização estabelecida sobre o que deve ou não constar enquanto conteúdos e práticas a serem ensinadas e apreendidas pelos futuros profissionais de saúde. Afinal, nas palavras do autor,

[...] é importante saber qual é o tipo de intervenção que o saber produz. Não há dúvida de que para levar o homem ou a mulher à Lua não há conhecimento melhor do que o científico; o problema é que hoje também sabemos que, para preservar a biodiversidade, de nada serve a ciência moderna. Ao contrário, ela a destrói. Porque o que vem conservando e mantendo a biodiversidade são os conhecimentos indígenas e camponeses. [...] o que tenho de avaliar é se se vai à Lua, mas também se se preserva a biodiversidade. Se queremos as duas coisas, temos de entender que necessitamos de dois tipos de conhecimento e não simplesmente de um deles (Sousa Santos, 2007a, p.33).

Boaventura, em “Para além do pensamento abissal”, evidencia esse último como sendo o pensamento moderno ocidental - um sistema de distinções entre o que se vê e o que é construído como invisível por linhas radicais que cortam a realidade social em dois universos: “deste lado da linha” e “do outro lado linha”. O que se encontra do outro lado é produzido de maneira a não existir,

sem qualquer perspectiva de ter relevância ou de se fazer compreensível. Ele coloca como fundamental desse pensamento, “a impossibilidade da co-presença dos dois lados da linha” (Sousa Santos, 2007b, p.71). Para tanto, sugere a construção de um pensamento pós-abissal, que tem como ponto de partida a noção de que “a diversidade do mundo é inesgotável” e, como condição primeira a “co-presença radical” (Sousa Santos, 2007b, p.84).

Nessa perspectiva, é que propõe uma “Sociologia das Ausências” como um dos procedimentos para combater a redução da diversidade da realidade, para mostrar que há produção ativa de ausências pelas chamadas monoculturas diversas. Enquanto que as ecologias são recomendadas para uma inversão da situação. Ou seja, diante da *monocultura do saber e do rigor* (o conhecimento científico é único com validade), uma *ecologia dos saberes* (ciência como mais um saber que conversa e convive com outros); para uma *monocultura do tempo linear* (história unidirecional), a *ecologia das temporalidades* (existem outros tempos para além do tempo linear); quando da *monocultura da naturalização das diferenças* (ocultam hierarquias), coloca a *ecologia do reconhecimento* (necessidade de descolonizar nossas mentes para reconhecer a distinção entre o que é ou não produto de hierarquia); contra uma *monocultura da escala dominante* (há uma escala dominante nas coisas), a *ecologia da transescala* (capacidade de trabalhar local, global e nacionalmente); e por fim, na presença da *monocultura do produtivismo capitalista* (o crescimento econômico e a produtividade é medida por um ciclo de produção) sugere a *ecologia das produtividades* (recuperação e valorização dos sistemas alternativos de organização desacreditados pela ortodoxia produtivista capitalista) (Sousa Santos, 2007a).

No que tange à maneira de fazer essa transição, Boaventura evidencia sobre a necessidade de, ainda por muito tempo, desenvolver um trabalho que deverá existir por dentro, mas também por fora das universidades, uma vez que ressalta nelas um nível “máximo de consciência possível, [e que] é preciso explorá-lo”. Sugere um movimento contrário ao que se entende por extensão universitária, pois advoga que a “ecologia de saberes é trazer outros conhecimentos para dentro da universidade” (Sousa Santos, 2007a, p.46).

Para o autor lusitano, há ainda outra insurgente sociologia, que ele nomeia “Sociologia das Emergências”, onde ante o nada e o tudo é proposto o “ainda não”, um conceito de Bloch (filósofo alemão) utilizado por Sousa Santos que sinaliza para o que ainda não está como existência mas aparece como pista de futuro. Ela “produz experiências possíveis, que não estão dadas porque não

existem alternativas para isso, mas são possíveis e já existem como emergência”, isto é, vem a ser um porvir do possível e do concreto (Sousa Santos, 2007a, p.38).

Dessa maneira, Boaventura alerta que há muita realidade a ser produzida pelas sociologias propostas, tanto das Ausências quanto das Emergências. Portanto, com a riqueza e fragmentação de realidade antes inexistente, há necessidade de formação de sentido diante do caos, para o qual indica um outro procedimento: a tradução. Aventa a “Tradução Intercultural” com intuito de criar inteligibilidade para pensar os diversos movimentos e suas conexões, fazendo dialogar saberes e refletir a riqueza das experiências sem desperdiçá-las. Essencial, para ele, nessa tradução, é que haja reciprocidade e não “canibalização”, pois acredita que é impossível criar o novo sem remeter ao velho e também, sem metáforas – tampouco a ciência da vida pode se fazer sem as tais. Convida, conseqüentemente, ao abandono de nossas gramáticas eurocêntricas para conhecer outras formas de entender o mundo.

Ainda figura com o conceito de “Artesania de Práticas”, o procedimento que relaciona a inventividade com o próprio cotidiano, onde há a ideia de que as metodologias são aprendidas e não ensinadas, realçando a vinculação dos conhecimentos às próprias experiências do fazer. Tal proposta considera a imaginação e o trabalho artesanal para o enfrentamento das fronteiras rígidas da modernidade ocidental que dicotomizam ciência/objetividade e arte/subjetividade. Logo, sugere a universidade como único lugar que retira o conhecimento dos que o inventam.

Isto posto, marca-se a relevância das “Epistemologias do Sul” para pensar a saúde pelo que há nela de cruzamento extremamente forte das três formas de opressão destacadas por Boaventura, já destacadas: capitalismo, colonialismo e patriarcado. É fato que o desenvolvimento da biomedicina desqualifica e suprime outros conhecimentos, de forma a prevalecer uma dominação da saúde biomedicalizada que se caracteriza por fazer âncora no conhecimento dito científico, que se distancia da escuta e se aproxima mais da doença que do próprio doente. A biomedicina expressa o colonialismo cognitivo, bem como o poder do capitalismo que escolhe quais são as suas prioridades (Nunes, 2008).

A saúde coletiva, ao constituir-se como ecologia de saberes, necessita de instrumentos para modelar a complexidade e intervir nela, que consiga reconhecer a diversidade dos saberes e das práticas em presença (incluindo os que costumam ser considerados como “não científicos”, os saberes e práticas locais ou baseadas na experiência e em modos de vida distintos) e que possa instituir critérios e procedimentos para a validação situacional e pragmática – no sentido filosófico do termo – de diferentes configurações emergentes de conhecimentos (Nunes, 2008, p.94)

4.2 NO MEIO DO CAMINHO TINHAM NÚMEROS E PALAVRAS

Para o poeta Carlos Drummond de Andrade “no meio do caminho tinha uma pedra”, mas aqui tiveram números e palavras que, em ressignificação denotam os procedimentos metodológicos pelos quais se pretendeu alcançar os objetivos desta tese. Para Boni e Quaresma (2005), o ponto inicial de uma investigação científica deve estar baseado em um levantamento de dados e para tanto é necessário, num primeiro momento, que se faça uma pesquisa bibliográfica. Essa se configurou como um apanhado dos principais trabalhos científicos já realizados sobre o tema e que têm importância pelos dados relevantes fornecidos. Não se restringiu aos artigos das bases de dados, mas também foram inseridos documentos governamentais, como legislações, normativas, políticas, portarias, decretos, manuais e cartilhas referentes ao tema e, ainda, livros ou referências consideradas clássicas na literatura ou citadas nos artigos encontrados.

4.2.1 Tipo de estudo

Entende-se que o objeto estudado ganha mais robustez quando há a utilização conjunta das pesquisas quantitativa e qualitativa, do que quando se opta por um único formato. Dessa forma, esta pesquisa teve uma abordagem inicialmente quantitativa, de forma que enfatizou a objetividade na coleta e análise de dados secundários que foram analisados primeiramente por meio de procedimentos estatísticos (Fonseca, 2002). Quanto aos objetivos, a pesquisa pode ser considerada descritiva (Triviños, 1987), com desenho transversal, pois ofereceu um retrato do momento.

Posteriormente, realizou-se a abordagem qualitativa que, segundo Minayo e Sanches (1993) permite a apreensão de um fenômeno específico a partir dos sujeitos que nela estão inseridos, trabalhando com significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, também se realizará. Considerada como característica da pesquisa qualitativa, deu-se ênfase ao subjetivo como maneira de compreensão e interpretação dos fatos, exigindo uma aproximação das relações entre o global e o local no fenômeno trabalhado.

4.2.2 Cenário do estudo

Todas as 15 subáreas da saúde, presentes nas Instituições de Ensino Superior (IES) pernambucanas, foram incluídas como cenário do estudo, ou seja, os cursos de graduação em:

biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, saúde coletiva, serviço social e terapia ocupacional.

4.2.3 Participantes do estudo

Foram convidados a participar na pesquisa informantes-chave que guardavam relação com as PICS, no âmbito da academia, para que suas percepções e experiências com a problemática do ensino de PICS para formação profissional em saúde pudessem ser evidenciadas e subsidiassem a reflexão sobre a organização do campo numa perspectiva presente e futura.

Entende-se com Minayo (1996) que o processo de definição dos informantes-chave é crucial para a qualidade do estudo e acuidade das informações na pesquisa qualitativa. Assim, corrobora-se que a preocupação não esteve em generalizar, mas em aprofundar a compreensão sobre a temática estudada.

Dessa maneira, a definição da amostra buscou obedecer ao critério de pensar indivíduos com reflexão acumulada sobre oferta de ensino em PICS para avançar no aprimoramento e ampliação desse debate. Tais informantes foram as professoras e professores coordenadores de disciplinas em PICS das IES públicas estudadas, somando oito docentes entrevistados. No entanto, apenas sete entrevistas foram analisadas no estudo, considerando que um dos participantes apesar de declarar o consentimento, não enviou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo sua entrevista descartada. Esse número foi suficiente para o cumprimento dos objetivos da pesquisa, adequado à metodologia qualitativa, que permitiu aprofundamento nas questões trabalhadas.

Os critérios para escolha das professoras e professores coordenadores de disciplinas das IES pernambucanas, foram: garantir maior diversidade de subáreas e subtemas, ofertar disciplina obrigatória, coordenar disciplina com maior carga horária total, ofertar a disciplina com maior carga horária prática e coordenar disciplina com caráter formativo. O critério de exclusão estabelecido foi que seria excluído os que mesmo obedecendo aos critérios de inclusão, não consentissem livremente em participar da pesquisa.

Deve-se sublinhar que o critério para seleção dos informantes se relacionou à possibilidade de contribuição efetiva para uma reflexão do perfil bem como das perspectivas da oferta de ensino de PICS em PE. É, portanto, importante lembrar que a amostragem qualitativa para Minayo (1996):

a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; b) considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; c) entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; d) esforça-se para que a escolha do locus e do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa (Minayo, 1996, p.36).

4.2.4 Construção e análise dos dados

Para a construção e análise dos dados, ocorreram dois grandes momentos:

4.2.4.1 Primeiro momento

Para construção dos dados, como etapa preliminar, procedeu-se a consulta no endereço do Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior (Cadastro e-MEC): <http://emec.mec.gov.br/>, para obter a lista de IES do estado de Pernambuco (Anexo A). Posteriormente, buscou-se nas nove instituições os cursos de graduação em saúde, na modalidade bacharelado, oferecidos para saber quais deles de quais instituições seriam incluídos nesta pesquisa. Em seguida, a busca aconteceu por sobre as ementas e programas de disciplinas sobre PICS nos cursos selecionados nos sites oficiais das IES públicas cadastradas no Ministério da Educação (MEC) de maneira a mapear as disciplinas com PICS nesses cursos, conforme Quadro 3:

Quadro 3: Cursos de graduação em saúde na modalidade bacharelado e disciplinas com Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nas Instituições de Ensino Superior pernambucanas, 2018

Instituição de Ensino Superior (IES)/Quantitativo de cursos de graduação em saúde(N)	Subáreas dos cursos de graduação em saúde na IES/Quantitativo de bacharelado de cada subárea nos diferentes <i>campi</i> em PE(n)	<i>Campi</i>	Disciplinas mapeadas com PICS
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) N=24	Biomedicina (n=01)	Recife	. Práticas Integrativas e Complementares à Saúde
	Ciências Biológicas (n=01)	Recife	. Ciência Holística
	Educação Física (n=02)	Recife e Vitória	-
	Enfermagem (n=02)	Recife e Vitória	. Práticas Integrativas e Complementares . Práticas Integrativas e Complementares em Saúde . Plantas Medicinais: da coleta à terapêutica . Plantas Medicinais e condimentos humanos no combate a parasitos humanos . Auriculoterapia I . Florais de Bach no cuidado integral da saúde
	Farmácia (n=01)	Recife	. Homeopatia . Introdução ao Estudo de Fitomedicamentos . Produção e controle de qualidade de fitoterápicos . Práticas Integrativas e Complementares
	Fisioterapia (n=01)	Recife	. -
	Fonoaudiologia (n=01)	Recife	. Integralidade em Saúde – Interdepartamental
	Medicina (n=02)	Recife e Caruaru	. Introdução à Homeopatia . Bases da Acupuntura . Saúde e Sociedade . Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade 1 . Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade 2 . Introdução ao Estudo da Saúde
	Nutrição (n=02)	Recife e Vitória	. Educação Nutricional 1 . Educação Nutricional 2 . Políticas de Saúde . Nutrição em Saúde Pública 2
	Odontologia (n=01)	Recife	-
	Psicologia (n=01)	Recife	-
	Saúde Coletiva (n=01)	Vitória	. Práticas Integrativas da Saúde
	Serviço Social (n=01)	Recife	-
Terapia Ocupacional (n=01)	Recife	-	
Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE)/ N=06	Ciências Biológicas (n=02)	Recife e Serra Talhada	-
	Educação Física (n=0)	Recife	-
	Medicina Veterinária (n=02)	Recife e Garanhuns	-
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE)/ N=01	Enfermagem (n=01)	Pesqueira	. Seminários Temáticos IV- Tópicos Avançados Terapias Integrativas de Saúde
Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)/ N=12	Ciências Biológicas (n=01)	Petrolina	-
	Educação Física (n=01)	Petrolina	-
	Enfermagem (n=01)	Petrolina	-

	Farmácia (n=01)	Petrolina	. Noções de Homeopatia . Fitoterapia
	Medicina (n=01)	Petrolina	. Homeopatia
	Medicina Veterinária (n=01)	Petrolina	. -
	Psicologia (n=01)	Petrolina	. Políticas da Vida
Instituto Federal do Sertão Pernambucano (IFSertão-PE) / N=0	-		-
Universidade de Pernambuco (UPE) N=19	Ciências Biológicas (n=01)	Recife	-
	Educação Física (n=01)	Recife	-
	Enfermagem (n=02)	Recife e Petrolina	. Fitoterapia
	Fisioterapia (n=01)	Petrolina	. Arterapia . Fitoterapia
	Medicina (n=03)	Recife, Garanhuns e Serra Talhada	-
	Nutrição (n=01)	Petrolina	-
	Odontologia (n=02)	Arcoverde e Camaragibe	-
	Psicologia (n=01)	Garanhuns	-
	Saúde Coletiva (n=01)	Recife	-
	Serviço Social (n=01)	Palmares	-
Instituto Superior de Educação do Sertão do Pajeú (IPSESP)/ N=0	-	-	-
Instituto Superior de Educação de Goiana N=0	-	-	-
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Aplicadas ao Cabo de Santo Agostinho (FACHUCA) N=0	-	-	-
Total	44 cursos	-	32 disciplinas

Fontes: Elaboração própria a partir de Cadastro e-MEC, 2019 e Ementas dos cursos de bacharelado em saúde nas IES, 2019.

As disciplinas mapeadas foram classificadas a partir de variáveis observadas nos currículos e utilizadas no estudo de Nascimento et al. (2018) observadas nos currículos: território, IES, subárea da saúde (enfermagem, odontologia, psicologia, etc.), subtemas das PICS (homeopatia, acupuntura, meditação, etc.); formato (obrigatório, eletivo ou optativo, de acordo com as instituições proponentes) e conteúdo (informativo ou formativo); segundo as categorias empíricas de análise “exclusividade temática” e “atualidade da oferta” em exclusivas, compartilhadas e suspensas.

Entende-se como disciplinas informativas aquelas que oferecem conteúdos introdutórios teórico-conceituais em PICS, e as formativas, aquelas que habilitam o aluno na prática de uma ou mais PICS, o que inclui necessariamente carga horária prática. Quanto ao seu formato, as disciplinas foram identificadas como obrigatórias, eletivas ou optativas, de acordo com a classificação que recebem em suas instituições proponentes (Nascimento et al., 2018, p.754).

A análise quantitativa descritiva aconteceu a partir dos achados nos sites das IES e/ou das informações coletadas com as coordenações e secretarias dos cursos, organizados e compilados em formato padrão, com dados em planilha do Excel estruturados a partir das variáveis da pesquisa.

Aponta-se que o momento inicial da construção de dados respondeu ao primeiro e terceiro objetivos específicos do estudo.

4.2.4.2 Segundo momento

Foram realizadas entrevistas em profundidade do tipo semiestruturadas com roteiro-guia aos informantes-chave. Essas entrevistas foram como as que Duarte (2006) classifica “em profundidade”, por ser uma técnica que permite flexibilidade de resposta por explorar um assunto a partir das percepções e experiências do entrevistado que foram analisadas e apresentadas de maneira estruturada; buscando a subjetividade e intensidade das respostas. Tais entrevistas, do tipo “semiestruturadas”, segundo Boni e Quaresma (2005), permitem ao sujeito discorrer sobre o tema proposto a partir de questões definidas anteriormente pelo pesquisador, porém, na hora o desenrolar se assemelha a informalidade de uma conversa. Com esse formato, foi possível desdobrar as questões que precisaram esclarecer ou aprofundar a partir do que foi sendo trazido pelos(as) entrevistados(as).

As entrevistas foram realizadas entre maio e junho de 2020 com docentes das IES estudadas baseadas em um roteiro-guia (Apêndice D). Para o processo analítico qualitativo das entrevistas com informantes-chave, utilizou-se uma técnica que adapta a análise de conteúdo (Bardin, 2011:135), enfatizando a modalidade temática não fundamentada em padrões numéricos. Minayo, Deslandes e Gomes (2008) reconhecem importante nesse processo a utilização de inferências a partir do que foi explícito na comunicação de maneira a alcançar além das aparências, com maior profundidade.

A análise de conteúdo é uma “análise dos significados” (Bardin, 2011, p.41), onde são buscados os núcleos de sentido com capacidade significativa para o objeto em análise. Nesse formato, o tema era o conceito central a ser buscado e que podia vir apresentado por meio de palavra, frase ou até resumo. Conformou-se assim a base para analisar as respostas às questões nas entrevistas, tendo sido também realçado o contexto da mensagem para melhor compreensão dos ditos e não ditos (Minayo, Deslandes e Gomes, 2008; Bardin, 2011).

Para extrair sentidos das entrevistas, utilizou-se os seguintes procedimentos metodológicos: a) transcrição do material empírico; b) realização de leitura “flutuante”, exaustiva e impregnante; c) definição do corpus de análise; d) identificação de temas/categorização – na qual foram reunidos um conjunto de elementos com título genérico; e) descrição dos núcleos de sentido e descrição textual – características do texto após análise; f) realização das inferências – dedução lógica a partir do material analisado; g) interpretação – onde características foram significadas com respaldo na literatura consultada; h) elaboração da redação mediante diálogo do material empírico com a literatura. Salienta-se que, não necessariamente as etapas aqui referidas aconteceram de maneira sequencial (Minayo, Deslandes e Gomes, 2008; Bardin, 2011). Todas as entrevistas foram gravadas com consentimento do participante.

Esse segundo momento buscou atender o segundo e terceiro objetivos específicos do estudo.

4.3 UMA POSTURA ADOTADA

Em cumprimento aos aspectos éticos, as entrevistas somente foram iniciadas após submissão e aceite deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP-Ensp) uma vez que contou com a participação de seres humanos de

maneira direta. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca com CAAE: 17284419.7.0000.5240 e das duas IES coparticipantes.

Quando da liberação para o trabalho de campo, cumpriu-se todas as etapas para o Processo de Consentimento e Assentimento Livre e Esclarecido de maneira que os convidados à participação na pesquisa se manifestaram de maneira autônoma, consciente, livre e esclarecida. Obedeceu-se a etapa inicial de apresentação da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice E) com seus itens obrigatórios conforme as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 aos participantes.

Os voluntários foram informados, por meio do TCLE, que não haveria benefícios diretos pela sua participação, mas espera-se que o resultado deste trabalho possa contribuir para ampliar a compreensão sobre a educação em PICS no estado de Pernambuco. Assim como, que toda pesquisa possui riscos potenciais, existindo a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano. No entanto, foi esclarecido que para essa pesquisa os riscos eram mínimos e estariam relacionados à possibilidade de constrangimento durante a entrevista, minimizados por meio de realização em local seguro e reservado escolhido pelo participante, bem como atenção aos sinais verbais e não verbais de desconforto. Dado o contexto pandêmico no qual o campo da pesquisa qualitativa veio a se desenvolver, todas as entrevistas se deram no formato remoto, por meio da utilização das plataformas Zoom ou Google Meet, à escolha da pessoa entrevistada. Qualquer dano, previsto ou não, resultante da participação do voluntário, além do direito a assistência integral, daria direito à indenização, porém, não houve necessidade.

Todas as informações desta pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação dos voluntários. Os dados coletados (**as gravações das entrevistas**), estão e ficarão armazenados **no computador pessoal**, sob a responsabilidade da **pesquisadora principal**.

5 ENCONTROS (IN)ACABADOS

Os encontros (in)acabados referem-se ao que foi possível encontrar nos caminhos para construção desta tese. São também “bons encontros” no sentido utilizado por Spinoza porque aumentaram a potência do que se iniciou enquanto desejo, depois enquanto projeto e agora enquanto realização. Porém, acredita-se que mesmo aqueles “entregues” não necessariamente estão acabados, afinal, ao estarem em contato com outros olhares encontram outras possibilidades de significação e podem abrir outros diálogos e caminhos.

Dessa forma, estão os resultados e discussão organizados em capítulos e artigos e respondem aos objetivos da tese da seguinte maneira:

Quadro 4: Produtos da Tese, 2021

Produto	Título	Status	Objetivos
Capítulo de livro	As universidades e o ensino e formação em outras abordagens em saúde: um diálogo entre as experiências cubana, norte-americana e brasileira	Aceito para publicação	3 Desdobramento da revisão bibliográfica
Artigo 1	Formação em práticas integrativas e complementares em instituições de ensino superior: o “ainda não”?	Em fase de submissão	1 e 3
Artigo 2	A experiência docente no ensino em práticas integrativas e complementares em instituições de ensino superior	Versão preliminar	2 e 3

5.1 ARTIGO 1: AS UNIVERSIDADES E O ENSINO E FORMAÇÃO EM OUTRAS ABORDAGENS EM SAÚDE: UM DIÁLOGO ENTRE AS EXPERIÊNCIAS CUBANA, NORTE-AMERICANA E BRASILEIRA

Gabriella Carrilho Lins de Andrade⁷
Denise Cavalcante de Barros⁸
Marilene Cabral do Nascimento⁹

Capítulo de livro aceito para publicação no segundo semestre de 2021 no livro “Práticas Integrativas e Complementares no SUS: evidências de pesquisa e experiências de implementação” do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Anexo B).

Introdução

Este capítulo apresenta uma reflexão sobre a experiência brasileira na incorporação de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) em currículos universitários de graduação na área da saúde. A aproximação das trajetórias de Cuba e Estados Unidos da América (EUA), como exemplos de países com avanço expressivo nessa área, permitiu ampliar a reflexão por intermédio da correlação de experiências em contextos diversos.

⁷ Gabriella Carrilho Lins de Andrade (andrade.gabriella@gmail.com) é nutricionista; Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); Doutoranda em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz.

⁸ Denise Cavalcante de Barros (barrosdc@ensp.fiocruz.br) é nutricionista; Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); Tecnologista em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz.

⁹ Marilene Cabral do Nascimento (mnascimento3@gmail.com) é cientista social; Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Professora associada no Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense (UFF); coordenadora do Grupo Temático Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT RM-PIC Abrasco).

De pronto, observamos que a nomenclatura na área não é consensual nem homogênea, como também não o são as próprias práticas, saberes e conhecimentos que abarcam¹. Cada país nomeia diferente esse campo heterogêneo, genérico, múltiplo e sincrético². No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) o denomina “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” (PICS); Cuba, nomeia como “Medicina Natural e Tradicional” (MNT) segundo o seu Ministério de Saúde Pública (Minsap) e, para os EUA, “Medicina Alternativa e Complementar” (MAC) foi o termo encontrado com maior frequência na literatura consultada. Pontuamos, porém, que a terminologia mais recente referendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é a de “Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas” (MTCI), que optamos por utilizar de forma genérica neste capítulo para conferir maior fluidez ao texto.

Dito isso, precisamos marcar que a utilização e disseminação dessas abordagens não convencionais têm alcançado um crescimento exponencial no mundo³, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, ainda que por motivações distintas. Nos primeiros, parece ser pela insatisfação com a medicina convencional vista como materialista, muitas vezes invasiva, mecanicista, impessoal e iatrogênica, mas também pelas características próprias que as outras abordagens trazem de estímulo ao reequilíbrio, ao vínculo e à integralidade². Nos segundos, são as motivações culturais, o fácil acesso se comparada à biomedicina e também por sua eficácia⁴. Ademais, temos evidenciada uma crise na área da saúde que impulsiona a busca de outras racionalidades pela população capazes de promover um resgate cultural de antigas formas de cuidado⁵, sendo também um limite concreto a insustentabilidade financeira do modelo biomédico hegemônico¹.

No caso brasileiro, não obstante a promulgação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)⁶⁻⁸, persiste na literatura um vasto número de estudos que apontam a escassez de formação de recursos humanos para trabalhar com as MTCI no Sistema Único de Saúde (SUS), identificada como um dos mais importantes desafios para implementação de tais práticas no serviço público com qualidade, segurança e efetividade^{2,9-14}.

Documentos do MS^{13,15} também apontam a formação profissional como um dos principais desafios para ampliação dessas abordagens no SUS, em quantidade e qualidade. Apesar do reconhecimento de que a presença das MTCI na formação de futuros profissionais contribui para um cuidado mais sensível, integral e resolutivo, com melhor relação profissional-usuário, além de

favorecer o direito de escolha terapêutica^{9,12,16,17}, o Estado brasileiro ainda não fez o enfrentamento dessa questão com uma política indutiva contundente que integre os setores da educação e da saúde.

Portanto, assumimos aqui dois pressupostos: a) As universidades públicas sozinhas, leia-se sem apoio indutivo do Ministério da Educação (MEC), não conseguiram responder a esse desafio, nem no âmbito da graduação nem da pós-graduação, ambas com experiências em número crescente, mas ainda localizadas. As iniciativas de capacitação oferecidas pelo MS^{15,18} aos profissionais de saúde que já atuam no SUS, de caráter introdutório e informativo em sua maioria, embora importantes, não alteram de forma substancial esse quadro; e b) As instituições privadas de ensino estão ocupando esse espaço para atender à rápida expansão da demanda, porém, diante da carência de critérios claros estabelecidos para a formação na área, a oferta de cursos apresenta grande variação em carga horária, conteúdos mínimos, acesso à prática ambulatorial supervisionada, entre outros aspectos, o que pode ameaçar a qualidade do cuidado oferecido com as MTCI.

Esse descompasso entre a demanda por MTCI e a oferta de seu ensino e formação nos motivou a conhecer como se deu o processo de inserção e integração dessas outras abordagens em saúde em currículos universitários de países com trajetórias bem-sucedidas, ainda que diferentes, de implementação dessa formação nas graduações de categorias profissionais em saúde, como é o caso de Cuba e dos EUA. É por compreendermos que o Brasil precisa dar um salto quantitativo e qualitativo para enfrentar essa questão e poder ofertá-las com segurança, efetividade e qualidade que justificamos, apresentamos e adentramos esse debate contemporâneo.

O modo de fazer

A análise que apresentamos a seguir é um desdobramento de uma revisão bibliográfica realizada em 2018 no âmbito do desenvolvimento de uma tese de Doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) sobre a incorporação de MTCI em currículos universitários brasileiros selecionados. Agregamos informações referentes a currículos universitários cubanos e norte-americanos a fim de subsidiar a análise sobre a experiência brasileira, com foco em cursos de graduação de categorias profissionais em saúde presentes no SUS, excluindo graduações específicas em MTCI.

Considerando a sua natureza de revisão, trazemos os passos dados para esta construção e, primeiro, pontuamos que não se teve como objetivo conduzir uma revisão exaustiva sobre o tema, optamos por obedecer a uma lógica que melhor atendesse as necessidades do estudo, conforme descrevemos a seguir.

A busca bibliográfica aconteceu em dois momentos. O primeiro, em junho de 2018, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, Scielo, Oasis IBICT (Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia) e BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações), utilizando uma combinação das palavras-chave para a temática que incluiu cada uma das 29 modalidades terapêuticas contempladas na PNPIC, com conectivo OR entre elas, mais os termos “praticas integrativas complementares em saúde OR praticas integrativas e complementares em saúde OR praticas integrativas e complementares OR racionalidade medica OR medicina alternativa e complementar OR medicinas tradicionais complementares e integrativas AND formacao profissional OR educação universitária OR formação universitária OR graduação educação OR universidade OR currículo OR diretrizes curriculares OR grade curricular”.

Com essa estratégia de busca, foram identificados 934 documentos. Seguimos com a leitura dos títulos e, apenas quando necessário, dos resumos para realização da primeira triagem, excluindo as duplicatas encontradas. Percebemos a heterogeneidade com a qual a temática vem sendo tratada na literatura porque ainda que tenhamos vinculado as MTCI à formação universitária, retornaram muitos trabalhos com foco no cuidado assistencial nos serviços, na resposta para doenças específicas, no desafio para inserção no contexto hospitalar, dentre outros, que foram excluídos. A inclusão dos estudos para compor essa revisão se deu, exclusivamente, quando tratavam conjuntamente das abordagens não convencionais e do ensino e formação. Feito isso, restaram ainda 298 estudos nacionais e internacionais. Posteriormente, procedemos com o corte temporal dos materiais publicados antes de 2000 (ano subsequente à formação do *Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine - CAHCIM*)¹⁰, que resultou na exclusão de 30 documentos.

¹⁰ O CAHCIM é o consórcio acadêmico de medicina e saúde integrativa da América do Norte, que reúne mais de 70 centros que se dedicam à medicina integrativa, vinculados a instituições de ensino ou sistemas de saúde, com objetivo de fortalecer a área na academia e no atendimento clínico (<https://imconsortium.org/>).

Dos 268 restantes, seguimos a seleção para realidade brasileira, norte-americana e cubana. Da realidade brasileira, foram selecionados 25 documentos e acrescidos 5 por busca aleatória dada a valiosa contribuição, totalizando 30 documentos (entre artigos completos disponíveis, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso e capítulos de livro). Para o contexto norte-americano, excluindo-se aqueles que abordavam a pós-graduação ou graduações específicas de MTCI, foram 50 documentos inicialmente selecionados, dos quais 23 compuseram a revisão por estarem como artigos completos disponíveis para leitura. Sobre o cenário cubano, apenas 1 artigo foi encontrado nessa revisão inicial. Por isto realizamos uma segunda busca em abril de 2020, nas bases Scielo Cuba e BVS MTCI, que retornaram, a partir da descrição específica de “*medicina natural y tradicional*”, 32 e 126 documentos respectivamente, dos quais 9 foram selecionados por cumprirem os critérios de inclusão. Justificamos então essa integração pela necessidade de conhecer mais a realidade cubana, dado que a experiência acumulada nesse país em induzir a ampliação da formação profissional nos interessa.

Utilizamos a análise de conteúdo com abordagem temática, de acordo com Bardin¹⁹ e Minayo, Deslandes e Gomes²⁰. Após a leitura exaustiva dos textos, os conteúdos foram sistematizados em dois blocos temáticos iniciais: trajetórias de implantação e principais desafios e estratégias. No primeiro bloco foram descritos os principais acontecimentos e ações que contribuíram para a inserção de abordagens não convencionais em currículos de graduação das profissões de saúde de cada país. No segundo, diante da frequência e destaque em que os conteúdos em relação aos desafios e estratégias vivenciados por cada país apareceram nos documentos analisados, bem como dos objetivos do estudo, identificamos quatro categorias empíricas: estrutura curricular e métodos de ensino; corpo docente; eficácia e evidências científicas; e contexto político-institucional. As experiências de cada país foram sistematizadas seguindo a ordem de Cuba, EUA e Brasil a fim de facilitar a compreensão das realidades específicas.

Esse material foi utilizado para construção da seção “Um diálogo entre as experiências cubana, norte-americana e brasileira” que abordará as duas experiências internacionais como contribuições para discussão da experiência brasileira de inserção das MTCI em currículos universitários das graduações em saúde.

Um diálogo entre as experiências cubana, norte-americana e brasileira

A discussão dos dados se deu no campo da saúde coletiva e à luz da abordagem da diversidade epistemológica, na perspectiva da promoção emancipatória da ecologia de saberes em saúde, defendida por Boaventura de Sousa Santos em sua sociologia das ausências e das emergências. O autor entende que a racionalidade dominante resiste a reconhecer a experiência social disponível (sociologia das ausências) ou possível no mundo (sociologia das emergências), e por isto tende a desperdiçar suas potenciais contribuições para a emancipação social e transformação civilizacional²¹⁻²⁶.

O atual cenário de inserção das MTCI nos currículos universitários cubanos, norte-americanos e brasileiros decorre de fatores acumulados ao longo das décadas anteriores nos respectivos países.

Trajetória de implantação em Cuba

No caso de Cuba, notamos que a construção de um sistema nacional de saúde com forte base comunitária possibilitou o alcance de elevados indicadores sanitários, apesar das dificuldades econômicas enfrentadas²⁷. A realidade cubana mostrou que, para alcançar excelência, um sistema de saúde precisa de profissionais na linha de frente com formação sólida, ou seja, acesso a conteúdos e práticas clínicas de qualidade, consciência ética e terapêuticas plurais.

Para tanto, na década de 1960 houve grandes transformações nos currículos de medicina, que passaram a desenvolver um enfoque comunitário, com integração entre as áreas básica, clínica e de comunidade, e também entre pesquisa, docência e assistência pela educação no trabalho²⁸. Mas foi principalmente a partir da década de 1990 que se começou a valorizar e estimular outras formas de cuidado em saúde, que resultou na integração das MTCI nos serviços de saúde do país^{27,29}.

A Universidade de Ciências Médicas foi pioneira nessa trajetória, com a integração, nos anos 1980, das MTCI inicialmente na pós-graduação e em seguida, em 1990 na graduação, por meio dos chamados “Programas Diretores”²⁸. Também na enfermagem os planos de estudo foram gradativamente redesenhados cumprindo estratégias curriculares que objetivavam uma formação

mais integral dos futuros profissionais, com a incorporação de programas prioritários ao sistema de saúde cubano nas disciplinas do curso, e vinculação de educação e trabalho³⁰.

Em 1992, o governo cubano reconheceu oficialmente as MTCI na atenção à saúde e, em 1995, o Ministério de Saúde Pública criou uma comissão para desenvolver as MTCI, promovendo sua aprovação como especialidade médica e a integração entre práticas convencionais e não convencionais. Desde 1996, tem-se a incorporação das MTCI em diversas frentes, quais sejam: clínica, ensino em medicina e enfermagem, produção farmacêutica e pesquisas^{27,31}.

Em 1995, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) publicou um documento para favorecer o debate entre os seus Estados-membros com vistas à realização da “Conferência Mundial sobre a Educação Superior no Século XXI: Visão e Ação”³², em Paris, em 1998. Cuba sediou uma oficina regional preparatória, em Havana, em 1996, denominada “*Conferência Regional sobre Políticas y Estrategias para la Transformación de la Educación Superior en América Latina y el Caribe*”³³. E nesse mesmo ano a Unesco publicou o “Informe da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI” que veio a embasar propostas de integração das MTCI nos currículos dos cursos de medicina cubanos²⁸.

Contudo, a ampliação de cadeiras de MTCI em centros cubanos de ensino de medicina se deu principalmente a partir de 2002, inicialmente em formato disperso, heterogêneo e dependente dos docentes para efetivar a sua oferta aos estudantes. Porém, em 2009, por meio da Resolução Ministerial n. 261³⁴, houve a aprovação de diversas modalidades de MTCI para assistência médica, ensino e pesquisa, como também de planos de estudos e estratégias curriculares que orientavam a incorporação de práticas não convencionais por meio da organização e sistematização de trabalho interdisciplinar e controle dos resultados no processo de formação. A partir de então a integração das MTCI nos currículos de saúde ganhou maior impulso³⁵.

Para além da graduação, foram desenvolvidas outras possibilidades de educação continuada na temática, como o mestrado em MTCI com duração de dois anos, cursos diversos de 25 a 200 horas, sendo os de 160 horas para profissionais que desejassem seguir o treinamento em MTCI acrescidos de no mínimo 240 horas teórico-práticas. Em Cuba, a residência médica (2 anos) é obrigatória, e tem no seu primeiro ano 120 horas de MTCI e, no último, três semanas em tempo integral ou seis semanas em tempo parcial. Os médicos cubanos podem ainda optar por outra residência de especialidade (de 3-4 anos), em que as MTCI não estão incorporadas de maneira

transversal. Contudo, há uma residência própria de MTCI com duração de 4 anos para aqueles que quiserem se aprofundar²⁷.

Por fim, em 2016, no VII Congresso do Partido Comunista, “*Lineamiento 132*”, foi reafirmada a necessidade de “prestar máxima atenção ao desenvolvimento das MNT”²⁸, o que demonstra o lugar de consolidação das chamadas medicinas naturais e tradicionais na política de saúde cubana²⁷. Ainda que a motivação econômica tenha sido um importante argumento inicial para tal, as consequências positivas das MTCI para o sistema de saúde cubano contribuíram fortemente para essa decisão.

Trajetória de implantação nos EUA

Do cenário norte-americano, destacamos brevemente alguns dos condicionantes mais presentes na literatura pesquisada para ressaltar a necessidade de investimento na formação profissional em MTCI. Foram eles: a) o uso crescente dessas abordagens enquanto cuidado em saúde, tanto para população adulta como entre as crianças^{17,36-44}; b) a insatisfação, de profissionais e consumidores, com o sistema médico hegemônico; c) a ineficácia da alta tecnologia para algumas questões em saúde e sua inacessibilidade para a maioria das pessoas⁴⁵; d) uma maior conexão com os valores, crenças e orientações sobre saúde e doença das MTCI⁴⁶.

Desde a década de 1990, o debate era sobre a melhor maneira de educar em MTCI nos cursos de saúde “convencionais”¹⁷, ou seja, em qual quantidade, momento e com quais conteúdos⁴¹ fazê-lo, pois não mais restava dúvida da sua importância. Publicado em 1997, o relatório “*Encouraging Medical Student Education in Complementary Health Care Practices*” da *American Medical Association*, já incentivava a formação nessas práticas⁴³.

Em 1998, quase 65% das faculdades de medicina ofereciam cursos ou disciplinas eletivas em MTCI, mas com conteúdo, formato e requisitos muito heterogêneos¹⁷. Naquele mesmo ano, a *American Association of Colleges of Nursing* elencou competências “essenciais” e “elementos curriculares necessários” a serem incluídos na formação quando vários conselhos estaduais reconheciam a consistência das MTCI para a prática da categoria^{47,48}. Em 1999 foi criado o *Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine* (CAHCIM), um esforço conjunto de diversos centros acadêmicos em saúde para remodelação da assistência médica com

estudos científicos e programas de ensino que contemplassem para além da biomedicina, a complexidade humana e a multiplicidade de sistemas terapêuticos⁴⁹.

A literatura levantada nos mostra que, antes de 2000, o ensino das MTCI nas graduações em saúde de universidades norte-americanas além de heterogêneo era frequentemente eletivo, não baseado em evidências e sem padrões de avaliação consistentes^{36,40,46,49}. No início do século, das 125 faculdades de medicina dos EUA, 98 ofertavam disciplinas ou cursos eletivos de MTCI voltados principalmente a diminuir preconceitos e ampliar orientações baseadas em evidências³⁹, abordando pontos positivos e negativos do uso⁴².

No ano 2000 foi criado o *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCAM), atual *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH), com o propósito principal de conduzir pesquisas científicas em MTCI e publicizar informações na área. O NCCAM inaugurou o programa de auxílio “*R25 CAM Education Grant Program*” para estimular a inserção de MTCI nos currículos das escolas de medicina, enfermagem e outras. O total investido naquela ocasião somou cerca de 22,5 milhões de dólares, ao passo que o investimento mais alto para cada custeio foi de 300 mil dólares/ano, sendo cinco anos o tempo limite para recebimento¹⁷.

Entre 2000 e 2003, foram subsidiados 15 projetos para o desenvolvimento de programas de educação para pesquisa em escolas de medicina, enfermagem, instituições de MTCI, uma residência médica e na *American Medical Student Association*^{36,40,45,48,50-52}. As instituições favorecidas, afiliadas ao CAHCIM, elegeram conjuntamente os temas essenciais para inserção das MTCI nos currículos da saúde, tendo como objetivo central responder à necessidade de aconselhamento profissional seguro e adequado aos que delas se utilizam, embora cada instituição mantivesse autonomia para implementar suas reformas curriculares^{40,52}.

Em 2004, o CAHCIM publicou o “*Implementation Guide for Curriculum in Integrative Medicine*” para auxiliar no desenvolvimento dos currículos (de escolas médicas principalmente) quanto aos conteúdos, valores, atitudes e habilidades em MTCI de maneira a garantir uma capacitação com autonomia e integração teórico-prática⁵³.

De 2004 a 2006, houve um incremento significativo na oferta, principalmente, de disciplinas obrigatórias de MTCI nos currículos das faculdades médicas. E, nesse intervalo, a

participação das consultas em MTCI também teve um crescimento significativo nos gastos nacionais em saúde^{43,49}.

Trajetória de implantação no Brasil

Na situação brasileira, a institucionalização das MTCI nos serviços públicos acontece desde a década de 1980, após a criação do nosso Sistema Único de Saúde (SUS). Dadas as diretrizes de descentralização e participação popular, estados e municípios tiveram maior autonomia para implantação e implementação dessas experiências nos serviços, que vieram paulatinamente se solidificando por meio de políticas e ações locais.

Em 2005, o Resumo Executivo do que seria a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) foi divulgado pelo Ministério da Saúde⁵⁴. Após passar por todas as instâncias, o documento final sofreu alterações, inclusive de nome, resultando na forma da Portaria n. 971 de 03 de maio de 2006 que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), reconhecendo cinco modalidades de práticas para oferta em caráter multiprofissional em todos os níveis de atenção, tendo como locus preferencial a atenção básica⁶.

A despeito do contexto político-econômico adverso, particularmente num cenário de sucateamento e desmantelamento do SUS, as MTCI ganharam visibilidade e ampliação pelas portarias ministeriais 849 (2017)⁷ e 702 (2018)⁸, somando atualmente 29 práticas reconhecidas que contribuem para o cuidado da população, ainda que sem financiamento adicional⁵⁵.

Em paralelo, como aposta de superação do modelo predominante de ensino-aprendizagem com características flexnerianas⁵⁶ e buscando a integralidade⁵⁷ na formação profissional, nasceram movimentos que culminaram na estruturação de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)⁵⁸. Na área da saúde, essas diretrizes reafirmam “a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos(as) trabalhadores(as) da área”, e apresentam princípios gerais norteadores do desenvolvimento dos currículos e atividades pedagógicas que prezam pela humanização e cuidado ampliado, conjugam ao saber técnico-científico as dimensões socioculturais e subjetivas^{59,60}, e abrem espaço, ainda que de maneira tímida, para inclusão da perspectiva de outras abordagens.

No entanto, apesar do notório avanço das políticas e práticas de MTCI nos serviços, observa-se um importante descompasso em relação a sua inclusão em currículos da área de saúde^{2,11,55}, sendo essa uma problemática ainda a ser enfrentada no Brasil. Luz⁶¹ sugere que:

[...] talvez o mais forte obstáculo, o mais poderoso impedimento para a expansão [delas] [...] nos serviços públicos de saúde esteja no domínio da formação dos agentes que irão exercer a prática nos serviços de saúde. Estamos falando da *formação profissional*, do ensino que prepara os agentes para o exercício de tal prática. Não se nota ainda, no início da segunda década do primeiro século do atual milênio, sinais de uma efetiva integração entre ensino e exercício profissional ligado à saúde [...] [grifo da autora]

Ao definir a oferta das MTCI em caráter multiprofissional para as categorias presentes no SUS, com ênfase na atenção básica, a PNPIC⁶ incluiu em suas diretrizes o “desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente”. Essa diretriz, embora coerente com a oferta de cursos pelo MS a profissionais já inseridos no SUS, não contempla a inserção das MTCI nos currículos universitários para a preparação dos futuros profissionais de saúde. Dada a sua presença insuficiente em cursos técnicos e de graduação, os novos profissionais de saúde tendem a chegar aos SUS sem uma base necessária para a integração dessas abordagens no cuidado em saúde. Alguns deles recorrem a cursos livres ou de pós-graduação e arcam com os custos para complementar sua formação nessa área⁶².

O MS¹⁵ reconhece que tais cursos, ofertados principalmente por instituições de ensino privadas, guardam grande heterogeneidade e insuficiência de definições “sobre os parâmetros de formação necessários para atuação com a maioria das práticas”. Fato que também mereceu destaque no II Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, (II CongrePICS) em 2019, quando foi aprovada a Carta de Lagarto, assinada pela Rede de Atores Sociais em PICS (RedePICS Brasil) e várias entidades associadas. A carta sugere aos Ministérios da Educação e da Saúde a construção de critérios mínimos para formação, por meio de um processo democrático e com participação dos profissionais de saúde, dos praticantes e associações de PICS e das instituições formativas (universidades) para que sejam também facilitados os processos avaliativos e de fiscalização dos cursos⁶³.

Concordamos com Salles, Homo e Silva⁶⁴ quando afirmam que “a realidade é que as PICS são reconhecidas no Brasil, mas não temos suficientes profissionais e nem preparação adequada para praticá-las por falta de ensino sobre elas na graduação”. Ainda são incipientes os

direcionamentos formais de regulamentação do ensino das MTCI nos currículos de graduação, e falta uma política pública indutora para impulsionar sua integração na formação em saúde, de maneira que persiste uma forte tendência a limitar o ensino em saúde ao saber biomédico hegemônico.

Conquanto Cuba tenha avançado ao prezar por um currículo em saúde que garanta o cuidado integral nos seus serviços de saúde, e os EUA tenham investido esforços com foco principalmente na qualificação dos futuros profissionais para estabelecerem uma comunicação eficaz com pacientes e demais profissionais sobre outras abordagens em saúde, a experiência brasileira segue dispersa e localizada^{9,65}, largamente heterogênea em conteúdos, formatos e requisitos, dependente da iniciativa de docentes e sem suficiente integração curricular.

Um diferencial que se destaca favoravelmente na trajetória brasileira é a definição de prática multiprofissional das MTCI⁶, não limitada, portanto, à medicina e à enfermagem. Se por um lado essa definição contempla adequadamente a proposta de integralidade do cuidado, presente na constituição do país e nas diretrizes curriculares nacionais em saúde, por outro, o desafio para a formação profissional é fortemente ampliado, ao englobar as diferentes categorias profissionais presentes no SUS.

Principais desafios e estratégias

As trajetórias de Cuba e dos EUA avançaram na inserção e integração de MTCI nos currículos universitários de saúde, porém, estes não aconteceram sem desafios e sem a necessidade de elaboração de estratégias para o enfrentamento de fatores limitantes. Em geral, percebemos que reconhecer a contribuição dessas abordagens para o cuidado à população foi uma etapa primordial para o enfrentamento dos desafios do processo de inclusão das mesmas nas formações em saúde.

A partir do material analisado foi possível ordenar esses desafios em quatro categorias - estrutura curricular e métodos de ensino, corpo docente, eficácia e evidências científicas, e contexto político-institucional, que demandaram estratégias para um redesenho do processo de ensino-aprendizagem em saúde em Cuba e nos EUA. A experiência brasileira comunga muitos dos desafios elencados, ainda que não tenha avançado o suficiente para modificação do cenário de ensino e formação em MTCI nas graduações em saúde.

Estrutura curricular e métodos de ensino em Cuba

Em Cuba, ficou clara a necessidade de enfrentar o desafio de que os conteúdos disciplinares dentro da estrutura curricular, principalmente em medicina, estivessem de fato integrados aos componentes convencionais. Foi muito importante empenhar esforços para que houvesse interconexão das diferentes disciplinas que também ocupavam posições diferentes na profissão³⁵, o mesmo devendo ocorrer para as demais categorias de saúde.

Para além de conhecimentos, mostrou-se necessário investir no método; ou seja, habilidades e valores deviam conjuntamente expressar o escopo de cada disciplina com um formato de ensino coerente dos mesmos. Dessa maneira, foi estratégico que os objetivos e atividades estivessem constantemente atualizados, para que exigências novas pudessem ser incorporadas de maneira paulatina e progressiva, enquanto resposta aos cenários e tendências desenhados no correr dos anos³⁵.

Identificamos que a grande aposta para esse movimento de integração das MTCI aos currículos cubanos respondeu pelo nome de “interdisciplinaridade”. Afinal, foram as atividades interdisciplinares⁶⁶ que favoreceram a incorporação de maneira integrada e a identificação dessas abordagens no ensino e, ainda, puderam desenvolver mais motivação e protagonismo dos estudantes, de forma que os planos de estudo deviam necessariamente abordá-las. E houve a recomendação de que fossem expandidos esses planos, que incorporaram as MTCI em diversas disciplinas⁶⁷.

Primeiramente, a experiência cubana atestou que é possível encontrar tempo hábil nos currículos para integrar as MTCI, a partir da compreensão da potência e necessidade de trabalhar diferentes paradigmas do cuidado em saúde no processo formativo. A trajetória cubana optou por uma integração não abrupta, mas paulatina e progressiva dos assuntos às horas obrigatórias durante todo o curso de medicina (média de seis anos)²⁷.

As “estratégias curriculares” cubanas caracterizaram a integração das MTCI nas graduações em saúde com a definição de atributos mais amplos para cada categoria profissional. Elas demandaram uma integração estruturada, organizada e coerente entre várias disciplinas para compor os planos de estudos, sendo uma abordagem pedagógica com o intuito de trabalhar

conhecimentos, habilidades e maneiras de atuação, para além de conteúdos^{28,30}, sob pena de não alcançarem o que almejam quando/se isolada.

A reorganização do perfil curricular cubano considerou necessidades da sociedade e também tendências internacionais e promoveu uma integração tanto em nível horizontal (nos semestres e anos acadêmicos), como vertical (nas disciplinas e matérias dos diferentes anos), ou seja, por meio da integração entre a área básica e a clínica, visando a inter e transdisciplinaridade, buscando o alinhamento das linhas, eixos ou estratégias curriculares²⁸. Assim, essas estratégias curriculares versaram sobre a incorporação da temática de maneira não pontual, mas transversal; distribuindo o conteúdo ao longo dos anos do curso sem necessitar da criação de disciplinas específicas⁶⁸. Identificamos majoritariamente tais experiências cubanas de integração no ensino da graduação em medicina, mas também na de estomatologia e na licenciatura em tecnologia da saúde 29,66-68.

No caso da medicina, vale mencionar o relato de uma experiência de inserção que se iniciou na disciplina de educação física e a partir daí desenvolveu uma estratégia de base interdisciplinar desde o primeiro ano. As principais etapas mencionadas foram: análise do próprio programa de educação física e da Estratégia Curricular de Medicina Natural e Tradicional (ECMNT); desenho da estratégia de integração; estruturação de trabalhos com as disciplinas coordenadoras; avaliação dos possíveis entraves no que tange a interdisciplinaridade com as disciplinas participantes; escolha de assuntos e conteúdos basilares de MTCTI; oficinas para formação de professores; envolvimento da comunidade com discentes e docentes; aplicação e validação da estratégia de interdisciplinaridade⁶⁶. Um processo complexo, que envolveu várias etapas e diferentes profissionais, possivelmente facilitado por meio de um direcionamento central que caracteriza a administração cubana.

Estrutura curricular e métodos de ensino nos EUA

No contexto norte-americano, a literatura destacou a necessidade de enfrentar os tradicionais métodos de ensino-aprendizagem e avaliação, a fragmentação disciplinar⁵¹ e a superlotação nas grades curriculares^{17,41,45,49}. O vasto, diverso e complexo campo das MTCTI também foi ressaltado como um desafio, ao requerer a identificação de um conjunto qualificado e conciso desse conteúdo a ser incorporado nos currículos⁵⁰.

O formato de ensino era desafiador porque, por exemplo, a utilização de palestras, muitas vezes adotada para inserção do conteúdo de MTCI, embora aproximasse os discentes a princípio, não se mostrava suficiente para aprofundar, dada a marcante distinção paradigmática entre as abordagens. A experimentação pareceu então uma necessidade essencial para facilitar o entendimento de outras modalidades de cuidado. As disciplinas eletivas permitiam espaço para a experimentação, mas, apresentavam um número reduzido de vagas e por isso demandavam maior antecipação na matrícula, fato que, com a superlotação nas grades curriculares, exigia muita motivação discente para extrapolar a formação convencional obrigatória⁴³.

Além da importância de haver a obrigatoriedade da imersão prática nas MTCI ensinadas possibilitando um debate que se estabelecesse também com experiências vividas, foi considerado estratégico que as pessoas pudessem escolher e decidir quais práticas queriam vivenciar, entendendo que isso aproximaria positivamente as pessoas às MTCI. Nesse sentido, foram sugeridas a introdução de educação interprofissional e autocuidado. Uma abordagem prática de MTCI garantiria a possibilidade de uma experimentação que pudesse ser transformadora nesse processo educativo^{36,42,69}.

Os programas financiados pelo R25 delinearão princípios-chave úteis para o desenvolvimento dos currículos e identificaram que seria possível avançar por meio de conteúdos de MTCI divididos em habilidades fundamentais e áreas específicas. As primeiras como conteúdos introdutórios para facilitar a compreensão da terminologia específica e também ampliar a motivação de utilização dessas abordagens de cuidado, com uma discussão embasada sobre seus princípios, sedimentando conhecimentos mínimos basilares para aprendizado futuro. Já nas segundas, eram enfatizadas as práticas com evidências de tratamento exitoso principalmente quando a medicina alopática não se mostrava eficaz⁵⁰.

Os estudos analisados na revisão da literatura indicaram que os currículos norte-americanos com MTCI foram desenhados com objetivos de tornar possível a comunicação de profissionais de saúde quanto à utilização desses saberes e práticas com as pessoas pelas quais são responsáveis pelo cuidado; de estarem à vontade com as modalidades de uso mais comuns para que pudessem discutir as possibilidades entre utilizar ou não e como fazer; de se sentirem seguros para conduzir os encaminhamentos necessários daqueles que tivessem interesse em utilizar as MTCI; e de serem

conhecedores das melhores maneiras quanto a obtenção de informações confiáveis sobre tais abordagens^{17,39,40}.

Destacamos brevemente algumas experiências universitárias debatidas nos artigos norte-americanos: A Universidade do Arizona, desde 1975, tem atividades obrigatórias, sendo pioneira na educação de MTCI com foco na comunicação e experimentação⁴⁵. Na Faculdade de Medicina da Universidade de Minnesota as experiências acontecem desde 1998 nos dois primeiros anos do curso, e para o terceiro e quarto anos há um curso optativo curto⁴³. Na Universidade de Duke, a inclusão de MTCI aconteceu em 2005 por meio do curso “*Capstone*”, obrigatório para o quarto ano na faculdade de medicina. Os locais e formatos foram sendo modificados, a prática foi incluída e a obrigatoriedade foi uma característica que permaneceu³⁶.

A integração das MTCI nos currículos das instituições contempladas pelo R25 envolveu estratégias organizacionais e instrucionais como a obrigatoriedade de disciplinas na área ainda que com carga horária variada; a concentração nos dois primeiros anos de medicina; a adoção do formato eletivo em várias experiências mesmo que o objetivo maior fosse a integração; a experimentação prática como fundamental; a oferta de rotações de imersão com praticantes de MTCI para discentes a partir do meio do curso (terceiro e quarto anos); e a utilização de palestras quando necessário para abranger um grande número de pessoas⁵².

Outras características consideradas importantes para promover modificações bem-sucedidas dos currículos, de projetos financiados pelo R25 ou não, foram: inserir a MTCI na missão educacional da instituição como estratégia diferencial de qualidade; formar o corpo docente de maneira contínua sobre as evidências e estratégias apropriadas de ensino; estimular lideranças em MTCI entre docentes e discentes; e promover currículos sustentáveis com recursos de referência em MTCI confiáveis^{36,40}.

Ao lado de políticas indutoras de financiamento para as instituições de ensino, a promoção de espaços coletivos para discussão de prioridades e estratégias curriculares, e a projeção das MTCI como diferencial de qualidade na formação em saúde foram também fatores fundamentais para impulsionar a sua inserção nos currículos de graduação norte-americanos.

Estrutura curricular e métodos de ensino no Brasil

No caso do Brasil, é preciso ainda fazer um enfrentamento quanto à carência de instituições formadoras em outras abordagens em saúde de maneira que estejam em concordância com os princípios do SUS e da saúde coletiva². Um desafio que se tem observado é o crescimento de cursos ofertados por universidades privadas sem critérios suficientemente acordados no coletivo^{10-12,14}; sob o risco de que as práticas venham a assumir um caráter intervencionista e curativo em desarmonia com características de humanização e integralidade¹¹.

Nas instituições de ensino superior (IES) públicas, o ensino e formação em MTCI tem acontecido de maneira difusa e heterogênea enquanto iniciativas localizadas e sem suficiente reflexão coletiva em relação aos seus objetivos e critérios. Há uma disputa por carga horária na matriz curricular, sendo complexa a inclusão das MTCI tanto por questões corporativistas, como econômicas, paradigmáticas, e até religiosas, dentre outras⁶⁵.

Em pesquisa sobre o perfil de ensino de MTCI nas graduações em saúde das IES públicas fluminenses foi desenhado um retrato que parece estar próximo do perfil nacional: predomínio do formato opcional das disciplinas (eletivas e optativas), com pouca ou nenhuma integração nos currículos obrigatórios, deixando uma significativa parcela de egressos sem acesso ao tema; e disciplinas com caráter majoritariamente informativo, que, portanto, não capacitam para a prática profissional. A pesquisa destacou o desafio de ampliar, qualificar e integrar essas abordagens aos demais conteúdos da grade curricular, de maneira orientada para o SUS⁹.

A ausência de acesso ao tema entre grande parte dos egressos das graduações em saúde promove, além de desinformação, preconceito e resistência em relação à participação das MTCI no cuidado em saúde^{70,71}. Além de integrar conteúdos, habilidades e valores de MTCI na grade obrigatória, a vinculação a uma carga horária prática supervisionada é também um desafio para garantir a qualidade da formação. Ao lado disto, as disciplinas optativas deveriam ser ofertadas com objetivo de aprofundamento, visando a prática profissional como cuidado realmente ampliado⁷². Quando a oferta se dá apenas em caráter eletivo, o aprendizado é comprometido, torna-se individualizado e dependente do desejo do graduando, que opta (ou não) por buscá-lo⁷³.

Embora seja uma experiência localizada, vale destacar um curso de graduação em saúde numa universidade pública com estratégia de integração de diferentes ações: a) no ensino - disciplinas multidisciplinares e estágio na área; b) na pesquisa - iniciação científica com projetos

sobre o tema; e c) na extensão - projetos com a comunidade local⁷⁴. A avaliação de experiências como estas pode motivar sua expansão para outras instituições.

As pesquisas sobre o ensino em MTCI no país concentram estudos sobre cursos de medicina e enfermagem⁹. O mais recente sobre as graduações em medicina no Brasil, aponta que apenas 21% delas abordam as MTCI, com maior concentração nas regiões Sul e Centro-Oeste do país, principalmente nas capitais. Evidencia-se um predomínio do ensino por disciplina ou módulo curricular optativo com ênfase nas ligas acadêmicas, com metodologias ativas e/ou tradicionais. Nele, reitera-se que não foi observado impacto da PNPIC e das novas diretrizes curriculares no número de graduações em medicina com MTCI⁷⁵.

Por fim, recentemente o MS disponibilizou na sua versão preliminar, o Livro 7 de “Formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” do “Guia de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para os Gestores do SUS”¹⁵, que expressa a necessidade de um esforço intersetorial e mobilização das diferentes categorias com vistas à criação de normas, para construção de currículos e definição de carga horária mínima para cada uma das práticas.

Embora se reconheça a necessidade de um debate coletivo, intersetorial e interinstitucional sobre o tema, este ainda está por acontecer, e será facilitado mediante uma política indutora que se apoie na prerrogativa constitucional do SUS para ordenar a formação dos trabalhadores da área, valorize a centralidade das graduações em saúde para a integração das MTCI no cuidado, e promova a construção de acordos coletivos quanto a objetivos, diretrizes e estratégias principais de inserção dessas abordagens na formação dos futuros profissionais de saúde.

O corpo docente em Cuba

Tendo em vista que o ensino de profissionais de saúde não pode acontecer sem professores capacitados, as universidades cubanas reconheceram a necessidade fundamental de ofertar aos docentes formação em MTCI. Diante disto, passaram a desenvolver projetos de formação para que os professores pudessem colaborar com um processo de ensino-aprendizagem que contemple outras racionalidades, uma vez que *“solo si el profesor se encuentra preparado en estas terapias, reconoce su valor y las utiliza en la atención a pacientes, los estudiantes descubrirán su valor, las aprenderán y las utilizarán”*⁶⁸.

Desse modo, foram adotadas experiências de educação continuada com a exigência de que professores da área de saúde fossem treinados em MTCI, de modo a proporcionar-lhes a construção de uma visão multidimensional do cuidado²⁷.

O corpo docente nos EUA

No caso dos EUA, se percebeu que quando os currículos sofrem transformações motivadas pelo coletivo, existe maior capacidade de sustentação no tempo, com maior estabilidade de oferta, independente de mudanças pontuais no quadro de professores. Porém, aproveitar o corpo docente para uma educação de fato interdisciplinar e interprofissional foi também um importante desafio^{39,52}.

As instituições de saúde contempladas pelo “*R25 CAM Education Grant Program*”, destacaram a necessidade de envolver praticantes das MTCI¹⁷ para sensibilização e formação do corpo docente. Afinal, percebeu-se que a renovação do currículo e a integração com os conteúdos já estabelecidos seriam facilitadas pela presença de docentes sensíveis, qualificados e comprometidos com a institucionalização das MTCI, o que demanda tempo^{39,47,48,52}.

Assim, foi importante fomentar a colaboração entre acadêmicos, praticantes e professores interessados e, para tanto, se mostrou viável a criação de um comitê interdisciplinar. Com maior envolvimento e engajamento dos colaboradores, o debate e o consenso tanto quanto ao que é imprescindível de conteúdo quanto aos objetivos do currículo pode ser amadurecido⁴⁰.

Foi igualmente estratégico investir na redução do preconceito, com ampliação da veiculação de informações sobre MTCI, por meio da promoção de espaços de discussão com abertura para dissensos, uma vez que alguns docentes se mostraram resistentes em apresentar ou defender práticas sobre as quais não tinham suficiente segurança. Outras estratégias para dar sustentação e permanência aos componentes curriculares de MTCI integrados foram a avaliação continuada do currículo e das experiências dos diversos atores nesse processo, sendo esta considerada como avaliação formativa⁴⁰.

Percebemos também que parcerias entre universidades norte-americanas, com diferentes graus de experiências com MTCI podem ter sido interessantes para aquelas que estavam no início. O investimento no aprendizado dos docentes pareceu prioritário e uma experiência de acampamento no qual os professores imergem por 4 semanas para aprender teoria e prática foi

avaliada como uma potente possibilidade para trabalhar distintas modalidades, evidências, e avançar nas discussões sobre como integrar MTCI nos currículos da graduação em enfermagem⁴². Contudo, na enfermagem houve majoritariamente a incorporação de conteúdos teóricos em detrimento das vivências, ainda que reconhecida a importância de integração dos dois formatos⁶⁹.

O corpo docente no Brasil

No Brasil, os docentes que são sensíveis à temática e se colocam à disposição para o ensino e pesquisa na área, guardam em comum uma exposição anterior às práticas e utilização pessoal das mesmas no seu cotidiano^{76,77}. Parte dos docentes validam os benefícios dessas abordagens para um cuidado integral, mas ainda não se tem um consenso entre eles quanto à melhor maneira de inserção na formação^{74,75,78}.

Destaca-se também que os docentes, na realidade brasileira, continuam a ser protagonistas para inserção dessas abordagens no ensino das graduações em saúde, por meio de iniciativas pontuais, localizadas e frequentemente não institucionalizadas^{20,79}. Assim, a sustentabilidade da oferta de disciplinas com conteúdos de MTCI é afetada, por serem normalmente eletivas ou optativas, e tendem a ser suspensas em caso de licença do docente, seja para tratamento de saúde, qualificação profissional ou aposentadoria.

A insuficiência de docentes qualificados para o ensino de MTCI em cursos de graduação em saúde também é clara no Brasil, além da expressiva resistência entre professores biomédicos para o tema. Tal como aconteceu em Cuba e nos EUA, a sensibilização e qualificação do corpo docente, e a participação de docentes especializados nesse processo, são desafios importantes a serem enfrentados para viabilizar uma efetiva integração das MTCI no cuidado em saúde oferecido pelo SUS^{48,68,72}.

Eficácia e evidências científicas em Cuba

Na trajetória cubana, a demanda por evidências científicas foi uma questão desafiadora. Afinal, o processo de geração de evidências para comprovação de eficácia terapêutica em MTCI é considerado complexo, porque estas práticas se baseiam em pressupostos e paradigmas distintos dos encontrados na biomedicina. Creditar ou não validade a uma modalidade terapêutica com base

em ensaios clínicos convencionais, sem a suficiente consideração de singularidades epistêmicas e paradigmáticas, é um debate que continua atual, com a crescente proposição de novas abordagens metodológicas para a pesquisa em MTCI^{31,80-82}.

A desqualificação de abordagens não convencionais acontece, abertamente ou de maneira dissimulada, sobretudo pela discrepância entre os pressupostos da ciência constituída e dessas outras modalidades, o que pode ofuscar interesses de indústrias farmacêuticas, que desconsideram muitas vezes a insuficiência de evidências presentes em algumas terapêuticas de orientação biomédica^{31,83-89}. Ao considerar que o método não deve ser mais importante que o resultado empírico alcançado³¹, os cubanos buscaram enfrentar o desafio de validação de outras maneiras de cuidado em coerência às suas próprias racionalidades, a partir do reconhecimento de outras possibilidades epistêmicas.

Esse posicionamento abriu espaços para a incorporação da MTCI nos currículos e cuidado em saúde, mediante a valorização das seguintes estratégias: a) revisão do próprio conceito de evidências; b) abertura de espaço para abordagens além da biomédica; c) utilização do método consonante ao objeto de estudo e não ao contrário; d) reconhecimento, na pesquisa, de que a utilização de MTCI geralmente acontece de maneira a combinar mutuamente diversas modalidades o que complexifica saber sobre a atuação de uma única; e) percepção de que a realidade do indivíduo é em muito diferente daquela produzida no ensaio clínico controlado, interferindo sobremaneira na resposta terapêutica; e f) compreensão de que não há uma única forma de experimentação do mundo por mais hegemônica que seja a utilização de determinados modelos³¹.

Eficácia e evidências científicas nos EUA

Na realidade norte-americana, a inclusão de disciplinas de MTCI também promoveu o desenvolvimento de pesquisas clínicas e a busca por evidências em MTCI, incluindo o desenvolvimento de novas metodologias avaliativas^{41,50,90}. O CAHCIM e o NCCIH, já mencionados, continuam sendo instituições importantes de valorização da pesquisa nessa área, com ênfase no desenvolvimento de habilidades para encontrar e interpretar de forma crítica os resultados de estudos com MTCI⁵⁰.

Eficácia e evidências científicas no Brasil

No Brasil, no que tange a discussão quanto às evidências científicas, podemos ressaltar que esse foi o tema do II CongrePICS, que contou com uma conferência específica sobre isso⁹¹. Naquele momento, foi anunciada a construção do Mapa de Evidências de algumas práticas, com intuito de validação científica dessas abordagens numa parceria entre o Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIn), Biblioteca Virtual em Saúde em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (BVS/MTCI) e a Rede MTCI Américas. Concomitantemente, o Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (ObservaPICS) tem se dedicado à busca de evidências no campo prático para levantar evidências empíricas⁹².

Como desdobramentos, em 2020 houve o lançamento de 14 mapas de evidências, disponíveis na base de dados Políticas Informadas por Evidências (PIE) da Bireme, com objetivo de auxiliar a tomada de decisões políticas por meio das melhores evidências. As PIE também integram as sínteses de evidências de diferentes práticas que foram produzidas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Brasília para a Coordenação Nacional de PICS do MS, que a partir de então produziu 5 informes técnicos tratando da utilização de algumas práticas⁹². Dessa forma, o Ministério da Saúde brasileiro tem priorizado em sua agenda a busca por evidências científicas para orientar os gestores de saúde sobre a implantação das MTCI⁹³. Os mapas de evidências são importantes ferramentas também para o ensino e a pesquisa dessas práticas no país.

Contexto político-institucional em Cuba

Em Cuba destacou-se nesse processo a importância do estímulo governamental para que as MTCI fossem incorporadas aos currículos de saúde, embora com ênfase na medicina, bem como a consideração quanto à existência de tempo nos currículos e, ainda, a abrangência desse ensino a todos, docentes, discentes e médicos da área, para garantir um amplo acesso a essas práticas. Neste movimento, considerou-se imprescindível que todos os profissionais tivessem uma formação ampla que valorizasse diversas abordagens de cuidado²⁷.

Percebemos que o entendimento cubano é que a integração entre as diferentes medicinas não é apenas plausível, mas apropriada³¹, e sua integração perpassou três pontos principais: integração,

interdisciplinaridade e educação no trabalho²⁸, com o objetivo de “*abandonar posturas sectarias y trabajar en común para despejar incógnitas y allanar el camino a las nuevas generaciones*”³¹.

No campo político-institucional, foi igualmente estratégico refletir sobre o conceito e a terminologia utilizados para tais abordagens, a fim de se identificar as práticas. Houve uma concordância que o termo “medicina alternativa” seria um equívoco, mesmo sendo há muito utilizado. Afinal, são essas medicinas um método ancestral e, por si só, isto convoca ao enfrentamento também pela nomenclatura, com sugestões como: culturas médicas, medicinas com concepções ou racionalidades diferentes ou métodos populares⁹⁴. Trata-se de uma questão que transcende ao mero aspecto terminológico. Encarar o peso e o poder das palavras pelo significado que carregam e utilizá-las de forma consciente de seu sentido implícito e explícito é também propiciar visibilidade desses saberes e práticas.

A compreensão da necessidade do ensino de MTCI no âmbito da graduação foi também fundamental como uma estratégia para sua ampliação e efetivação nos serviços, ao passo que, se postergada para uma eventual pós-graduação, ter-se-iam diminuídas as suas possibilidades de concretização. Isso porque a motivação e entendimento sobre elas poderiam estar sendo comprometidas por sua menor abrangência e, conseqüentemente, tais profissionais de saúde já formados poderiam se sentir menos responsáveis pelo direito de escolha terapêutica daqueles que cuidam. A constatação sobre a graduação ser o momento mais oportuno para início da aprendizagem em MTCI é, portanto, um elemento de destaque na trajetória cubana^{44,95}.

O cenário político centralizado na ilha, e sua dimensão territorial e populacional reduzida em relação aos EUA e ao Brasil, também são inegavelmente fatores relevantes a serem considerados nessa trajetória.

Contexto político-institucional nos EUA

No contexto norte-americano, o clima político das instituições e suas estruturas de poder e hierarquização podiam ser favoráveis ou, ainda, empecilhos adicionais para promover as mudanças necessárias^{49,51}.

A estrutura democrática presente no país permitiu conciliar uma política indutora, por meio do financiamento de instituições de ensino para a integração das MTCI em currículos de

graduações em saúde, com o protagonismo coletivo e também individual dessas instituições. Dessa maneira, o ensino de MTCI está nos currículos universitários norte-americanos envolvendo diversas frentes como: uma contextualização dessas abordagens, pesquisas e evidências das modalidades de MTCI mais relevantes (segundo o atual NCCIH), questões referentes a métodos sobre eficácia e segurança, reconhecimento de estratégias de autocuidado e da importância do cuidado centrado na pessoa e o conhecimento e contato com provedores diretos de MTCI⁵².

O estímulo à inserção dessas práticas na missão educacional das instituições como estratégia diferencial de qualidade, e a valorização de lideranças em MTCI entre docentes e discentes, também contribuíram para favorecer mudanças no ambiente institucional.

Contexto político-institucional no Brasil

Na realidade brasileira, para fazer o enfrentamento à lacuna de formação na área para o SUS, a principal estratégia desenvolvida pelo Ministério da Saúde até então, está no âmbito da educação permanente, proposta pela PNPIC⁶, para profissionais que estão em atuação no serviço, por meio de cursos introdutórios e de qualificação disponibilizados, sobretudo em ambiente virtual de aprendizagem⁵⁵. Atualmente essa oferta contempla, em seis cursos, temáticas como medicina tradicional chinesa, antroposofia, plantas medicinais e fitoterapia e gestão em MTCI, e a auriculoterapia é tema de outro curso que vem sendo oferecido, fruto de parceria do MS e uma universidade federal; todos apresentam uma carga horária entre 60 e 100 horas. O MS prevê uma ampliação dessa oferta com 14 novos cursos para 2021¹⁵. Ademais, algumas secretarias municipais de saúde também oferecem oportunidades locais de educação permanente e/ou especialização que são pouco estudadas⁵⁵.

A formação em educação permanente de profissionais de saúde, embora relevante, não substitui a formação de futuros profissionais nas graduações em saúde, e também a especialização dos atuais em nível de pós-graduação. A ampliação e potencialização da parceria entre o MS com universidades também para projetos de educação continuada, com ênfase em cursos de graduação, de forma similar ao observado no EUA, poderá ser um caminho promissor na trajetória brasileira.

No âmbito das instituições de ensino superior públicas, entretanto, o preconceito e a resistência às MTCI ainda prevalecem, principalmente, mas não apenas, na área da medicina.

Iniciativas de docentes comprometidos com as MTCI, embora consigam sustentar algumas experiências importantes no ensino dessas abordagens, enfrentam frequentemente disputas hostis por carga horária no currículo, contratação de docentes especializados na área, acesso a salas de aula e principalmente a espaços e equipamentos físicos em ambulatórios de prática, para citar algumas principais^{9,71}.

No Quadro 1 apresentamos uma síntese desta seção.

Quadro 1. Principais desafios e estratégias para integração das MTCI* aos currículos de graduações em saúde em Cuba, EUA** e Brasil

Principais desafios e estratégias/País	Estrutura curricular e métodos de ensino	Corpo docente	Eficácia e evidências científicas	Contexto político-institucional
Cuba	<p>Integração aos componentes curriculares convencionais;</p> <p>Incorporação de conteúdos, habilidades e valores;</p> <p>Incorporação paulatina e progressiva;</p> <p>Aposta na interdisciplinaridade;</p> <p>Espaço nos currículos para integração dessas outras abordagens;</p> <p>Transversal ao longo dos anos do curso sem necessidade de criação de novas disciplinas.</p>	<p>Necessidade de sensibilização e formação dos professores;</p> <p>Educação continuada.</p>	<p>Compreensão das limitações do processo de geração de evidências;</p> <p>Desqualificação das abordagens não convencionais;</p> <p>Validação de outras maneiras de cuidado coerente às próprias racionalidades;</p> <p>Revisão do conceito de evidências;</p> <p>Reconhecimento da complexidade das abordagens.</p>	<p>Compreensão quanto a necessidade de integração entre as diferentes abordagens;</p> <p>Estímulo governamental imprescindível para induzir formação;</p> <p>Discussão sobre terminologia mais adequada e coerente aos sentidos e práticas;</p> <p>Graduação é o momento mais oportuno para iniciar a aprendizagem;</p> <p>Cenário político centralizado, dimensão territorial e populacional reduzida.</p>
EUA	<p>Métodos tradicionais de ensino-aprendizagem e avaliação;</p> <p>Fragmentação disciplinar;</p> <p>Superlotação nas grades curriculares;</p> <p>Obrigatoriedade de imersão prática e poder de escolha das práticas;</p> <p>Educação interprofissional e autocuidado;</p> <p>Habilidades fundamentais e áreas específicas;</p>	<p>Necessidade de sensibilização e formação do corpo docente;</p> <p>Engajamento coletivo possibilita sustentabilidade das mudanças curriculares;</p> <p>Criação de comitê interdisciplinar;</p> <p>Ampliação da veiculação de informações para redução de preconceito;</p> <p>Avaliação formativa;</p> <p>Parcerias entre universidades norte-americanas com diferentes graus de experiências;</p>	<p>Necessidade de desenvolver pesquisas clínicas e busca por evidências;</p> <p>Novas metodologias avaliativas de eficácia e segurança;</p> <p>Ensino sobre pesquisa e habilidades para encontrar e interpretar resultados de estudos.</p>	<p>Estrutura rígida de poder e hierarquização nas instituições;</p> <p>Política indutora de financiamento;</p> <p>Estímulo ao protagonismo coletivo e individual das instituições;</p> <p>Projeção das MTCI como diferencial de qualidade na formação em saúde;</p> <p>Valorização de lideranças entre docentes e discentes.</p>

	<p>Disciplinas eletivas x obrigatórias;</p> <p>Políticas indutoras de financiamento para instituições de ensino;</p> <p>Promoção de espaços coletivos para discussão de prioridades e estratégias curriculares.</p>	<p>Imersão teórico-prática de docentes na área.</p>		
Brasil	<p>Carência de formação alinhada aos princípios do SUS e da saúde coletiva;</p> <p>Oferta crescente no âmbito privado;</p> <p>Iniciativas nas universidades públicas de maneira localizada, difusa e heterogênea;</p> <p>Predomínio de disciplinas opcionais e informativas;</p> <p>Sem política indutora para os currículos das graduações em saúde e métodos de ensino.</p>	<p>Necessidade de sensibilização e formação do corpo docente;</p> <p>Não há consenso sobre melhor maneira de inserção na formação;</p> <p>Protagonistas da inserção com iniciativas pontuais.</p>	<p>Discussão atual sobre a temática;</p> <p>Produção de materiais baseados em evidências.</p>	<p>Principal estratégia do MS são os cursos de educação permanente;</p> <p>Ausência de políticas indutoras para inserção nas graduações em saúde;</p> <p>Necessidade de espaços coletivos de reflexão e debate sobre objetivos e diretrizes para a formação profissional;</p> <p>Premência de esforço intersetorial para criação de normas e critérios mínimos na área.</p>

Fonte: As autoras, 2021. *Medicina Tradicional Complementar Integrativa **Estados Unidos da América

Considerações finais

A partir das reflexões sobre as experiências internacionais, especificamente de Cuba e dos EUA, pudemos notar que, ainda que com histórias singulares quanto à inserção e integração das outras abordagens em saúde nos currículos das universidades, muitos dos desafios nessa trajetória são compartilhados pela realidade brasileira. Acreditamos que as estratégias de enfrentamento nos diferentes países podem contribuir para subsidiar reflexões quanto aos possíveis passos que o Brasil precisa dar no sentido de avançar nesse cenário.

O investimento na formação profissional em MTCI em cursos de graduação de categorias da área da saúde conquistou relevância em Cuba e nos EUA. Enquanto Cuba priorizou o ensino e formação de futuros profissionais de saúde com intuito de oferecer um cuidado integral no seu serviço público de saúde, o foco dos EUA esteve em formar profissionais capazes de, com base em informações confiáveis, se comunicar quanto à utilização e orientação das práticas. No caso do Brasil, essa definição inexistiu uma vez que ainda não é possível observar um debate consistente para a construção de acordos coletivos nesse sentido.

Das categorias empíricas encontradas sobre os principais desafios e estratégias enfrentados e conduzidos nos diferentes países estudados, pudemos destacar genericamente: **1) estrutura curricular e métodos de ensino** - sobressaem questões sobre superlotação dos currículos em saúde, oferta de disciplinas eletivas e/ou obrigatórias, fragmentação ou integração disciplinar, transversalidade, experiências práticas e autocuidado; **2) corpo docente** - há uma carência de profissionais qualificados para o ensino de MTCI nas graduações o que demanda sensibilização e formação dos mesmos; **3) eficácia e evidências científicas** - são importantes estratégias de validação dessas outras abordagens em saúde sendo preciso aprofundar a reflexão sobre métodos de pesquisa e promover a utilização de referências confiáveis e, **4) contexto político-institucional** - ações indutoras de Estado para financiamento e promoção de espaços interinstitucionais de debate coletivo de objetivos e diretrizes representam um espaço central para a almejada inserção e integração das MTCI no ensino e formação no âmbito da graduação.

A experiência brasileira evidencia que os avanços enquanto políticas de saúde na área carecem de uma organização da formação e do ensino, sendo um desafio há muito identificado na literatura, mas ainda não enfrentado. A expansão sustentável dessas práticas no SUS requer prioridade na agenda das políticas públicas, com investimentos na oferta de serviços, mas também

no ensino, pesquisa e extensão. A proposta de formação no currículo em caráter obrigatório possibilita que os estudantes sejam apresentados aos conteúdos, valores e habilidades em MTCI.

As contribuições específicas dos países estudados podem ser valorosas para inspirar a trajetória brasileira a trilhar novos rumos. Destacamos a proposta de integração transversal nos currículos em Cuba, que no nosso contexto sofre importantes resistências e requer um debate coletivo com apoio de autoridades da saúde e da educação. Dos EUA, identificam-se iniciativas de bolsas destinadas a instituições de ensino como incentivo à formação de profissionais e ao desenvolvimento científico das MTCI nas universidades. Também merecem destaque as estratégias de promoção de encontros e reuniões entre as instituições financiadas para a discussão de objetivos principais da formação, a ênfase à formação docente e a valorização de experiências práticas de autocuidado entre os discentes.

Reiteramos ainda a necessidade de reconhecimento da graduação das categorias de saúde presentes no SUS como espaço prioritário para investimentos na formação em MTCI. Para tanto, se faz premente a discussão coletiva de parâmetros, capazes de orientar a transição de uma experiência de inserção difusa e incipiente para uma suficientemente robusta. A integração de outras abordagens em saúde de maneira interdisciplinar e transversal nos currículos, que respeite os princípios do SUS e da saúde coletiva, está sustentada na defesa da diversidade epistemológica e de uma ecologia de saberes que valide outras formas de conhecimento e experimentação do mundo, do humano e do cuidar, comprometidas com uma postura ética e emancipatória em saúde.

Por fim, recomendamos o desdobramento da pesquisa sobre formação em MTCI nesses e em outros países, inclusive com o aprofundamento nos métodos de integração curricular. Embora o Brasil tenha uma trajetória única, dada sua pluralidade e complexidade cultural e institucional, e a dimensão do SUS como sistema público e universal de saúde, guardadas as diferenças de contexto, sempre é possível extrair lições de experiências bem-sucedidas para refletir sobre nossas escolhas ou, quando for o caso, a ausência delas.

Referências

1. Sousa IMC. Medicinas tradicionais alternativas e complementares e sua estruturação na atenção primária: uma reflexão sobre o cuidado e sua avaliação. [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013. 130p.

2. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(8):1732-1742.
3. World Health Organization. WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.
4. Luz MT. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: Canesqui AM (org.) Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Editora Hucitec; 2000. p. 181-200.
5. Luz, 2007 Luz MT. Novos saberes e práticas em saúde coletiva - Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3. ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2007. 174 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.
7. Brasil. Portaria n. 849, de 27 de março de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
8. Brasil, Portaria n. 702, de 21 de março de 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
9. Nascimento MC et al. Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. *Trab. Educ. Saúde*. 2018;16(2):751-772.
10. Teixeira MZ, Lin CA. Educação médica em terapêuticas não convencionais. *Rev Medicina*. 2013;92(4):224-35.
11. Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trab. Educ. Saúde*. 2012;9(3):361-378.
12. Barros NF, Siegel P, Otani MAP, organizators. Introdução. In: Barros NF, Siegel P, Otani MAP (orgs.) O ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 15-28.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Relatório de Gestão 2006-2010: Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
14. Sousa IMC et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11):2143-2154.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Livroto 7: Formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – Guia de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para os gestores do SUS [Versão Preliminar]. 2020.
16. Broom A, Adams J. Uma sociologia da educação em saúde integrativa. In: Nascimento MC, Nogueira MI, organizators. Intercâmbio solidário de saberes em saúde: Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 139-153.
17. Pearson NJ, Chesney MA. The CAM Education Program of the National Center for Complementary and Alternative Medicine: an overview. *Acad Med*. 2007;82(10):939-945.
18. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; [200-]. Cursos; [cited 2021 Jan 15]; Available from: <http://aps.saude.gov.br/ape/pics/cursos>

19. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.
20. Minayo MCS, Deslandes S e Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
21. Santos BS, organizator. *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Porto: Afrontamento, 2004.
22. Santos BS. *A gramática do tempo. Para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez, 2006. 504 p.
23. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos-CEBRAP*, 2007;79(1):71-94.
24. Santos BS. *Um discurso sobre as ciências*. 8. ed. São Paulo: Cortez; 2018. 109 p.
25. Santos BS. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 8. ed. São Paulo: Cortez; 2011. 415 p.
26. Santos BS, Meneses MP, organizators. *Epistemologias do Sul*. Coimbra, Almedina e CES/UC, 2014.
27. Appelbaum D et al. Natural and traditional medicine in Cuba: lessons for U.S.medical education. *Acad Med*. 2007;81(12):1098-1103.
28. Pérez MAT. Modelo teórico de evaluación de la estrategia curricular de medicina natural y tradicional de la carrera de medicina. *Educ Med Super*. 2018;32(3):94-105.
29. Porbén YF et al. ¿Medicina natural y tradicional en psicología? Aplicación de los contenidos de medicina natural y tradicional al programa de la asignatura psicología médica para estudiantes de tercer año de medicina. *Rev Ciencias Médicas*. 2007;11(2): 315-324.
30. García CT et al. Estrategias curriculares en la carrera de enfermería: su implementación en Pinar del Río, 2009. *Rev Ciencias Médicas*. 2010;14(2):27-33.
31. Salman JDG. Consideraciones sobre la Medicina Natural y Tradicional, el método científico y el sistema de salud cubano. *Rev Cubana Salud Pública*. 2013;39(3):540-555.
32. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. *Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI: visión y acción*. Paris: UNESCO, 1998.
33. Conferencia regional sobre políticas y estrategias para la transformación de la educación superior en américa latina y el caribe. La Habana, Cuba, 18 al 22 de noviembre de 1996. *Educ Med Super*, 2000;14(3):284-306.
34. Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial No. 261. La Habana: MINSAP; 2009.
35. Castro Martínez J, Mederos Luís II, García González A. Integración de contenidos de Medicina Natural y Tradicional desde una perspectiva interdisciplinaria. *EDUMECENTRO*. 2016;8(Suppl1):87-93.
36. Bailey ML et al. The Impact of a Mandatory Immersion Curriculum in Integrative Medicine for Graduating Medical Students. *Explore NY*. 2015; 11(5):394–400.
37. Conelly EM et al. The Vanguard Faculty program: research training for complementary and alternative medicine faculty. *J Altern Complement Med*. 2010;16(10):1117–23.

38. Chaterji R et al. A large-sample survey of first- and second-year medical student attitudes toward complementary and alternative medicine in the curriculum and in practice. *Altern Ther Health Med.* 2007;13(1):30–5.
39. Frenkel M et al. Lessons learned from complementary and integrative medicine curriculum change in a medical school. *Med Educ.* 2007;41(2):205–13.
40. Sierpina V et al. Creating sustainable curricular change: lessons learned from an alternative therapies educational initiative. *Acad Med.* 2007;82(4):341–50.
41. Stratton TD et al. Evaluating CAM education in health professions programs. *Acad Med.* 2007;82(10):956–61.
42. Cornman BJ, Carr CA, Heitkemper MM. Integrating CAM into nursing curricula: CAM camp as an educational intervention. *Explore NY.* 2006;2(3):226–31.
43. Torkelson C, Harris I, Kreitzer MJ. Evaluation of a complementary and alternative medicine rotation in medical school. *Altern Ther Health Med.* 2006;12(4):30–4.
44. Chlan L, Hálcon L. Developing an integrated baccalaureate nursing education program infusing complementary/alternative therapies into critical care curricula. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2003;15(3):373–379.
45. Maizes V et al. Integrative medical education: development and implementation of a comprehensive curriculum at the University of Arizona. *Acad Med.* 2002;77(9):851–60.
46. Brokaw JJ et al. The teaching of complementary and alternative medicine in U.S. medical schools: a survey of course directors. *Acad Med.* 2002;77(9):876–81.
47. Hálcon LL et al. Complementary therapies and healing practices: faculty/student beliefs and attitudes and the implications for nursing education. *J Prof Nurs.* 2003;19(6):387–97.
48. Booth-LaForce C et al. Complementary and Alternative Medicine (CAM) attitudes and competencies of nursing students and faculty: results of integrating CAM into the nursing curriculum. *J Prof Nurs.* 2010;26(5):293–300.
49. Kligler B et al. Core competencies in integrative medicine for medical school curricula: a proposal. *Acad Med.* 2004;79(6):521–31.
50. Gaster B et al. What should students learn about complementary and alternative medicine? *Acad Med.* 2007;82(10):934–8.
51. Sierpina V et al. Barriers, strategies, and lessons learned from complementary and alternative medicine curricular initiatives. *Acad Med.* 2007;82(10):946–50.
52. Lee MY et al. Integrating complementary and alternative medicine instruction into health professions education: organizational and instructional strategies. *Acad Med.* 2007;82(10):939–45.
53. Otani MAP, Barros NFA. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(3):1801–1811.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de medicina natural e práticas complementares – PMNPIC. Brasília: Distrito Federal, 2005.

55. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. *Saúde em Debate*. 2018;42(número especial 1):174-188.
56. Paim JS, Almeida-Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000. 125 p.
57. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizators. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/Uerj - Cepesc- Abrasco, 2006. 180p.
58. Araújo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007;31(supl.1):20-31.
59. Brasil. Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017.
60. Vilas Boas LM et al. Educação Médica: Desafio da Humanização na Formação. *Saúde em Redes*, 2017;3(2):172-182.
61. Luz MT. Prefácio. In: Barros NF, Siegel P, Otani MAP, organizators. O ensino de práticas integrativas e complementares: experiências e percepções. São Paulo: Hucitec Editora, 2011. 171 p.
62. Saúde em várias dimensões [Internet]. Brasil: Radis; 2020 Mar 01. Congresso discute inserção de práticas integrativas e complementares no SUS, evidências científicas e formação profissional; [cited 2021 Jan 7]; Available from: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/saude-em-varias-dimensoes>
63. ObservaPICS [Internet]. Brasil; 2019 Nov 25. II CongrePICS exige formação com qualidade; [cited 2021 Jan 3]; Available from: <http://observapics.fiocruz.br/ii-congropics-exige-formacao-com-qualidade/>
64. Salles LF, Homo, RFB, Silva MJP. Práticas Integrativas e Complementares: situação do seu ensino na graduação de Enfermagem no Brasil. *Rev. Saúde*. 2014;8(3-4):37-44.
65. Salles LF, Homo RFB, Silva MJP. Situação do ensino das práticas integrativas e complementares nos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina. *Cogitare enferm*. 2014;19(4):741-746.
66. Yera RR, Martínez CMF. Las relaciones interdisciplinarias entre la Educación Física y la Medicina Natural y Tradicional. *Rev Podium*. 2017;12(1):52-58.
67. Alonso DH et al. Propuesta metodológica. Vinculación del programa farmacología I con la medicina natural tradicional. Perfil de servicios farmacéuticos: Methodological proposal. Linking the syllabus of Pharmacology I with Natural Traditional Medicine. Profile of Pharmaceutical Services. *Rev Ciencias Médicas*. 2007;11(3): 259-267.
68. Ramírez VG et al. Estrategia curricular de Medicina Natural y Tradicional en la disciplina Estomatología Integral. *Rev Haban Cienc Méd*. 2018;17(3):494-507.
69. Richardson SF. Complementary health and healing in nursing education. *J Holist Nurs*. 2003;21(1):20–35.
70. Gontijo MBA, Nunes MF. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(1):301-320.

71. Barros NF, Fiuza AR. Evidence-based medicine and prejudice-based medicine: the case of homeopathy. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(11):2368-2376.
72. Oliveira IF et al. Homeopatia na Graduação Médica: Trajetória da Universidade Federal Fluminense. *Rev Bras Educ Med*. 2018; 42(1):94-104.
73. Siebeneichler P. Práticas integrativas e complementares em saúde na universidade: a formação como mola propulsora do bem viver. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Orientadora: Godoy, Maria Gabriela Curubeto. UFRGS. Escola de Enfermagem. Curso de Enfermagem. 2015.
74. Barreto BB. Fitoterapia como conteúdo nos cursos de graduação da área da saúde: importância para a formação profissional. 2015. [Tese] Brasília:Universidade de Brasília, 2015. 150 p.
75. Albuquerque LVC et al. Complementary and Alternative Medicine Teaching: Evaluation of the Teaching-Learning Process of Integrative Practices in Brazilian Medical Schools. *Rev Bras Educ Méd*. 2019;43(4):109-116.
76. Barros NF, Tovey P. O ensino das terapias alternativas e complementares em escolas de enfermagem. *Rev Gaúcha de Enfermagem* 2007; 28(2):207-14.
77. Sena J et al. Visão docente sobre plantas medicinais como um saber e sua utilização como medicamento. *Rev Enferm UERJ*. 2006;14(2):196-201.
78. Trindade Filho MA. Terapia Ocupacional e práticas integrativas e complementares em saúde na perspectiva de docentes. [Trabalho de Conclusão de Curso] João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. 2017.
79. Cruz LR. Ensino das práticas integrativas e complementares na graduação em medicina no Brasil: um olhar sobre a UFBA. [Trabalho de Conclusão de Curso] Salvador:Universidade Federal da Bahia. 2018.
80. *Jornal da USP* [Internet]. Brasil; 2017 May 22. Homeopatia e preconceito: ausência de evidências científicas ou negação das existentes?; [cited 2020 Dec 14]; Available from: <https://jornal.usp.br/artigos/homeopatia-e-preconceito-ausencia-de-evidencias-cientificas-ou-negacao-das-existentes/>
81. Fønnebo V et al. Researching complementary and alternative treatments – the gatekeepers are not at home. *BMC Medical Research Methodology*. 2007;7:7.
82. Adams J, Broom A. Entendendo a medicina integrativa: a importância de uma perspectiva crítica das ciências sociais e a construção de capacidade em pesquisa. In: Nascimento MC, Nogueira MI, organizators. *Intercâmbio Solidário de Saberes em Saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares*. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. p.40-54.
83. Tesser CD, Norman AH. Por que não recomendar estatinas como prevenção primária? *APS em Revista*. 2019;1(1):39-49.
84. Schmitz J et al. Positive Treatment Expectancies Reduce Clinical Pain and Perceived Limitations in Movement Ability Despite Increased Experimental Pain: A Randomized Controlled Trial on Sham Opioid Infusion in Patients with Chronic Back Pain. *Psychother Psychosom*. 2019 Jul 12:1-12.
85. Tucker HR et al. Harms and benefits of opioids for management of non-surgical acute and chronic low back pain: a systematic review. *Br J Sports Med*. 2020;54(11):664.

86. Machado GC et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for spinal pain: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(7):1269-1278.
87. Mansi I, Mortensen E. The controversy of a wider statin utilization: why? *Expert Opin Drug Saf* 2013;12(3),327-37.
88. Gøtzsche PC. *Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma Has Corrupted Healthcare*. London: Radcliffe Publishing; 2013.
89. Angel M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito*. 2a edição. Rio de Janeiro, Record; 2007. 319 p.
90. Witt CM, Withers SR. Research training in integrative medicine: how can we make teaching and learning in research methods more sustainable and engaging? *Explore NY*. 2013;9(5):279–84.
91. Abrasco [Internet]. Brasil; 2019 Jul 25. II CongrePICS e IV PICSNE; [cited 2021 Jan 19]; Available from: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/outros-eventos/ii-congrepics-e-iv-picsne/41808/>
92. ObservaPICS [Internet]. Brasil; 2020 Nov 16. Consórcio Acadêmico debate pesquisa em saúde integrativa e mapas de evidências; [cited 2021 Jan 19]; Available from: <http://observapics.fiocruz.br/consorcio-academico-debate-pesquisa-em-saude-integrativa-e-mapas-de-evidencias/>
93. Brasil. 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, 2018.
94. Duvergel Rodríguez E et al. Consideraciones de la medicina oriental como ciencia básica no como método alternativo. *Rev Inf Cient*. 2012;74(2).
95. Liu MA et al. Determining the attitudes and use of complementary, alternative, and integrative medicine among undergraduates. *J Altern Complement Med*. 2014; 20(9):718–26.

5.2 ARTIGO 2: FORMAÇÃO EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR: O “AINDA NÃO”?

Formación en prácticas integrativas y complementarias en instituciones de educación superior: ¿el “aún no”?

Professional education in integrative and complementary practices in higher education institutions: “not yet”?

Gabriella Carrilho Lins de Andrade¹¹
Denise Cavalcante de Barros¹²
Marilene Cabral do Nascimento¹³

Artigo submetido.

Resumo

O artigo apresenta a situação das disciplinas em Práticas Integrativas e Complementares (PICS) nos cursos de graduação em saúde das Instituições de Ensino Superior (IES) públicas do estado de Pernambuco. Estudo quantitativo, descritivo e transversal, ancorado no referencial das Epistemologias do Sul. A coleta de dados aconteceu em sites e secretarias de cinco IES entre 2019 e 2020. Caracterizou-se as 32 disciplinas mapeadas por meio das variáveis: território, IES, subárea da saúde, subtema, formato e conteúdo; segundo as categorias empíricas de análise “exclusividade temática” e “atualidade da oferta” em exclusivas, compartilhadas e suspensas. Revela-se uma estruturação emergente dessas disciplinas, porém, não consolidada, predominantemente marginal, instável e heterogênea. A pouca oferta está concentrada na capital, nos cursos de Enfermagem e Medicina, prevalecendo os subtemas Plantas Medicinas/Fitoterapia e Abordagem teórico-conceitual, sendo a maioria opcional e informativa. A suposta falta de espaço e tempo para integração das PICS nos currículos denota o “ainda não” e tende a impulsionar a luta de seus atores sociais por maior justiça cognitiva, cultural e histórica. Essa disputa é, em suma, epistêmica, que *per si* é também política e ética.

Palavras-chave: Terapias Complementares. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Instituições de Ensino Superior.

¹¹ Gabriella Carrilho Lins de Andrade (andrade.gabriella@gmail.com) é nutricionista; Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); Doutoranda em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz.

¹² Denise Cavalcante de Barros (barrosdc@ensp.fiocruz.br) é nutricionista; Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); Tecnologista em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz.

¹³ Marilene Cabral do Nascimento (mnascimento3@gmail.com) é cientista social; Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Professora associada no Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense (UFF); coordenadora do Grupo Temático Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT RM-PIC Abrasco).

Resumen

El artículo presenta el estado de las disciplinas en Prácticas Integrativas y Complementarias (PICS) en los cursos de pregrado en salud de las Instituciones Públicas de Educación Superior (IES) del estado de Pernambuco. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, basado en el marco de Epistemologías del Sur. La recolección de datos se realizó en sitios web y departamentos de cinco IES entre 2019 y 2020. Las 32 disciplinas mapeadas fueron categorizadas a través de las variables: territorio, IES, subárea de salud, subsección tema, formato y contenido; según las categorías empíricas de análisis “exclusividad temática” y “actualidad de la oferta” en exclusiva, compartida y suspendida. Una estructuración emergente de estas disciplinas se revela, sin embargo, no consolidada, predominantemente marginal, inestable y heterogénea. La escasa oferta se concentra en la capital, en los cursos de Enfermería y Medicina, prevaleciendo los subtemas Plantas Medicinales/Fitoterapia y Enfoque teórico-conceptual, siendo la mayoría optativos e informativos. La supuesta falta de espacio y tiempo para la integración de las PICS en los currículos denota el “todavía no” y tiende a impulsar la lucha de sus actores sociales por una mayor justicia cognitiva, cultural e histórica. Esta disputa es, en definitiva, epistémica, que en sí misma es también política y ética.

Palabras clave: Terapias Complementarias. Capacitación de Recursos Humanos en Salud. Instituciones de Enseñanza Superior.

Abstract

The article introduces the status of the disciplines of Integrative and Complementary Practices (ICP) in undergraduate health courses in public Higher Education Institutions (HEI) in Pernambuco. Quantitative, descriptive and cross-sectional study, based on the Epistemologies of the South theory. Data was collected on websites and departments of five HEIs between 2019 and 2020. The 32 disciplines were characterized according to the variables: territory, HEI, health sub-area, sub-theme, format and content, according to the empirical categories of “thematic exclusivity” and “actuality of the offer” in exclusive, shared and suspended. The context reveals an emergent structuring of these disciplines, however, not consolidated, marginal, unstable and heterogeneous. The small supply is concentrated in the state capital, in the courses of Nursing and Medicine, with prevalence of the sub-themes Medicinal Plants and theoretical-conceptual Approach and mainly optional and informative. The supposed lack of space and time for the integration of ICP in the curriculum denotes the “not yet” and tends to boost the struggle of its social actors for greater cognitive, cultural and historical justice. This dispute is epistemic, political and ethical.

Keywords: Complementary Therapies. Health Human Resource Training. Higher Education Institutions.

Introdução

A escolha do nome Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e a sua conceituação estão carregadas de sentidos e significados que sustentam intenções e disputas históricas no campo¹. Essa denominação foi adotada pelo Ministério da Saúde (MS) após debates com diversos atores para construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)² de modo a contemplar, por um lado, reivindicações da classe médica no sentido de incluir a palavra “integrativa” na nomeação da política e, por outro, propiciar o exercício multiprofissional das suas práticas defendido pelo Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde. A ausência da palavra “tradicional” revela a exclusão de saberes e práticas da medicina tradicional do país, considerada uma limitação da PNPIC³. Destarte, ainda que nas publicações internacionais se utilize a expressão Medicina Tradicional Complementar Integrativa (MTCI)⁴, aqui adota-se a nomenclatura presente nos documentos oficiais brasileiros.

Apesar da inexistência de um consenso sobre um conceito de PICS, pode-se entendê-las como um conjunto diversificado de saberes e cuidados em saúde que aglutina diferentes visões sobre a vida presentes nas racionalidades médicas vitalistas e práticas terapêuticas não biomédicas^{1,5,6,7}. Paradigmaticamente, estão mais alinhadas ao vitalismo que compreende o ser humano como um *continuum* energético, do que ao paradigma biomédico que fragmenta o corpo humano em partes como a uma máquina⁸. As PICS tendem a deslocar a proposta de combater doenças e controlar o corpo físico para a de:

estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade⁹ (p.97).

Assim, além de reconhecer a subjetividade e singularidade no processo saúde-doença-cuidado, as PICS também propiciam a produção de outras subjetividades em saúde^{6,9}.

A trajetória das PICS no Brasil é marcada por diversas influências e embates, internacionais, como o incentivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) para sua incorporação aos sistemas de saúde, e no âmbito nacional, a mobilização social para sua inserção no SUS com intuito de garantir a pluralidade terapêutica e fomentar o princípio da integralidade^{3,4,10,11,12,13}.

Recentemente, mesmo diante de um contexto político-econômico desfavorável e de desinvestimento no SUS, as PICS ganharam visibilidade e ampliação pelas Portarias n.849/2017¹⁴ e n.702/2018¹⁵ e somam 29 práticas na PNPIC, enquanto sua demanda, utilização e disseminação têm crescido no mundo⁴, independentemente do “desenvolvimento” dos países⁷. As primeiras experiências de oferta protagonizadas pelos próprios profissionais¹ e sua inserção na agenda política federal contribuíram sobremaneira para o estado atual das PICS no SUS; contudo, são notórios os desafios para o seu fortalecimento institucional, perpassando questões como preconceito, falta de financiamento¹⁶, dificuldades no registro¹⁷, carência de recursos humanos, dentre outras³. Destaca-se como um ponto nevrálgico a formação profissional coerente com os princípios do SUS e da saúde coletiva^{3,5,7,10,12,16,18,19,20,21}.

Luz²¹ (p.13-14), há uma década, sugeriu que a formação em PICS é “o mais forte obstáculo, o mais poderoso impedimento para a expansão [dessas práticas] nos serviços públicos de saúde”, o que continua válido, como apontam documentos do MS^{20,22} e diversos estudos que qualificam os processos formativos em PICS como “heterogêneos, deficientes, limitados”¹⁸ (p.405) e concentrados no setor privado e na pós-graduação¹⁶.

Mesmo que reconhecidos os múltiplos benefícios de uma formação ampliada ainda na graduação em saúde^{10,21,23}, observa-se uma discrepância entre a demanda e oferta das PICS nos serviços e a sua inserção na formação profissional da área¹⁰. Soma-se a lacuna existente na literatura no que tange à distribuição desse ensino nas subáreas da saúde, com estudos que abordam prioritariamente sua presença na Medicina e/ou Enfermagem^{10,11,24,25,26}, em instituições específicas.

Diante desse cenário, este estudo objetiva caracterizar a oferta das disciplinas em PICS nos cursos de graduação em saúde das Instituições de Ensino Superior (IES) públicas do estado de Pernambuco (PE), segundo as categorias de “exclusividade temática” e “atualidade da oferta”, e discuti-la à luz da literatura nacional e internacional no tema e do referencial teórico das Epistemologias do Sul²⁷.

Enquanto hipótese tem-se que o estado dessas disciplinas aproxima-se do que Bloch, filósofo alemão referido por Boaventura de Sousa Santos, denomina como o “ainda não” – entre o nada e o tudo, que aponta para uma pista de futuro em que as experiências possíveis existem enquanto emergência²⁸.

A pesquisa não teve financiamento e não apresenta conflito de interesses.

Uma forma de pensar inscrita num modo ético de fazer | Metodologia

Os percursos teórico, metodológico e ético abordados apresentam interseções e permeabilidade, de maneira que, separadamente, existem apenas em caráter organizacional.

Teoricamente, o estudo está ancorado no referencial das Epistemologias do Sul de Boaventura de Sousa Santos, que busca reconhecer e validar conhecimentos produzidos pelos que sofrem com a injustiça, opressão e dominação causadas pelo colonialismo, capitalismo e patriarcado. Faz-se uma denúncia à invisibilização de saberes e aponta possibilidades dialógicas entre culturas, no sentido de recuperar saberes e práticas que foram subalternizados e marginalizados pela normatividade epistemológica hegemônica^{27,28,29}.

Metodologicamente, é um estudo quantitativo, descritivo e transversal³⁰ sobre a oferta de disciplinas que trabalham com PICS em graduações em saúde. A coleta de dados aconteceu entre abril de 2019 e agosto de 2020, inicialmente por meio do Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Ensino Superior³¹ no qual foram identificadas 9 IES públicas, selecionadas para a análise as 5 que ofertavam cursos de graduação em saúde, com seus respectivos *campi* avançados: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), Instituto Federal de Pernambuco (IFPE), Universidade do Vale do São Francisco (Univasf) e Universidade de Pernambuco (UPE).

Todas as 15 subáreas da saúde presentes nessas IES foram contempladas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

A busca aconteceu por meio de ementas e programas de disciplinas de/com PICS disponíveis nos sites oficiais das IES selecionadas e tais achados foram complementados, quando necessário, com informações das coordenações ou secretarias dos cursos.

Para avaliação da oferta, considerou-se como categorias empíricas de análise a “exclusividade temática” e “atualidade da oferta”, ou seja, as disciplinas podiam ser exclusivas de PICS ou compartilhar esse conteúdo com outras temáticas; ser ofertadas atualmente ou estar

suspensas no período. Justifica-se a manutenção dessas últimas porque sua exclusão produziria invisibilidade dos motivos pelos quais foram interrompidas. Para caracterização das disciplinas, foram definidas, baseadas em Nascimento et al.¹⁰ e adaptadas à realidade pernambucana, as seguintes variáveis: território, IES, subárea da saúde, subtema, formato e conteúdo; observadas segundo àquelas categorias.

A variável “território” diz respeito à distribuição territorial da oferta da disciplina em Pernambuco, ou seja, se estão na capital ou em *campi* do interior. A “IES” contempla todas as instituições públicas que apresentaram disciplinas em PICS, disponíveis ou não no período da coleta. A “subárea da saúde” contempla os cursos de formação superior nas quais as disciplinas estavam inseridas. Note-se que apesar de disciplinas opcionais estarem disponíveis para estudantes de outros cursos, somente a “subárea-mãe” foi considerada.

Entendeu-se por “subtema” aquele contemplado dentro da temática das PICS, ou seja, que se ocupa genericamente do seu âmbito teórico-conceitual ou que aborda uma ou mais PICS específicas dentro da disciplina. A variável “formato” seguiu a classificação das instituições proponentes, podendo ser obrigatório, eletivo ou optativo.

Já a “conteúdo” foi qualificada como informativa, quando a disciplina apresenta caráter teórico-conceitual, e formativa quando habilita para a prática de uma ou mais PICS, incluindo necessariamente carga horária prática. A classificação nessa última variável considerou não apenas a carga horária teórica e/ou prática, mas a(s) relacionou com a descrição da ementa, nome e objetivos da disciplina.

A análise quantitativa descritiva aconteceu a partir da organização e tabulação dos dados em planilhas Excel, estruturados a partir das variáveis para construção de gráficos com frequência absoluta ou relativa, considerando as categorias empíricas para oferta das disciplinas. Apresenta-se uma distribuição territorial delas em mapa de Pernambuco construído a partir do QGIS 3.18.1³², um software livre de geoprocessamento.

eticamente, o estudo se apoia em valores de diversidade, inclusão e justiça, compatíveis com o referencial e presentes na sua concepção, execução e finalização. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca com CAAE: 17284419.7.0000.5240.

Resultados

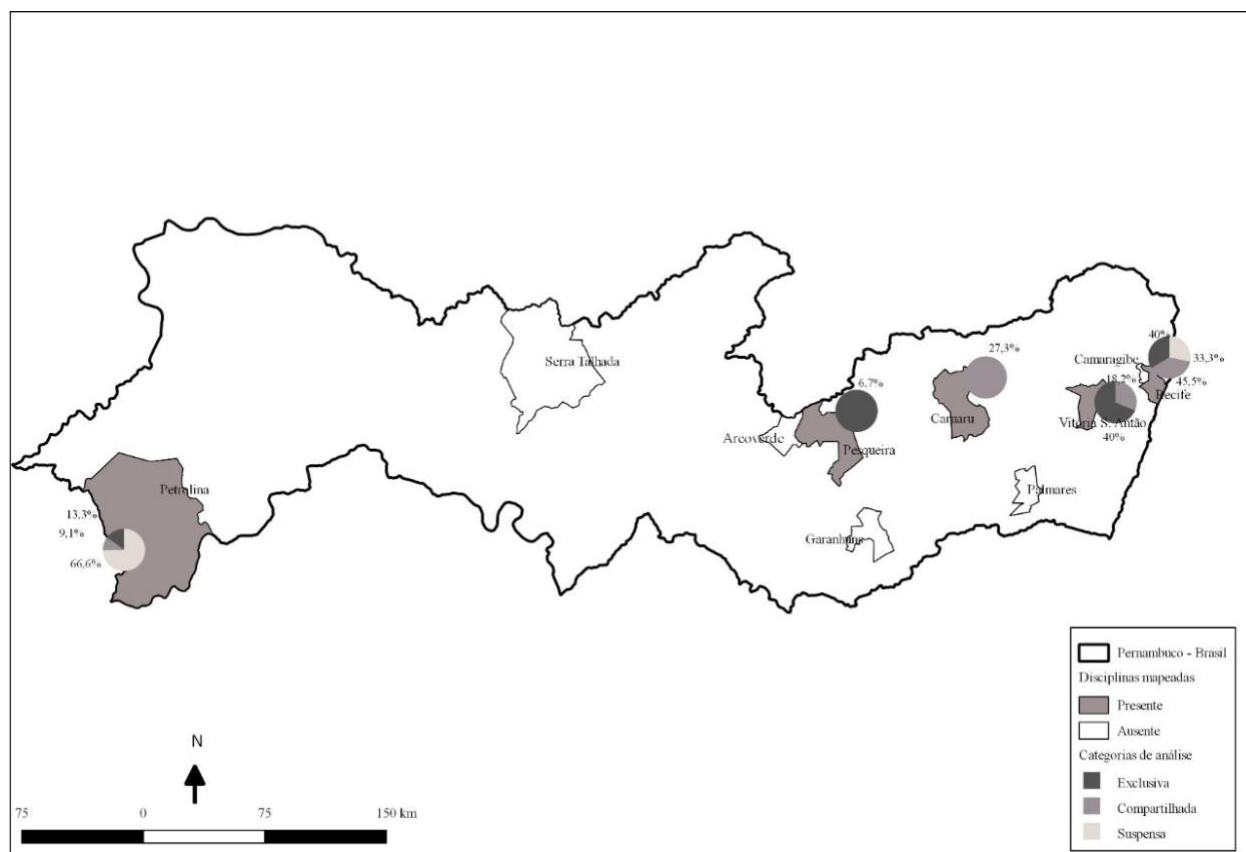
A oferta de disciplinas em PICS nos cursos de graduação em saúde nas IES públicas pernambucanas se mostrou uma realidade instável e heterogênea. Dos 62 cursos inicialmente identificados, o estudo se debruçou sobre os 44 da modalidade bacharelado e, desses, apenas 17 (38,63%) apresentavam 32 disciplinas em PICS, com variação de 1 a 5 por curso. Desse conjunto de disciplinas, a maioria (n=26; 81,25%) estava sendo ofertada no momento da coleta de dados, sendo mais da metade (n= 15; 57,69%) exclusiva de PICS e 42,30% (n=11) compartilhadas com outras temáticas. Os quase 20% (n=6) restante, dentre as 32 disciplinas, teve suspensão da oferta com justificativa única: escassez docente; seja por aposentadoria, alguma licença ou necessidade de cumprir carga-horária nas obrigatórias. Todas as disciplinas suspensas eram eletivas ou optativas e exclusivas de PICS.

[subtítulo] *Distribuição territorial das disciplinas em PICS no estado de Pernambuco*

Numa perspectiva territorial, as 5 IES públicas do estado de Pernambuco com cursos de bacharelado em saúde estão presentes em 15 *campi*, distribuídos em 10 cidades. As 32 disciplinas em PICS mapeadas estavam em 6 desses *campi*, nas cidades de Recife, Vitória de Santo Antão, Caruaru, Pesqueira e Petrolina (Figura 1). Não foram encontrados registros dessas disciplinas em nenhum dos *campi* nas cidades de Camaragibe, Palmares, Garanhuns, Arcoverde e Serra Talhada.

Ao se considerar as disciplinas mapeadas, nota-se que Recife, a capital, concentrava aproximadamente metade (n=13; 40,63%) delas, enquanto o restante (n=19; 59,38%) estava distribuído pelo interior. Isso aconteceu de maneira semelhante com as disciplinas ofertadas (exclusivas e compartilhadas) e pode indicar que, ainda que houvesse uma disseminação dessas disciplinas no interior, elas estavam fortemente centralizadas na capital. Ademais, o percentual de disciplinas suspensas no interior foi o dobro do identificado em Recife.

Figura1- Distribuição territorial das disciplinas em PICS* segundo exclusividade temática e atualidade da oferta por cidade dos *campi* das IES públicas do estado de Pernambuco – Brasil, 2019-2020



Fonte: Elaboração das autoras a partir do QGIS, 2021.

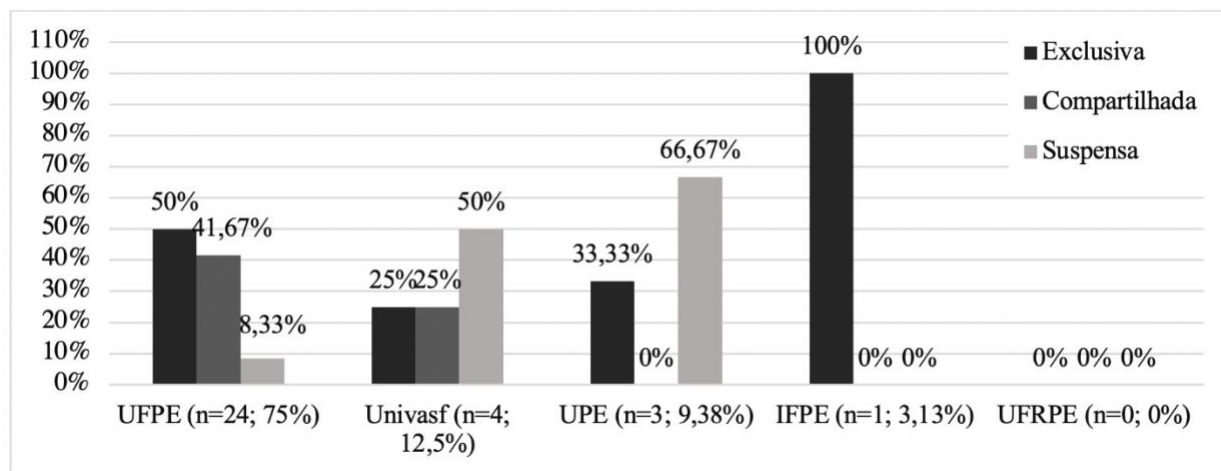
*N:32

[subtítulo] *Caracterização das disciplinas em PICS*

Quanto às IES públicas de Pernambuco (Gráfico 1), observa-se que a UFPE concentrou a maior oferta de disciplinas, sendo metade do tipo exclusiva. Relaciona-se o fato dela ser a segunda universidade mais antiga do estado³³ e ter o maior percentual (40,9%) de cursos de bacharelado em saúde dentre as instituições aqui contempladas, com oferta de todas as subáreas da saúde exceto Medicina Veterinária. Já a Univasf, apesar de ser a de fundação mais recente³³ e ter sua sede no sertão pernambucano, geograficamente a mais distante da capital, ocupou a segunda posição na oferta de disciplinas, ainda que metade delas tenha sido suspensa.

A UPE e o IFPE ofertavam apenas uma disciplina cada, ambas exclusivas de PICS. Na UFRPE, nenhum dos seus três cursos de graduação em saúde (Ciências Biológicas, Educação Física e Medicina Veterinária) registrou disciplinas em PICS.

Gráfico 1- Distribuição de disciplinas em PICS* por IES públicas do estado de Pernambuco - Brasil segundo exclusividade temática e atualidade da oferta, 2019-2020



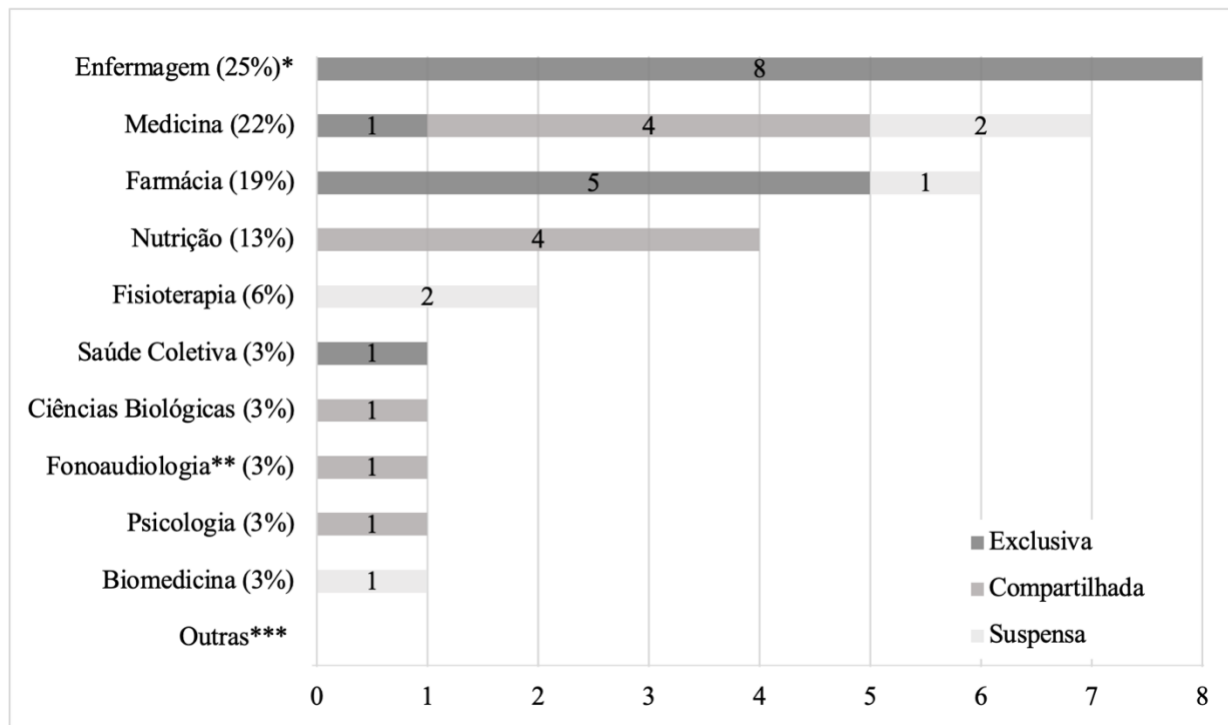
Fonte: Elaboração das autoras, 2021.

*N=32.

A partir do Gráfico 2 registra-se que quatro subáreas da saúde se destacaram na oferta das disciplinas em PICS mapeadas, somando 79% delas: Enfermagem (n=8; 25%), Medicina (n=7; 22%), Farmácia (n=6; 19%) e Nutrição (n=4; 13%). Ressalta-se que na Enfermagem, tem-se o maior número de disciplinas, todas exclusivas de PICS e nenhuma foi suspensa. Medicina e Farmácia, ambas ofertavam 5 cada, sendo que a maioria das de Medicina trabalhavam as PICS de maneira compartilhada com outras temáticas e todas as de Farmácia aconteciam de maneira exclusiva. Apesar de Nutrição ocupar o quarto lugar na oferta, todas as disciplinas eram do tipo compartilhadas.

As subáreas Saúde Coletiva, Ciências Biológicas, Fonoaudiologia e Psicologia ofertavam 1 disciplina cada, sendo que nesse grupo apenas a Saúde Coletiva trabalhava as PICS em disciplina exclusiva. Porém, na Fonoaudiologia, a disciplina era interdepartamental, aberta a todos os cursos da saúde, cuja responsabilidade da oferta migrava a cada semestre entre os diferentes cursos envolvidos. As disciplinas suspensas foram de Medicina e Fisioterapia (n=2 cada), Farmácia e Biomedicina (n=1 cada). Nas subáreas de Medicina Veterinária, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional não foram encontradas disciplinas.

Gráfico 2- Distribuição de disciplinas em PICS por subáreas da saúde segundo exclusividade temática e atualidade da oferta nas IES públicas do estado de Pernambuco - Brasil, 2019-2020



Fonte: Elaboração das autoras, 2021.

*Percentual da subárea nas 32 disciplinas mapeadas.

**A disciplina era interdepartamental, mas no período da pesquisa estava sendo ofertada pelo curso de Fonoaudiologia.

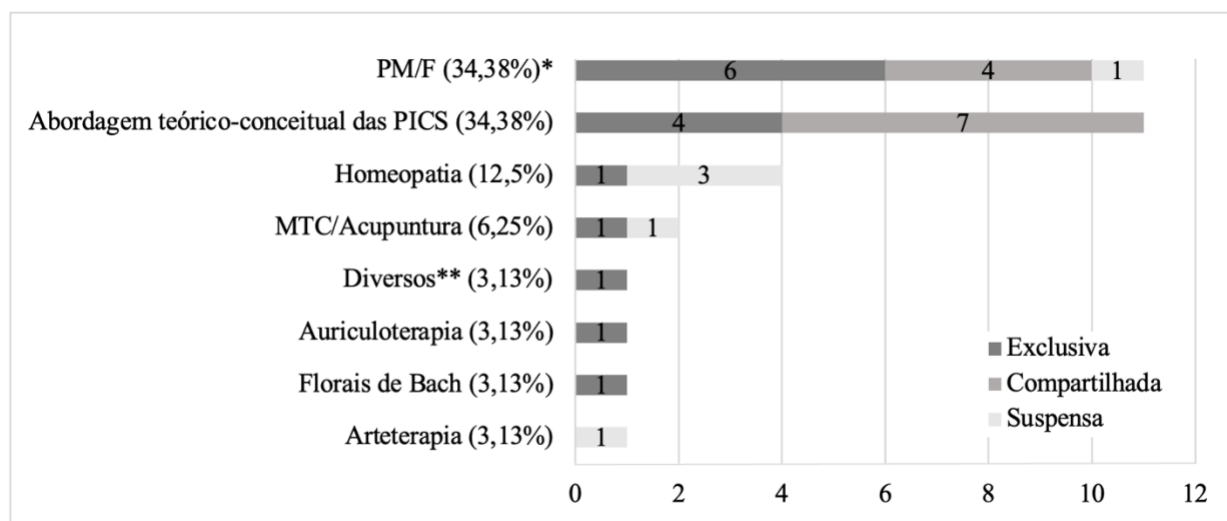
***Outras: Medicina Veterinária, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

No Gráfico 3 observa-se a incontestável prevalência de dois subtemas nas disciplinas mapeadas: Plantas Medicinais/Fitoterapia (PM/F) e Abordagem teórico-conceitual das PICS; juntos, somavam perto de 70% da oferta. Eles diferiam entre si, principalmente, no quesito exclusividade temática, uma vez que no primeiro, a maioria (n=6) era exclusiva de PICS e, no segundo, a maioria (n=7) trabalhava a temática de maneira compartilhada. Eram 5 os subtemas trabalhados de maneira exclusiva, distribuídos cada um em uma única disciplina: Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa (MTC)/Acupuntura, Diversos (Auriculoterapia, PM/F, Shantala, Reiki e Florais de Bach na mesma disciplina), Auriculoterapia e Florais de Bach. Das 6 disciplinas suspensas, o subtema Homeopatia respondia por metade delas, sendo as demais em PM/F, MTC/Acupuntura e Arteterapia.

Ao fazer o cruzamento entre subáreas da saúde X subtemas, percebeu-se que nas três subáreas com maior oferta de disciplinas, o subtema mais frequente era o de PM/F. A Enfermagem

apresentava maior variedade deles, o que se pode atribuir ao maior número de disciplinas e também pela oferta da que aborda diversas PICS. O subtema Abordagem teórico-conceitual das PICS estava presente em todas as subáreas da saúde que apresentavam oferta de disciplinas em PICS.

Gráfico 3- Distribuição de disciplinas em PICS por subtemas segundo exclusividade temática e atualidade da oferta nas IES públicas do estado de Pernambuco - Brasil, 2019-2020



Fonte: Elaboração das autoras, 2021.

*Percentual de subtemas nas 32 disciplinas mapeadas.

**Diversos: Auriculoterapia, PM/F, Shantala, Reiki e Florais de Bach.

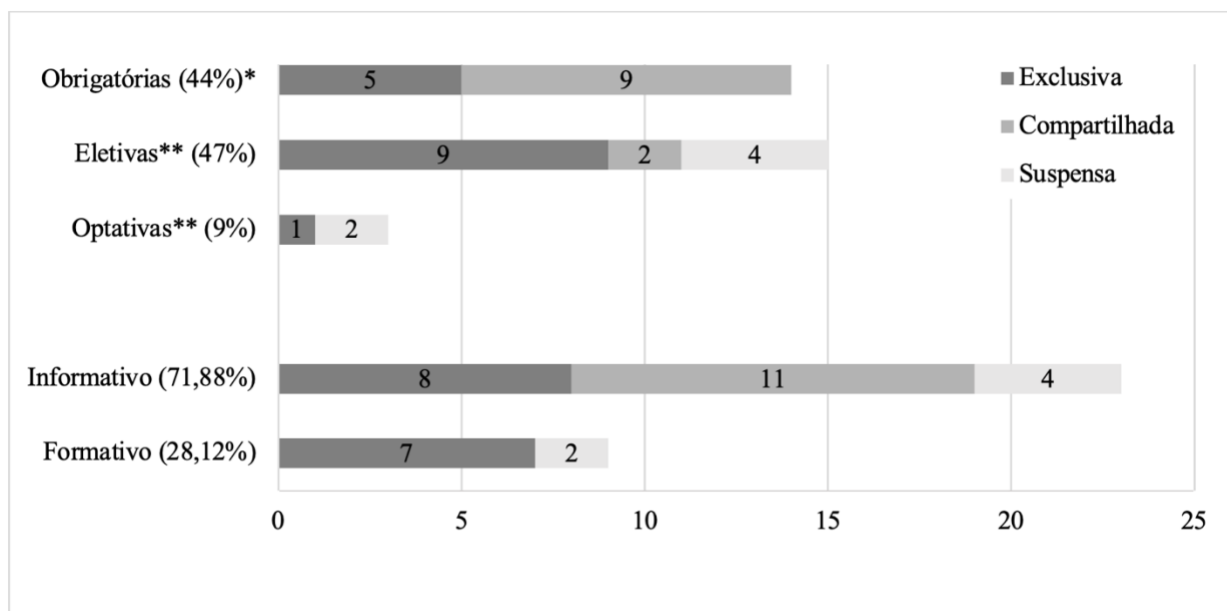
Legenda: PM/F: Plantas Medicinais/Fitoterapia, MTC: Medicina Tradicional Chinesa.

O Gráfico 4 mostra a distribuição de disciplinas em PICS quanto ao formato e conteúdo, segundo as categorias de análise. Quanto ao formato, mais da metade (56%) das disciplinas eram opcionais, o que envolve as eletivas (n=15) e optativas (n=3). Todas as 6 disciplinas suspensas eram desse formato, revelando fragilidades em sua permanência. Dessa maneira, pouco mais da metade das disciplinas ofertadas eram obrigatórias (n=14) e, dessas, a maioria (n=9; 64,28%) trabalhava as PICS de maneira compartilhada com outras temáticas. É bastante significativo que das disciplinas exclusivas de PICS ofertadas no momento da coleta a maioria delas (n=10; 66,66%) tenha sido opcional.

Ainda no Gráfico 4, quanto ao conteúdo, predominou o caráter informativo, uma vez que 71,88% (n=23) das disciplinas não habilitavam para a prática. Esse percentual aumenta para 73,07% (n=19) ao considerar apenas as 26 disciplinas ofertadas. Verifica-se ainda que todas as disciplinas com conteúdo formativo, ofertadas ou suspensas, trabalhavam as PICS de maneira

exclusiva, enquanto as de caráter informativo tendiam a compartilhar diferentes temáticas em saúde. Por fim, mesmo entre as exclusivas ofertadas, a maioria apresentava conteúdo informativo.

Gráfico 4- Distribuição de disciplinas em PICS por formato e conteúdo segundo exclusividade temática e atualidade da oferta nas IES públicas do estado de Pernambuco - Brasil, 2019-2020



Fonte: Elaboração das autoras, 2021.

*Percentual de acordo com as 32 disciplinas mapeadas.

** As disciplinas eletivas e optativas (não obrigatórias) receberam a classificação de acordo com as suas instituições proponentes.

Discussão

Adotou-se uma perspectiva de conexão e diálogo entre o local e o global, com valorização de interfaces e particularidades.

[subtítulo] *Oferta emergente, acessória e instável*

A situação geral das disciplinas em PICS no referido contexto revela uma estruturação emergente²⁹, porém, não consolidada e predominantemente marginal e instável. A oferta, diminuta, acontece de maneira concentrada na capital do estado, principalmente nas subáreas de Enfermagem e Medicina com prevalência dos subtemas Plantas Medicinas/Fitoterapia e Abordagem teórico-conceitual das PICS, sendo a maioria opcional e informativa.

A partir das categorias empíricas de análise foi possível ampliar a reflexão acerca das maneiras de inserção das disciplinas. Perceber a prevalência das “exclusivas” ou “compartilhadas” e das “suspensas” (todas exclusivas) trouxe a necessidade de questionar sobre a institucionalização e sustentabilidade do ensino de PICS nas graduações em saúde. Até que ponto as disciplinas exclusivas de PICS são um retrato do que se quer? Como é possível enfrentar a carência de professores com formação na área para garantir a possibilidade de inclusão dessas abordagens? E ainda, o que essa escassez revela?

Mesmo tendo o Brasil conseguido cumprir tanto o chamamento da OMS quanto demandas da classe médica, de outras categorias profissionais da saúde e da sociedade civil com a publicação da PNPIC em 2006 e ampliar a oferta de PICS no SUS (presente em 77% dos municípios do país); a formação de profissionais de saúde nessa área permanece sendo um importante desafio a ser enfrentado^{3,10,16,18,34}.

A PNPIC, enquanto diretriz para qualificação profissional, tem na educação permanente sua principal estratégia² e apesar de experiências^{22,35} interessantes, pouco contribuem para a modificação do cenário específico deste estudo, permanecendo as universidades sem um direcionamento formal na área. Isso porque, destinada aos trabalhadores já em atuação no SUS, não substituem o ensino ainda na graduação - considerada aqui o momento mais oportuno para a formação de futuros profissionais, o que é corroborado por outros estudos, inclusive internacionais^{36,37}.

No momento de promulgação da PNPIC se observou uma macropolítica favorável de interface ativa com o cenário local, quando Humberto Costa (ex-secretário de saúde do Recife), então ministro da saúde, foi considerado um ator fundamental para alavancar as PICS no MS. Contudo, as resistências na legitimação da PNPIC ficam evidentes quando, ao contrário das outras políticas nacionais, percebe-se que a de PICS seja talvez a única da saúde sem financiamento próprio^{3,17}, o que reverbera na sua baixa institucionalização. Ademais, recentemente, a Coordenação Nacional de PICS do MS sofreu uma mudança arbitrária, que resultou em mobilização de atores sociais envolvidos na área³⁸. Essa instabilidade fragiliza o movimento de consolidação das PICS, e pode comprometer as expectativas de diálogo entre os setores da saúde e da educação para fortalecer a formação profissional na área.

Para fazer tal enfrentamento é necessário que estados e municípios tenham suas próprias legislações que possibilitem angariar recursos e regulamentar as ações^{18,22}. Nesse sentido, a política de PICS de PE foi publicada no fim de 2020³⁹ e a de Recife foi implantada desde 2004⁴⁰ sendo oficializada em 2012⁴¹ na rede de saúde; porém, não se identifica nesses documentos uma investidora mais arrojada no quesito formação.

Ainda assim, é preciso ressaltar que Recife revela uma trajetória *sui generis* nessa área, com a implantação de um serviço especializado de PICS em 2004 e, posteriormente, a criação de Núcleos de Apoio às PICS^{3,40,42}, homólogos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁴³. Merece destaque também a parceria desde 2012 entre o Serviço Integrado de Saúde e a UFPE. Esse serviço, do SUS, oferta PICS para população e faz parte da formação de estudantes da Universidade⁴⁴.

No cenário internacional, a realidade dos Estados Unidos da América, ainda que com especificidades relevantes em relação à experiência brasileira, aponta que o enfrentamento do desafio de ampliar a formação profissional na área^{45,46} foi possível através de investimento nos currículos universitários em saúde por meio de políticas indutoras com financiamento às IES para fomentar o ensino e a pesquisa em PICS. Isso incluiu discussões coletivas acerca da definição tanto de prioridades quanto de estratégias de qualificação de docentes para tal^{23,45,46,47}.

Neste estudo, fica evidente que o alcance das disciplinas em PICS é ainda pequeno na sua distribuição territorial, mas ainda menor quando se compara os *campi* da capital e interior. Pouco discutida na literatura que aborda as PICS²⁴, todavia, parece importante pensar essa questão, no mínimo, sob dois aspectos. O primeiro, dada a importância do ensino superior interiorizado, representa a possibilidade de acesso à educação na sua dimensão mais basilar. Para Amorim⁴⁸, a interiorização é uma verdadeira conquista de território. A expansão das IES alcançando a população interiorana, marcadamente impulsionada pelo governo Lula em 2003, representa um avanço contra a histórica concentração nas capitais, regiões metropolitanas e grandes centros⁴⁹.

O segundo, é pensar para além da linha abissal²⁸. O pensamento abissal é fundante da produção de invisibilidade, sendo a realidade social cortada por “este” e pelo “outro” lado da linha. O “outro lado” é produzido como inexistente, ou seja, não existe como relevante. Se a justiça social global é intrínseca à justiça cognitiva global²⁸, a luta pela ampliação e expansão do ensino superior e a legitimação das PICS, inclusive em áreas remotas, não devem estar desconectadas. Do

contrário, produz-se uma invisibilização e apagamento que se sobrepõem e pressionam as PICS para um plano acessório e secundário.

“Desepistemologizar”, ou seja, retirar o ensino superior em saúde do positivismo biomédico exclusivo⁷, é uma demanda e também uma tendência social, expressa pelo crescimento de medicinas e terapêuticas não convencionais em diversas subáreas do campo da saúde, no país e no mundo. Os achados apontam uma maior concentração de disciplinas de PICS na Enfermagem, Medicina e Farmácia, o que corrobora com outros estudos^{10,11,24,25}. A Enfermagem foi a profissão que primeiro reconheceu as terapias complementares como prática²⁵, o que se pode considerar um indutor para a inserção do tema na formação.

No caso da Nutrição, um estudo realizado no estado do Rio de Janeiro não encontrou disciplinas em PICS¹⁰, diferente deste no qual essa subárea ficou em quarto lugar, ainda que apenas com disciplinas “compartilhadas”. A recente atualização da regulamentação dessas práticas⁵⁰ pelo Conselho Federal de Nutricionistas pode contribuir para uma inserção mais expressiva no futuro. Assim como a PNPIC² propõe as PICS de maneira multiprofissional no cuidado à saúde e reforça a contribuição do NASF¹⁶, na educação é preciso que a diversidade de cursos seja contemplada como parte estratégica para enfrentamento do desafio de ampliação quantitativa e paradigmática desse ensino⁵¹.

A biomedicina, na perspectiva de Boaventura de Sousa Santos, pode ser considerada parte do colonialismo cognitivo. O autor propõe a ecologia de saberes²⁹ em oposição a monocultura do saber, ou seja, a validação de outras formas de conhecimentos que são úteis para os seus contextos, pois não há uma única forma de experimentação do mundo. A situação que se apresentou revela um predomínio do ensino de Plantas Medicinais/Fitoterapia (PM/F) e, de maneira mais genérica, da Abordagem teórico-conceitual das PICS, enquanto subtemas.

Há muito a se avançar nessa diversificação, inclusive porque as subáreas com maior oferta de disciplina têm esse mesmo subtema sendo mais trabalhado. A questão cultural¹⁶ de utilização de plantas como remédio e alimento, o incentivo desde 2006 com a política de PM/F e a própria biodiversidade brasileira⁵² podem ter contribuído. O trabalho de Barreto⁵³ discute ensino de PM/F nas IES federais e, diferentemente do resultado deste, é a Farmácia que oferta maior número de disciplinas nesse subtema. Feitosa et al.⁵⁴ defendem que introduzir a temática nos currículos pode contribuir para maior segurança na atuação profissional, dado o crescente o uso pela população¹⁶.

Outros estudos sobre maneiras de inserção dessas disciplinas nas grades curriculares abordam o formato e conteúdo^{10,24,55}. Neste, percebe-se também o predomínio de disciplinas opcionais e informativas, dependentes do engajamento discente para acessá-las. A experiência de Cuba^{56,57,58} pode contribuir na reflexão desse aspecto, quando, primeiro, defende a valorização e integração dessas outras abordagens ao longo dos currículos e, segundo, ao promover a transversalidade e interdisciplinaridade de maneira paulatina e progressiva às horas obrigatórias. A inserção de disciplinas “exclusivas” ou mesmo “compartilhadas” opcionais, pode não garantir a sustentabilidade e a interdisciplinaridade desejadas. Nas “compartilhadas” as PICS entram, majoritariamente, na discussão da grande área da saúde coletiva; como proposta política ou abordagem epistêmica diferenciada.

A carência de docentes marcadamente expressa nesses resultados aparece em outros, nacionais^{24,26,53,56} e internacionais^{45,46,47,56}. Assim como no SUS o protagonismo para impulsionar a inserção das PICS foi dos profissionais^{1,3,12} nas IES públicas tem sido dos professores^{51,55} principalmente daqueles com uso anterior de PICS. Dessa forma, as experiências possíveis estão, majoritariamente, vinculadas às pessoas e não às instituições, assumindo um caráter flutuante e transitório, que não responde à proposta de efetiva contribuição das PICS ao cuidado ampliado no SUS.

A escassez docente e, conseqüentemente, de disciplinas em PICS, pode expressar resistências institucionais para o seu avanço no espaço acadêmico, onde a hegemonia paradigmática tende a ser mais acentuada. Nesse cenário, as Epistemologias do Sul²⁷ são pertinentes para pensar a formação em PICS, porque revelam o cruzamento do capitalismo e do patriarcado com a manutenção do colonialismo epistêmico e de sua continuidade como elemento de dominação do pensar e agir em saúde.

As universidades públicas têm o compromisso de formar para o SUS, enquanto as instituições privadas de ensino tendem a estar mais engajadas com uma prática em saúde mercantilizada. Se a formação em PICS não ocorre na graduação nas IES públicas, há uma demanda que vira mercadoria notadamente absorvida pelo setor privado, principalmente na pós-graduação, o que implica numa formação que pode ter caráter intervencionista e curativo, minimizando ou mesmo desconsiderando a epistemologia orientadora das PICS como também prioridades do SUS e da saúde coletiva^{18,19}.

O presente estudo contribuiu para revelar a situação de um território específico de maneira abrangente, com todas as IES públicas, porém, dentre suas limitações não abordou as instituições privadas e a pós-graduação, ainda que estudos^{16,18} apontem a expansão da formação nesse sentido. Também não incorporou em suas variáveis o período de oferta dentro da grade curricular, o que contribuiria numa avaliação de transversalidade. Sugere-se ainda que novos estudos possam aprofundar em outras regiões para viabilizar um desenho nacional com suas peculiaridades, apontando vazios no ensino e polos de concentração de oferta. No caso de Pernambuco essa realidade está, apesar de emergindo, ainda não consolidada.

O “ainda não” é a inserção excludente | Considerações finais

A situação do ensino e formação em PICS nas IES públicas pernambucanas no período estudado, apesar de corroborar com achados anteriores da literatura, apresenta singularidades, e foi importante para refletir a interface entre a educação e a saúde num contexto ampliado. A necessidade de um olhar atento sobre, especialmente no momento das graduações em saúde, e que compreenda a complexidade dessa tarefa, pareceu evidente.

Tampouco, é ingênuo pensar que a inserção, *per si*, basta – é oportuno refletir as formas de fazê-la concomitantemente, e considerar a presença ou não de integração, transversalidade e interdisciplinaridade. Incluir as PICS nos currículos, tão somente, pareceu não apenas insuficiente, mas uma forma de conservação de estruturas excludentes.

Entende-se que a questão epistemológica é também política e ética. Não se pode pensar o cenário visualizado deslocado de interesses abrangentes no campo da saúde -que perpassam questões econômicas, corporativistas, culturais e paradigmáticas- e contribuem para a inscrição das PICS até então à um não-lugar no mundo acadêmico. A suposta falta de espaço e tempo para integração efetiva das PICS aos currículos de graduação em saúde concorre para uma inserção tímida, o “ainda não”, e para uma crescente luta de seus atores sociais por justiça cognitiva, cultural e histórica.

Essa disputa é, em suma, uma disputa epistêmica. Reivindicar a validade de outras formas de conhecimento significa colocar em questão a hegemonia do saber biomédico e sua colonização das instituições de ensino e cuidado em saúde. Nos espaços periféricos, marginais e acessórios,

portanto, invisíveis, já não cabem as PICS. Parece imprescindível refletir então o papel da academia, da produção do conhecimento e da emancipação social comprometidas com uma outra proposta de relação com o corpo, com as pessoas, com a natureza e que orientam para outra concepção da saúde e da própria vida.

Referências

1. Sousa IMC. *Medicinas tradicionais alternativas e complementares e sua estruturação na atenção primária: uma reflexão sobre o cuidado e sua avaliação* [tese]. Rio de Janeiro: ENSP; 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS*. Brasília: MS, 2006.
3. Silva GKF, Sousa IMC, Cabral MEGS, Bezerra AFB, Guimarães MBL. Política nacional de práticas integrativas e complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. *Physis* 2020; 30(1):e300110.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Estratégia de la OMS sobre Medicina Tradicional (2014-2023)*. Genebra: OMS; 2013.
5. Aguiar J, Kanan LA, Masiero AV. Práticas integrativas e complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saude Debate* 2019; 43(123):1205-1218.
6. Nascimento MC, Barros NF, Nogueira MI, Luz MT. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Cienc Saude Colet* 2013; 18(12):3595-3604.
7. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad Saude Publica* 2009; 25(8):1732-1742.
8. Luz MT. *Natural, racional, social: Razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde*. Brasília: MS; 2018.
10. Nascimento MC, Romano VF, Chazan ACS, Quaresma CH. Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. *Trab Educ Saude* 2018; 16(2):751-772.
11. Salles LF, Homo RFB, Silva MJP. Situação do ensino das práticas integrativas e complementares nos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina. *Cogitare Enferm* 2014; 19(4):741-746.
12. Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, Santos FAZ, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saude Publica* 2012; 28(11):2143-2154.
13. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica* 2008; 42(5):914-920.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 849, de 27 de março de 2017. *Diário Oficial da União* 2017; 28 mar.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 702, de 21 de março de 2018. *Diário Oficial da União* 2018; 22 mar.
16. Habimorad PHL, Catarucci FM, Bruno VHT, Silva IB, Fernandes VC, Demarzo MMP, Spagnuolo RS, Patricio KP. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Cienc Saude Colet* 2020; 25(2):395-405.
17. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. *Saude Debate* 2018; 42(número especial 1):174-188.
18. Silva PHB, Barros LCN, Barros NF, Teixeira RAG, Oliveira ESF. Formação profissional em práticas integrativas e complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da atenção primária à saúde. *Cienc Saude Colet* 2021; 26(2):399-408.
19. Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trab Educ Saude* 2012; 9(3):361-378.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório de gestão 2006-2010: práticas integrativas e complementares no SUS*. Brasília: MS; 2011.
21. Barros NF, Siegel P, Otani MAP, organizadores. *O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções*. São Paulo: Hucitec; 2011.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Livreto 7: Formação em práticas integrativas e complementares em saúde – Guia de práticas integrativas e complementares em saúde para os gestores do SUS [versão preliminar]*. 2020.
23. Pearson NJ, Chesney MA. The CAM education Program of the National Center for Complementary and Alternative Medicine: an overview. *Acad Med* 2007; 82(10):939-945.
24. Albuquerque LVC, Lima JWO, Silva ABG, Correia ICM, Maia LROG, Bessa MC, Bessa OAAC. Complementary and alternative medicine teaching: evaluation of the teaching-learning process of integrative practices in brazilian medical schools. *Rev Bras Educ Med* 2019; 43(4):109-116.
25. Salles LF, Homo, RFB, Silva MJP. Práticas integrativas e complementares: situação do seu ensino na graduação de enfermagem no Brasil. *Rev. Saude* 2014; 8(3-4):37-44.
26. Barros NF, Tovey P. O ensino das terapias alternativas e complementares em escolas de enfermagem. *Rev Gaucha Enferm* 2007; 28(2):207-214.
27. Sousa Santos B, Meneses MP. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2014.
28. Sousa Santos B. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos CEBRAP* 2007; 79(1):71-94.
29. Sousa Santos B. A sociologia das ausências e a sociologia das emergências: para uma ecologia de saberes. In: Sousa Santos B. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. São Paulo: Boitempo, 2007. p.17-50.
30. Fonseca JJS. *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

31. Brasil. Ministério da Educação. *Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior*. [acessado 2019 Abr 2] Disponível em: <https://emec.mec.gov.br/>
32. QGIS: Um sistema de informação geográfica livre e aberto. [acessado 2021 Mar 29] Disponível em: https://qgis.org/pt_BR/site/
33. Brasil. Ministério da Educação. *Criação de Universidades: Linha do Tempo*. [acessado 2021 Abr 2] Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/linhatempo-ifes.pdf>
34. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório de monitoramento nacional de práticas integrativas e complementares em saúde nos sistemas de informação em saúde*. 2020.
35. Tesser CD, Santos MC, Silva EDC, Moré AOO, Pelachini FFT, Botelho LJ. Capacitação em auriculoterapia para profissionais do SUS de 2016-2017. *REVISE -Rev Integ Inov Tec Cienc Saude* 2020; 5(fluxocontinuo):1-18.
36. Liu MA, Huynh NT, Broukhim M, Cheung DH, Schuster TL, Najm W. Determining the attitudes and use of complementary, alternative, and integrative medicine among undergraduates. *J Altern Complement Med* 2014; 20(9):718–726.
37. Chlan L, Hálcon L. Developing an integrated baccalaureate nursing education program infusing complementary/alternative therapies into critical care curricula. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2003; 15(3):373-379.
38. Rede Nacional de Atores Sociais em PICS (RedePICS Brasil). *Carta Aberta em defesa das PICS no SUS*. 18 fev 2021. [acessado 2021 Mar 13] Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/02/Carta-Aberta-RedePICS-Brasil-.pdf>
39. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria n.519, de 21 de dezembro de 2020. *Diário Oficial do Estado de Pernambuco* 2020; 22 dez.
40. Santos FAS, Sousa IMC, Gurgel IGD; Bezerra AFB; Barros NF. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. *Rev Saude Publ* 2011; 45(6):1154-1159.
41. Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 122, de 6 de julho de 2012. *Diário Oficial da Prefeitura do Recife* 2012; 13 set.
42. Almeida RCC. *Práticas Integrativas e complementares e o modelo de defesa da vida: análise das novas políticas do SUS no Recife no período de 2009 a 2011* [dissertação]. Recife: UFPE; 2012.
43. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família* (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Brasília: MS; 2014.
44. Prefeitura do Recife (PCR). Secretaria de Saúde. *PCR reafirma parceria com UFPE para oferta de práticas integrativas*. 10 out. 2019. [acessado 2021 Abr 3] Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/node/290034>
45. Bailey ML, Chudgar SM, Engle DL, Moon SD, Grochowski CO, Clay AS. The impact of a mandatory immersion curriculum in integrative medicine for graduating medical students. *Explore (NY)* 2015; 11(5):394–400.

46. Sierpina V, Bulik R, Baldwin C, Frenkel M, Gerik S, Walters D, Frye A. Creating sustainable curricular change: lessons learned from an alternative therapies educational initiative. *Acad Med* 2007; 82(4):341–350.
47. Lee MY, Benn R, Wimsatt L, Cornman J, Hedgecock J, Gerik S, Zeller J, Kreitzer MJ, Allweiss P, Finklestein C, Haramati A. Integrating complementary and alternative medicine instruction into health professions education: organizational and instructional strategies. *Acad Med* 2007; 82(10):939–945.
48. Amorim CC. O uso do território brasileiro e as instituições de ensino superior [tese]. São Paulo: USP; 2010.
49. Máximo R. Efeitos territoriais de políticas educacionais: a recente expansão e interiorização do ensino federal em cidades não metropolitanas no Ceará. *Rev Bras Gest Urbana* 2020; 12:e20190080.
50. Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). *CFN publica três novas resoluções sobre PICS*. 27 jan 21 [acessado 2021 Fev 2] Disponível em: <https://www.cfn.org.br/index.php/noticias/cfn-publica-tres-novas-resolucoes-sobre-pics/>
51. Gomes DRGM, Almeida AMB, Pessôa CKL, Porto CMV, França LC. A inclusão das terapias integrativas e complementares na formação dos acadêmicos da saúde. *Sanare* 2017; 16(Supl.1):74-81.
52. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos*. Brasília: MS; 2006.
53. Barreto BB. *Fitoterapia como conteúdo nos cursos de graduação da área da saúde: importância para a formação profissional* [tese]. Brasília: UnB; 2015.
54. Feitosa MHA, Soares LL, Borges GA, Andrade MM, Costa SM. Inserção do conteúdo fitoterapia em cursos da área de saúde. *Rev Bras Educ Med* 2016; 40(2):197-203.
55. Cruz LR. *Ensino das práticas integrativas e complementares na graduação em medicina no Brasil: um olhar sobre a UFBA* [TCC]. Bahia: UFBA; 2018.
56. Appelbaum D, Kligler B, Barrett B, Frenkel MA. Natural and traditional medicine in Cuba: lessons for U.S.medical education. *Acad Med* 2007; 81(12):1098-1103.
57. Pérez MAT. Modelo teórico de evaluación de la estrategia curricular de medicina natural y tradicional de la carrera de medicina. *Educ Med Super* 2018; 32(3):94-105.
58. Castro Martínez J, Mederos Luís II, García González A. Integración de contenidos de medicina natural y tradicional desde una perspectiva interdisciplinaria. *EDUMECENTRO* 2016; 8(Suppl1):87-93.

5.3 ARTIGO 3: A EXPERIÊNCIA DOCENTE NO ENSINO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR

Experience of teachers in teaching integrative and complementary practices in higher education institutions

Gabriella Carrilho Lins de Andrade¹⁴
Denise Cavalcante de Barros¹⁵
Marilene Cabral do Nascimento¹⁶

Versão preliminar do artigo.

Resumo

O objetivo deste artigo é analisar a experiência de docentes envolvidos com o ensino e formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nos cursos de graduação em saúde nas Instituições de Ensino Superior (IES) públicas pernambucanas. Estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, com entrevistas semiestruturadas a sete docentes de 10 disciplinas em PICS de três *campi* de duas universidades públicas, transcritas e analisadas a partir da análise de conteúdo temática com o aporte teórico das Epistemologias do Sul. Três categorias emergiram: produção de silêncios, espaços de possíveis e legitimação de plurais. A primeira explicita o paradigma biomédico enquanto produtor de silenciamento e sua expressão na lógica institucional das graduações em saúde. A segunda revela os fluxos de proatividade que criam possibilidades no espaço presente e aproximam o futuro com o que se tem. A terceira apresenta a proposição de reconhecimento e valorização da diversidade epistêmica enquanto projeto legítimo e legal de ampliação da compreensão da vida, da saúde e do cuidado. A identificação das disciplinas de saúde coletiva como um dos espaços possíveis para fazer adentrar as PICS nas graduações em saúde, a possibilidade de outros espaços curriculares para o diálogo de diferentes saberes e práticas, e o reconhecimento da graduação enquanto momento oportuno para a construção da diversidade epistêmica no cuidado carecem de políticas de Estado indutoras com diretrizes concretas que permitam o Brasil avançar no ensino das PICS, a exemplo de experiências internacionais.

¹⁴ Gabriella Carrilho Lins de Andrade (andrade.gabriella@gmail.com) é nutricionista; Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); Doutoranda em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz.

¹⁵ Denise Cavalcante de Barros (barrosdc@ensp.fiocruz.br) é nutricionista; Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); Tecnologista em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz.

¹⁶ Marilene Cabral do Nascimento (mnascimento3@gmail.com) é cientista social; Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Professora associada no Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense (UFF); coordenadora do Grupo Temático Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT RM-PIC Abrasco).

Palavras-chave: Terapias Complementares. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Instituições de Ensino Superior. Saúde Pública.

Abstract

The aim of this article is to analyze the experience of teachers involved with teaching and training in Integrative and Complementary Health Practices (IPHPs) in undergraduate courses in health in public Higher Education Institutions (HEIs) in Pernambuco. This is a descriptive, exploratory study of qualitative approach, with semi-structured interviews with seven teachers of 10 disciplines in IPHPs from three campuses of two public universities, transcribed and analyzed based on thematic content analysis with the theoretical contribution of the Epistemologies of the South. Three categories emerged: production of silences, spaces of possibilities and legitimation of pluralities. The first one makes explicit the biomedical paradigm as a producer of silencing and its expression in the institutional logic of health graduations. The second reveals the flows of proactivity that create possibilities in the present space and approximate the future with what we have. The third presents the proposal of recognition and valorization of epistemic diversity as a legitimate and legal project to expand the understanding of life, health, and care. The identification of collective health disciplines as one of the possible spaces to introduce the PICS in health graduations, the possibility of other curricular spaces for the dialogue of different knowledge and practices, and the recognition of graduation as an opportune moment for the construction of epistemic diversity in care, lack State policies that induce concrete guidelines that allow Brazil to advance in the teaching of PICS, following the example of international experiences.

Keywords: Complementary Therapies. Health Human Resource Training. Higher Education Institutions. Public Health.

Introdução

A escassez de formação de recursos humanos para fazer adentrar as práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) enquanto possibilidades de cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido apontada na literatura há algum tempo como um desafio de grande importância para implementação de tais práticas no serviço público (Silva et al., 2021; Silva et al., 2020; Habimorad et al., 2020; Teixeira e Lin, 2013; Azevedo e Pelicioni, 2012; Barros, Siegel e Otani, 2011; Brasil, 2011; Sousa et al., 2012; Tesser, 2009). A inclusão paulatina tem acontecido, dentre outros motivos, pela “ausência de formação de profissionais qualificados para realizá-las” (Azevedo e Pelicioni, 2012:364) a despeito do relativo avanço quando da disseminação e maior visibilidade da oferta de serviços, no âmbito federal não se encontram mudanças concretas no que tange a formação profissional e nas práticas há muito hegemônicas na saúde (Silva et al., 2020).

No entanto, sabe-se que uma aproximação dos profissionais às diversas modalidades de PICS ainda no processo formativo, de maneira que aborde outras racionalidades em saúde, pode favorecer a relação entre profissional-usuário pela capacidade de ofertar uma atenção mais

sensível, integral e resolutiva, inclusive de forma que garanta o direito de escolha do usuário enquanto um princípio ético e de cidadania (Nascimento et al., 2018; Broom e Adams, 2013; Pearson e Chesney, 2007).

É porque “não se observa uma correlação linear entre a demanda e oferta de serviços e a de ensino, regidas por lógicas distintas, ainda que com pontos de contato e de influência mútua” (Nascimento et al., 2018:12) que se entende o presente artigo como oportunidade de contribuir para reflexão sobre o ensino em PICS. Ao considerar esse contexto, o estudo se organiza e apresenta como objetivo analisar a experiência de docentes envolvidos com o ensino e formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nos cursos de graduação em saúde nas instituições de ensino superior (IES) públicas pernambucanas.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa (Minayo e Sanches, 1993) e se configura como resultado parcial de uma Tese de Doutorado em Saúde Pública.

Para identificação das professoras(es) a serem convidadas(os) para participar da pesquisa, procedeu-se uma etapa anterior de busca das instituições de ensino superior (IES) públicas pernambucanas por meio de consulta ao Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior (Cadastro e-MEC), sendo possível identificar nas nove IES, 44 cursos de graduação em saúde ofertados na modalidade bacharelado, de todas as 15 subáreas. Posteriormente, nos sites das instituições procurou-se as ementas e programas de disciplinas com PICS para realização do mapeamento e caracterização das mesmas (Artigo 1).

Das 32 disciplinas mapeadas, foram escolhidas 15 que cumpriam aos critérios de inclusão para escolha das(os) docentes coordenadoras(es), quais foram: garantir maior diversidade de subáreas e subtemas, ofertar disciplina obrigatória, coordenar disciplina com maior carga horária total, ofertar a disciplina com maior carga horária prática e coordenar disciplina com caráter formativo. O critério de exclusão estabelecido foi que seria excluído aquelas(es) que mesmo obedecendo aos critérios de inclusão, não consentissem livremente em participar da pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e das duas IES coparticipantes.

Das 15 disciplinas escolhidas, três não estavam com oferta atual e duas não retornaram com resposta ao contato feito, sendo 10 o número final de disciplinas contempladas, de três *campi* de duas universidades públicas. As entrevistas foram agendadas previamente por e-mail ou contato telefônico e, dado o contexto pandêmico no qual o campo veio a se desenvolver, todas se deram no formato remoto, por meio da utilização das plataformas Zoom ou Google Meet, à escolha da pessoa entrevistada. As entrevistas realizadas foram direcionadas por um roteiro anteriormente elaborado, sendo do tipo semiestruturadas (Boni e Quaresma, 2005) e em profundidade (Duarte, 2006), o que garantiu flexibilidade na resposta e buscava compreender as experiências e percepções das(os) docentes no ensino de PICS.

Como havia docentes coordenadoras(es) de mais de uma disciplina, oito foi o número total de entrevistas realizadas - entre maio e junho de 2020, sendo necessário excluir uma delas porque o docente apesar da leitura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) encaminhado anteriormente e do consentimento verbal, não retornou com a assinatura. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas pela própria pesquisadora e uma entrevista foi feita duplicada por problemas técnicos na gravação. O tempo médio de duração das sete entrevistas que foram analisadas foi de 71 minutos. Para codificação das entrevistas utilizou-se a letra “E” adicionada do número de ordem da entrevista.

Adotou-se o percurso da análise de conteúdo na modalidade temática (Bardin, 2011; Minayo, Deslandes e Gomes, 2008), que é uma “análise dos significados” (Bardin, 2011, p.41), organizada a partir da a) pré-análise: que consistiu na leitura “flutuante”, exhaustiva e impregnante e definição do corpus de análise onde foram identificadas as categorias empíricas; b) exploração do material: quando os núcleos de sentido foram descritos com as características do texto e as inferências realizadas; c) interpretação dos resultados: na qual as características foram significadas com respaldo na literatura consultada e a redação feita a partir desse diálogo, também iluminado pelo referencial teórico das Epistemologias do Sul (Sousa Santos, 2009).

Epistemologia é “toda noção [...] sobre as condições do que conta como conhecimento válido. É por via do conhecimento válido que uma dada experiência se torna intencional e inteligível.” (Sousa Santos e Meneses, 2009:9). As Epistemologias do Sul (Sousa Santos, 2007, 2009) são procedimentos que denunciam a redução da realidade pela supressão de saberes que não

fazem parte da epistemologia hegemônica por compreender que a justiça social só pode existir quando há justiça cognitiva global.

Resultados e Discussão

Das(os) sete professoras(es) que tiveram a sua entrevista compondo o corpus dessa análise, apenas um foi do sexo masculino e a idade média foi de 41 anos, com 19 anos em média de formação, de cinco diferentes subáreas da saúde (enfermagem, farmácia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia). A média do tempo de ingresso desses docentes nas respectivas instituições foi de 12 anos. Entre esses docentes, cinco autorreferiram-se brancas(os) e dois pardas(os).

Os resultados e discussão serão apresentados conjuntamente pela compreensão de que faz mais sentido a partir do método qualitativo utilizado. Estão estruturados a partir das três categorias empíricas identificadas nas entrevistas: produção de silêncios - explicita o paradigma biomédico enquanto produtor de silenciamento e sua expressão na lógica institucional das graduações em saúde; espaços de possíveis - revela os fluxos de reatividade que criam possibilidades no presente como espaços e aproximam o futuro com o que se tem; legitimação de plurais - apresenta a necessidade de valorização e reconhecimento do diferente enquanto legítimo e legal como única maneira de ampliação da compreensão da vida, da saúde e do cuidado.

Produção de silêncios

“Sempre: só não tinha nome.” (E2)

A ciência moderna produziu a desqualificação de diversos conhecimentos, de maneira a gerar invisibilidades e silêncios. Esse movimento ativo de produzir apagamento do diferente se dá quando apenas um critério único de produção de verdade é validado. Foi produzido pela racionalidade científica, que se apresenta como modo exclusivo de construção de conhecimento. Para Sousa Santos (2007), o que foi tornado mudo, destruído e descredibilizado está nas zonas de invisibilidade que são reiteradamente produzidas e multiplicadas.

Diante dessa realidade “ausente”, produto das experiências invisibilizadas pela hegemonia do pensamento moderno eurocêntrico, ocorre um desperdício de saberes potencialmente úteis na vida social. Sousa Santos (2009) trata o pensamento hegemônico ocidental como uma racionalidade indolente porque reduz e descarta bastante do que é produzido enquanto experiência social. No âmbito desta pesquisa identificou-se, pela fala dos entrevistados, que o silenciamento operado conjuga procedimentos diferentes para sustentar o “inexistente” dentro dos cursos de graduação em saúde das instituições de ensino superior públicas pernambucanas.

O silêncio que ecoou de forma mais abrangente nas falas diz respeito à lógica institucional. Os professores participantes reiteraram que “os processos pedagógicos [...] e a forma como os cursos são estruturados [...] estão dentro de uma visão de poder” (E4) que fragmenta o cuidado, o formato de ensino e o próprio conhecimento, como desenhado a seguir:

[...] quando a gente pensa na lógica do modelo de saúde predominante que é o médico-assistencial-privatista e o modelo de formação em saúde que é organizado muito em paralelo com a condução desse modelo assistencial, [...] na perspectiva da especialidade, do procedimento. É uma lógica de se partir o cuidado em saúde e o nosso modelo de formação segue isso. É um modelo que forma profissionais em cada curso, cada um no seu prédio, no seu departamento, convivendo com os estudantes da sua própria área e num processo de formação que é disciplinar. (E7)

O paradigma biomédico é predominante no campo da saúde e está centrado na doença que é entendida enquanto lesão ou disfunção na biologia humana, com pouco apreço aos aspectos subjetivos, culturais, sociais e mesmo ambientais do adoecimento. Esse paradigma faz referência a máquinas para falar sobre o corpo humano, sendo uma metáfora que associa esse corpo a um conjunto de partes (Luz, 1988; Luz e Wenceslau, 2012). A questão do paradigma biomédico e sua expressão na lógica institucional da saúde aparece enquanto central para produção de silêncios e os diferentes aspectos mencionados são desdobramentos disso.

Por exemplo, os professores procuram formação por meio de cursos livres nas PICS, mas “esses certificados não têm validação” (E1) porque não há reconhecimento dentro da academia, considerada “uma pseudociência” (E1), algo menor. À luz de Sousa Santos (2018:20) lembra-se que o “modelo global de racionalidade científica [...] é também um modelo totalitário, na medida em que nega todas as formas de conhecimento que se não pautarem pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas” e, dessa forma, emudece outras vozes que falem de visões diferentes. A denúncia da rigidez acadêmica e pouca abertura para inserção do que

está além do modelo biomédico foi uma constante nas falas: “a racionalidade biomédica que [...] vem com uma insígnia de intolerância muitas vezes implícita para outras formas de cuidado.” (E4)

Isso se materializa na dificuldade para propor disciplinas obrigatórias onde muitos professores disseram utilizar a estratégia de “[...] começar a oferecer como eletiva” (E1). No entanto, uma outra professora lembra que essa vontade nem sempre é suficiente “porque o docente precisa cumprir sua carga horária dentro do seu departamento” (E7). Ainda enquanto questão mais estrutural, mas mutável aparece o lugar da gestão que ora pode ser entusiasta e incentivar as PICS e seu crescimento ora pode interromper o processo de inserção como “quando tinha troca de gestão, eles não viam [...] como algo importante [...] e aí nunca mais eu oferei” (E5).

Também pareceu se (re)produzir silêncios quando os professores não têm formação na área e não existem em quantidade suficiente para lecionar as disciplinas no tema, sendo inclusive difícil a reposição de alguns quando por aposentadoria ou quando é necessário compor carga horária em disciplinas obrigatórias. A grande maioria das falas trouxe a problemática dos concursos para adentrar nas universidades, que não se relacionam com as PICS: “até hoje não tem nenhum concurso público para as PICS [...] eu não entrei pela minha formação em homeopatia, eu não fui valorizada por isso.” (E6); “eu estou lá porque ao longo da minha trajetória [...] eu construí um conhecimento [...] mais convencional” (E4), sendo um desdobramento da lógica institucional pautada no modelo biomédico.

Dessa forma, parece que os professores conduzem esse processo de inclusão das PICS nos currículos enquanto um desejo pessoal organizado, mas que não tem qualquer garantia de sustentabilidade, o que corrobora com diversos estudos (Oliveira et al., 2018; Cruz, 2018; Barros e Tovey, 2007). Para alguns essa situação apareceu desgastante, mas com sentido de missão como explícito no fragmento: “cansa, pesa, mas sob uma perspectiva mais profunda [silêncio breve] é o que eu posso fazer.” (E4).

Na ausência ou insuficiência de espaço institucionalizado nos currículos dos cursos de graduação em saúde, o compromisso pessoal com as PICS tem se mostrado fator primordial para a inserção desses conteúdos na formação, frequentemente por meio de disciplinas optativas ou eletivas. Fato esse que gera instabilidade na oferta (Andrade, Barros e Nascimento, 2021) e que o Brasil precisa enfrentar enquanto desafio assim como as experiências cubanas e norte-americanas

não apenas para sensibilização, mas também qualificação do corpo docente (Ramírez et al., 2018; Booth-La Force et al., 2010).

Dentro desta categoria, pareceu que contribui para que as PICS não tenham voz e, conseqüentemente, vez dentro das instituições, quando se observa o significado das evidências científicas para considerar importante de ser inserido nos currículos. Sobre isso, foi corrente a compreensão de que os métodos utilizados para tal validação precisam ser de outra ordem, mas “dizer que não tem evidência científica é falta de conhecimento [...] a gente acha que o ‘nosso’ conceito de evidência é o único existente” (E2).

Deve-se lembrar que o Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIn) num esforço conjunto com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (BIREME/OPAS) e a Rede de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas das Américas (Rede MTCI Américas) com apoio da Coordenação Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Ministério da Saúde (CNPICS/MS) lançaram, em 2020, uma série de mapas de evidências sobre aplicabilidade clínica das PICS (CABSIn, 2021). Ademais, é crescente a validação de evidências para além da tradição positivista e quantitativa, por meio de estudos não randomizados ou pesquisas qualitativas (Contatore, 2015).

Uma fala importante foi no sentido de que a realidade é mais ampla do que se sabe, se conhece e se entende: “[...] não é porque eu não sei como funciona que aquilo não existe, que aquilo não aconteça [...] a gente não tem ainda sofisticação suficiente, [...] equipamento suficiente que possa detectar, que possa verificar a existência, mas... [...] a gente consegue sentir.” (E3). A subjetividade é aventada como um elemento importante para as PICS e que vão de encontro à objetividade, ligação com a matéria, necessidade de quantificação exigidas pela ciência tradicional porque nela “o que não é quantificável é cientificamente irrelevante” (Sousa Santos, 2018:28).

Todo esse processo compreendido aqui enquanto produção de silêncios, aparece de maneira contundente numa entrevista como

o processo de mortificação da universidade. Toda essa crise da educação não é só sobre uma necropolítica feita por um gestor público federal. Isso tem a ver com a fragilização e a despotencialização que a gente vem construindo nessa insígnia da educação e da ciência também. A ciência precisa fazer uma revisão crítica sobre as suas bases. (E4)

Ou seja, a lógica de silenciamento e invisibilização do que não é hegemônico, *per si*, aponta para a necessidade de romper com essa mesma lógica para que exista um outro processo de valorização e de visibilização contra a violência operada.

A gente tem uma medicina indígena que precisa ser validada, que sempre existiu, a gente sempre teve rezadeiras, a gente sempre teve um benzedor, a gente sempre teve as ervas à nossa disposição, a gente tem uma miscigenação enorme, né? A cultura africana, que espero que seja realmente valorizada, que tem seu conhecimento de saúde, seu conhecimento de cuidar, então eu não me preocupo que as PICS sumam. Se chegarem pra mim e disserem: olha, [...] vai acabar a disciplina de PICS, eu faço: num tem problema, eu vou pra clínica médica e em clínica médica eu ensino PICS. Vou pra saúde da mulher e dentro de saúde da mulher eu ensino PICS. Então ela não morre, ela se reinventa. (E2)

Assim, implica-se a necessidade de reconhecer a complexidade da discussão sobre as ciências (Sousa Santos, 2018) na atualidade, que de um lado encontra-se questionada por discursos ancorados em interesses econômicos e políticos questionáveis, e por outro lado desqualifica outras formas de produção de saberes para além da tradição positivista.

Espaços de possíveis

“Eu acho que no futuro a gente vai sim conseguir fazer.” (E6)

Os espaços de possíveis remetem à busca e valorização de lutas que podem apontar para um futuro melhor e esperançoso porque carregam consigo o enfrentamento das opressões e do silenciamento, criando possibilidades. Tais espaços apareceram vivos e presentes e denotam uma disputa contra hegemônica. De acordo com Sousa Santos (2002:254), se projeta nessa disputa “um futuro de possibilidades plurais e concretas, simultaneamente utópicas e realistas, que se vão construindo no presente”.

Tais espaços de possíveis fazem interface com a sociologia das emergências de Sousa Santos e Meneses (2009:42) pois consiste também numa “amplificação simbólica de sinais, pistas e tendências lactentes que, embora dispersas, embrionárias e fragmentadas, apontam para novas constelações de sentido tanto no que respeita à compreensão como à transformação do mundo.”

Percebeu-se nas entrevistas, ao longo do tempo, em algumas realidades, a importância da organização docente para viabilizar espaço para as PICS no contexto universitário, fruto da luta

coletiva pelo reconhecimento para existência do diferente. Uma fala coloca, por exemplo, sobre a resistência da universidade em oficializar um grupo de estudos e práticas que começou de maneira orgânica com um conjunto de professores interessados na temática e que, mesmo sem solicitar recurso financeiro, não foi facilitado porque colocava em questão o que se dá luz e o que deve ser deixado na sombra.

No entanto, enquanto espaço concreto e (co)criado como estratégias de inserção das PICS nas graduações em saúde, aparecem as disciplinas da área de saúde coletiva/saúde pública uma vez que essas já têm um enraizamento nesses currículos. Foi visível uma interseção entre os conteúdos onde, ao menos a PNPIC figura abrindo possibilidades de discussão e faz avançar, ainda que timidamente, as PICS nesse cenário. Pode-se pensar que essas disciplinas são um território que pode ser mais bem aproveitado para ampliação dessa temática, que parece intuitivamente ter sido colocado como “possibilidade” e, conscientemente, poderá vir a ser melhor desenvolvido. As disciplinas de “educação nutricional 2” em nutrição, “práticas integrativas da saúde” em saúde coletiva, “integralidade em saúde” que tem um caráter interdepartamental e o núcleo temático de “políticas da vida” são exemplos que descortinam essas aberturas.

Ressalta-se que essas estratégias de emergência e avanço das PICS nos espaços institucionais das universidades são fruto de um importante processo de transformação social por meio de organização social em rede. Lembra-se aqui ainda que, tem contribuído para tanto, a atuação sinérgica da Rede Nacional de Atores Sociais em PICS (RedePICS Brasil), do Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais (ObservaPICS), do Grupo de Trabalho Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT RM/PICS Abrasco), do CABSIn e dos conselhos de saúde, que têm-se configurado como uma rede crescente e estratégica de organização e luta social em favor da valorização das PICS.

Pareceu importante também o enfrentamento via conselhos das profissões em saúde na regulamentação dessas práticas profissionais. Especificamente nas entrevistas foram citados os de nutrição e farmácia, o primeiro enquanto uma compreensão do “avanço do conselho federal de nutricionistas ir ampliando esse espaço para o nutricionista” (E1), o que por si implica na necessidade de criação de espaços e de ensino e formação, e o segundo com repercussões diretas

na estruturação da grade curricular do curso de farmácia, o que garante a obrigatoriedade da inserção da disciplina, como vê-se no excerto:

Essa disciplina, por causa [...] das diretrizes do conselho federal de farmácia, foi considerada obrigatória [...]. Então não foi uma disciplina chamada pelos alunos ou pelo corpo dos professores, foi uma disciplina que chegou na universidade com uma necessidade de atender uma diretriz curricular (E6).

Dessa forma, sai da insígnia do movimento individual e não institucionalizado que confere visibilidade, força e sustentabilidade, conforme explícito em: “mesmo [...] que eu não esteja mais na instituição a disciplina vai continuar porque ela tem um caráter obrigatório [...]” (E5). Nesse sentido, também foi colocada a importância das reformas curriculares como oportunidade de criação de espaço para as PICS nos currículos.

Essa disciplina foi criada a partir do projeto Pró-Saúde, que foi um projeto criado para reorientar a formação da área da saúde, voltado para a necessidade real de saúde da população e para o Sistema Único de Saúde. Esse projeto decorreu em reformas curriculares e várias ações de reorientação da formação e um desses eixos [...] foi o de formação interprofissional [...] o objetivo da disciplina é discutir a integralidade em saúde, [...] pensando a interprofissionalidade. Então quando a gente apresenta a base teórica e os dispositivos [...] do cuidado integral, as PICS compõem esse processo, [...] é um conteúdo base para essa disciplina porque não tem como a gente discutir integralidade em saúde sem discutir práticas integrativas e complementares. (E7)

Ainda, ao passo que a universidade é constituída por meio do tripé indissociável composto por ensino, pesquisa e extensão como no artigo 207 da Constituição Federal (Brasil, 1988), essa última aparece como uma das apostas para inserção das PICS porque, na visão da pessoa entrevistada, “o caminho da extensão, desde que eu entrei na universidade, tem sido o espaço mais criativo e potente até pra que esses componentes curriculares passassem a ocorrer” (E4). Pode-se inferir que o que se revela no hoje são aproximações do que se quer, do futuro que começa a ser construído no agora com o que tem para ser feito.

Ao lembrar o conceito de “ainda não” do filósofo alemão Bloch, utilizado por Sousa Santos (2002:255) pode-se compreender que os espaços de possíveis revelam tendências que expressam movimentos de manifestação e de reação aos processos de produção de silêncios, como uma “possibilidade e uma capacidade concretas que nem existem no vácuo, nem estão completamente determinadas”. É uma “dilatação” do presente para tecer o futuro.

Ainda que o futuro pareça assim não demorar, uma entrevista diz que pensa em décadas porque “a consolidação de um trabalho desse tipo requer uma mudança mais estruturante” (E1). Enquanto isso, existe um “trabalho de formiguinha” (E3) que vai sendo tecido e costurado no cotidiano, com envolvimento de professores, estudantes, técnicos, da gestão e que possibilitam a inserção mais ou menos consolidada que é dependente de uma conjuntura favorável ou não.

Dentro desse processo, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Brasil, 2006), na significação dada pelos docentes entrevistados, pareceu figurar como argumentação para inserção de disciplinas nos diferentes cenários. Existe colada uma crítica sobre a ausência de financiamento e que por isso não se avança como deveria. Contudo, essa força por meio da política tem, no curto prazo, possibilitado um certo reconhecimento, uma credibilidade e induz uma aceitabilidade das PICS dentro do contexto dessas universidades representadas pelos professores entrevistados.

A política fortaleceu e [...] deu respaldo para a gente [...] exigir a valorização, exigir o nosso campo de espaço. [...] veio nesse sentido de fortalecer [...] com [ela] a gente pode brigar, exigir o que pode ser feito. Isso desde o curso como sociedade como um todo. [...] **Antes da política a gente era visto como... na verdade, a gente não era nem visto.** (E5)

Do ponto de vista prático, eu acho que o rebatimento foi muito pequeno, porque assim, teve a primeira PNPIC e a gente não tem recurso indutor pra implementar essas políticas, né? Não existe uma afirmação do ponto de vista das ações econômicas pra isso. [...] recurso financeiro não é tudo mas dentro do modo como as instituições são geridas hoje, talvez seja o principal mecanismo de contribuir para uma mudança de cultura. [...] nas práticas integrativas, o tipo de reverberação do ponto de vista de processos de institucionalização não tem grandes impactos nisso. Entretanto, pra todos nós que trabalhamos com as práticas integrativas, o fato de existir essa política, dá uma legitimidade. Pelo menos do ponto de vista institucional, por mais que não haja recurso humano pra isso, adicional, que não haja recursos financeiros, há [...] uma legalidade. (E5)

Existir uma política nacional [...] foi essencial para que outras pessoas, que não fossem das PICS, aceitasse. [...] ia ser lançada agora em maio [a política estadual] isso vai ser mais uma força para o estado de Pernambuco, porque tem a política nacional e a política estadual e [...] são argumentos essenciais para quem defende a sua implementação. (E3)

[...] foi quando surgiu uma demanda, da coordenação, para refazer o perfil da enfermagem. E aí eu lancei a proposta de uma nova disciplina, que é a disciplina de Práticas Integrativas e Complementares. Como já tinha a [...] Política, isso fez com que o perfil fosse atualizado [...] de acordo com as políticas existentes na época. E aí foi aprovada a disciplina. Nesse mesmo período, estava fazendo a elaboração do curso de saúde coletiva. E aí eu lancei também essa proposta da gente adotar uma disciplina que corresponda à uma política nacional. A política nacional nos deu, força pra que pudéssemos defender uma disciplina nova. Foi a partir da política, por isso que ela foi tão importante. [...] A universidade cedeu o espaço. (E3)

A PNPIC ainda que tenha contribuído para algum processo inicial de institucionalização, reconhece-se que novas estratégias são necessárias para dar sustentação ao processo. A PNPIC se limitou a apontar diretrizes para a educação permanente em PICS, mas é importante contar com ações indutoras do Estado brasileiro para promover a inserção das PICS na formação profissional em saúde com centralidade nas graduações em saúde, a exemplo de experiências internacionais como fez Cuba e Estados Unidos da América (Andrade, Barros e Nascimento, 2021; Appelbaum et al., 2007; Liu et al., 2014; Chlan e Hálcon, 2003; Bailey et al., 2015; Conelly et al., 2010).

E ainda, uma perspectiva interessante foi trazida numa entrevista que questiona o quão o próprio processo de institucionalização é válido: “é difícil saber se institucionalizar vai aumentar a potência ou vai simplesmente acabar com a potência. [...] Eu não sei. Eu acho que a gente pode pelo menos se perguntar isso.” (E4) Essa fala corrobora com a ideia de Sousa Santos (2002) de que ausência ainda pode ser estratégia de emergências que são protetoras à aniquilação e cooptação. Fica como um alerta o risco de submissão do paradigma vitalista (Luz, 1988), predominante nas PICS, ao ideário biomédico.

Legitimação de plurais

“Então [...] comparar gato com cachorro. Quem continua a falar o gato não late o gato não late o gato não late. Eu falo: -Cara, é tanta ignorância que eu não respondo o gato não late. O gato mia, o cachorro late. As duas coisas existem, as duas coisas existem no mesmo espaço, no mesmo momento e as duas funcionam, porque o cachorro late mesmo.” (E6)

Os saberes são plurais e infinitos. Dessa forma, cada um guarda uma perspectiva específica e sua compreensão de mundo e da experiência humana só acontece a partir do reconhecimento de seus limites e da existência de outros tantos. Para Sousa Santos e Meneses (2009), é na comparação entre saberes que esses limites e possibilidades são colocados e onde a ignorância se sabe existente tanto quanto necessária. A dificuldade em comparar está na assimetria, a própria diferença epistemológica que também se manifesta enquanto questão política.

Sousa Santos e Meneses (2009) propõe que maximizar a assimetria é o próprio fascismo epistemológico, é operar a partir da violência que destrói e suprime outros saberes enquanto epistemicídio. De maneira oposta, quando da minimização dessa assimetria, tem-se a ecologia de saberes, afinal, “a impossibilidade de captar a infinita diversidade epistemológica do mundo não

nos dispensa de procurar conhecê-la, pelo contrário, exige-a” (Sousa Santos e Meneses, 2009:467). É contra a monocultura de saberes que se propõe a ecologia.

A partir da experiência dos profissionais entrevistados, a necessidade de ampliação dos saberes para promover o cuidado foi recorrente e denota o reconhecimento de que outras formas de se conhecer o mundo, de interpretar a vida e de fazer atenção à saúde apresentam validade e são úteis no contexto em que ocorrem. A necessidade apontada de “fazer ponte com os [outros] saberes” (E1) fala da insuficiência da biomedicina para lidar com o sofrimento e com a subjetividade inerentes ao processo saúde-doença sem que isso diminua as suas potencialidades para o que se propõe (Nunes, 2008).

Fragmentos como “[...] existem outras [...] visões que [...] não são nem superiores nem inferiores” (E2), “não existe caminho melhor existe, de repente, [...] o [...] mais adequado” (E6), “elas [as PICS] vieram [...] pra somar” foram correntes e corroboram com Sousa Santos (2007a:33) quando aponta que os conhecimentos indígenas e camponeses, por exemplo, ensinam sobre a preservação da biodiversidade muito mais que a ciência moderna – que a destrói, mas é o melhor tipo de conhecimento quando se que ir à Lua, “porque é importante saber qual é o tipo de intervenção que o saber produz. [...] Se queremos as duas coisas, temos de entender que necessitamos de dois tipos de conhecimento e não simplesmente de um deles.”

Pareceu evidente nos trechos tais “como professora de homeopatia eu uso os dois” (E6) e “eu uso a fitoterapia e uso a alopatia” (E2) que a utilização híbrida das possibilidades de (se) cuidar acontece na vida desses docentes, que levam para a sala de aula as diferentes racionalidades e paradigmas. Eles tendem a coexistir no fazer profissional porque, antes, partilham sentidos e significados nos modos de viver compondo uma bricolagem simbólica que organiza “‘caleidoscópios de sentidos’, mutáveis segundo as ocasiões, os interesses”. Assim como Luz (2005:37-38) constatou um trânsito sem “‘fidelidade’” a uma única racionalidade” por profissionais de saúde e usuários, nesta pesquisa isso apareceu também com os professores.

[...] porque a temática das práticas integrativas não é só [...] uma discussão pragmática [...] de um estilo de prática de cuidado, de uma ferramenta no campo da saúde. Ela tá colocando em debate, em discussão, **visão de mundo**. [...] Criticar sobre o limite de a gente ter um tipo de racionalidade exclusiva para a formação da saúde. [...] a grande questão não é a **racionalidade biomédica** ser ou não uma visão materialista, [...] **a grande questão é ser só isso. Isso empobrece demais. Isso limita profundamente.** (E4)

Foi flagrante que para além de uma ferramenta de cuidado, as PICS representam uma visão de mundo que necessita adentrar os muros das universidades e da formação em saúde para que não continue apenas a operar a partir da monocultura de um saber único que, apesar de suas potencialidades no combate às doenças, tende também a dogmatizar, limitar, empobrecer e matar. Na concepção de outra entrevistada, “a importância de ensinar [...] dentro da graduação é fazer [...] pessoas plurais” (E6).

Considerações Finais

O estudo identifica a desqualificação de outros saberes não hegemônicos no âmbito da saúde enquanto constituinte do *modus operandi* na formação profissional. A dificuldade de inserir enquanto disciplinas obrigatórias temáticas e abordagens que não se ancoram ao paradigma biomédico colocam as disciplinas eletivas e optativas enquanto maneiras de fazer acontecer no hoje o esperar por um futuro diferente. Realça-se como em outros estudos, o protagonismo dos professores para a - ainda que tímida, mas já aparente, inserção das PICS nas graduações em saúde das IES públicas pernambucanas.

Tal protagonismo reforça que experiências anteriores e de uso pessoal das PICS têm sido essenciais para fazer abrir espaços e organizar coletivamente a luta para uma inflexão paradigmática no âmbito dessas instituições, apesar da preocupação com a carência desses profissionais o que interfere sobremaneira na sustentabilidade dessa inserção. Identifica-se, contudo, que a área de saúde coletiva/saúde pública por já estar enraizada nesses currículos, tem sido estratégica para acolher as PICS, sendo uma possível indicação para aprofundamento de estudos posteriores de como organizar conscientemente algo que parece emergir organicamente pelas interseções que guardam na maneira de compreender a política, a saúde, o cuidado e a vida.

Ressalta-se nesse contexto a importância da política de práticas integrativas enquanto argumento e visibilidade dentro das IES, porém, defende-se a necessidade de um outro passo como sua revisão e atualização, que comporte também financiamento, onde a formação seja contemplada para além da educação permanente. Ainda que com um número relativamente pequeno de docentes entrevistados, que não permite a generalização dos resultados, incide-se que há uma compreensão da centralidade da formação ainda nas graduações em saúde que parece vital para que possa haver uma efetiva integração das PICS no cuidado no SUS, de maneira que permita o Brasil avançar a

exemplo de experiências internacionais. Para a realidade brasileira, o reconhecimento da diversidade epistemológica como compromisso essencial deve ser uma importante meta.

Referências

Andrade GCL, Barros DC, Nascimento MC. As universidades e o ensino e formação em outras abordagens em saúde: um diálogo entre as experiências cubana, norte-americana e brasileira. In: Toma TS et al. [organizadores] *Práticas Integrativas e Complementares no SUS: evidências de pesquisa e experiências de implementação*. São Paulo: Instituto de Saúde de São Paulo. (no prelo)

Appelbaum D et al. Natural and traditional medicine in Cuba: lessons for U.S.medical education. *Acad Med*. 2007;81(12):1098-1103.

Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(3):361-378, 2012.

Bailey ML et al. The Impact of a Mandatory Immersion Curriculum in Integrative Medicine for Graduating Medical Students. *Explore NY*. 2015; 11(5):394–400.

Barros NF, Siegel P, Otani MAP (orgs.) Introdução. In: Barros NF, Siegel P, Otani MAP (orgs.) *O ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções*. São Paulo: Hucitec, 2011.p. 15-28.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares, 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.

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

CABSIn, 2021 Mapa de evidências das práticas integrativas e complementares. Disponível em: <https://cabsin.org.br/membros/2020/10/18/mapa-evidencias-pics/> Acesso em 25 julho 2021.

Chlan L, Hálcon L. Developing an integrated baccalaureate nursing education program infusing complementary/alternative therapies into critical care curricula. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2003;15(3):373-379.

Conelly EM et al. The Vanguard Faculty program: research training for complementary and alternative medicine faculty. *J Altern Complement Med*. 2010;16(10):1117–23.

Contatore OA et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 10, pp. 3263-3273.

Habimorad PHL, Catarucci FM, Bruno VHT, Silva IB, Fernandes VC, Demarzo MMP, Spagnuolo RS, Patricio KP. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Cienc Saude Colet* 2020; 25(2):395-405.

Liu MA, Huynh NT, Broukhim M, Cheung DH, Schuster TL, Najm W. Determining the attitudes and use of complementary, alternative, and integrative medicine among undergraduates. *J Altern Complement Med* 2014; 20(9):718–726.

Luz MT, Wenceslau LD. A medicina antropológica como racionalidade médica. In: Luz MT, Barros NF, organizadores Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde. Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ, Abrasco; 2012. p. 185-216.

Luz MT. Natural, racional, social. Razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

Luz MT. Novas práticas em saúde coletiva. In.: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA [organizadores] Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina [Online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 708 p. p.33-46.

Nunes JA. A retomada político-emancipatória em tempos de globalização: a saúde como laboratório? *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v.2 n.1, p. 87-102, 2008.

Oliveira et al. Homeopatia na Graduação Médica: Trajetória da Universidade Federal Fluminense. *Ver. Bras. Educ. med.*, 42(1):94-104, 2018.

Silva GKF, Sousa IMC, Cabral MEGS, Bezerra AFB, Guimarães MBL. Política nacional de práticas integrativas e complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. *Physis* 2020; 30(1):e300110.

Silva PHB, Barros LCN, Barros NF, Teixeira RAG, Oliveira ESF. Formação profissional em práticas integrativas e complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da atenção primária à saúde. *Cienc Saude Colet* 2021; 26(2):399-408.

Sousa IMC et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(11):2143-2154, 2012.

Sousa Santos B e Meneses MP [organizadores]. *Epistemologias do Sul*. 2009. 532p.

Sousa Santos B. A Sociologia das Ausências e a Sociologia das Emergências: para uma ecologia de saberes. In: Sousa Santos B. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. São Paulo: Boitempo, 2007a. p.17-50.

Sousa Santos B. Para além do pensamento abissal. Das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos Estudos/CEBRAP*, 79. p.71-94, 2007b.

Sousa Santos B. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Revista Crítica de Ciências Sociais* [Online], 63, Outubro 2002: 237-280

Sousa Santos B. *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo: Cortez, 2018.

Teixeira MZ, Lin CA. Educação médica em terapêuticas não convencionais. *Revista de Medicina*, 92(4):224-35, 2013.

Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cadernos de Saúde Pública*. 25(8):1732-1742, 2009.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões construídas no percurso deste caminhar, ou seja, enquanto o próprio desenho do caminho se fazia, permitiu alguns encontros. Dessa forma, a partir do capítulo do livro fruto da revisão acerca do ensino de PICS/MTCI nas experiências brasileira, cubana e norte-americanas, foi possível perceber que as histórias para inserção e integração de outras abordagens em saúde nos currículos universitários compartilham desafios semelhantes e que as contribuições dos outros países podem acontecer no sentido de iluminar, se não passos, mas direcionamentos importantes para tanto.

Foi evidente que reconhecer a importância e então investir na formação profissional abrangente deve acontecer apesar da superlotação de currículos fragmentados, da carência de profissionais e do preconceito residual à temática, do questionamento ainda presente quanto às evidências científicas e da ausência de espaços interinstitucionais para construção coletiva de objetivos e diretrizes para integração das PICS/MTCI no ensino e formação na graduação.

Notou-se a necessidade de avançar não apenas nas políticas de saúde, mas também no que tange à educação para que as PICS sejam priorizadas tanto no ensino, quanto na pesquisa e extensão universitárias com presença obrigatória na formação em saúde. Cuba inspira a transversalidade da temática nos currículos e os EUA mostram a necessidade de ações indutivas, inclusive financeira, para impulsionar essa formação nas graduações em saúde. No caso brasileiro, o efetivo reconhecimento da diversidade epistemológica como compromisso essencial do SUS e da saúde coletiva é ainda uma importante meta a ser consolidada.

A partir do primeiro artigo, de cunho quantitativo e que retrata a situação do ensino e formação em PICS nas IES públicas em Pernambuco, pareceu essencial compreender que as maneiras de inserção revelam os enfrentamentos para a incorporação dessas temáticas nos currículos e transformação de estruturas que, em suma, excluem o que não é legitimado pela epistemologia dominante. Com isso, ficou clara a interface entre as questões políticas, éticas, econômicas, culturais e paradigmáticas que contribuem para o “ainda não” das PICS nesse cenário e que impulsiona uma luta crescente e organizada de diferentes atores sociais também por uma justiça cognitiva.

Do segundo artigo, ainda na sua versão preliminar, a abordagem qualitativa permitiu identificar a experiência e percepções de docentes de IES públicas pernambucanas, no âmbito das

graduações em saúde. Observou-se que a questão paradigmática se materializa nas grades curriculares principalmente na forma de disciplinas eletivas e optativas com o protagonismo de professores a partir de suas experiências e compromissos pessoais com as PICS, porém com baixo grau de institucionalização, integração e sustentabilidade da oferta. A utilização dos espaços das disciplinas de saúde coletiva/saúde pública para inclusão do conteúdo na categoria de obrigatoriedade se mostrou também como uma estratégia frequente.

A política nacional de PICS apareceu enquanto argumento de visibilidade dessas outras abordagens também dentro das IES, porém, com a defesa de que seja revista e atualizada de modo a viabilizar o financiamento e avançar para além da educação permanente. Entende-se que o momento mais oportuno para inserir tais conteúdos é mesmo o da graduação, durante o processo de formação dos novos profissionais de saúde, para que se possam promover uma efetiva integração das PICS no cuidado em saúde no SUS.

As limitações desta tese apontam a necessidade de aprofundamento e diálogo entre experiências relativas ao ensino e formação em PICS em outros territórios, para que seja possível o acesso a informação em âmbito nacional e internacional organizada segundo as diferentes subáreas da saúde. Evidências produzidas a partir de diferentes experiências podem ser úteis na pavimentação de outros caminhos, de maneira que o tempo do futuro aconteça num hoje onde se constrói o reconhecimento de saberes plurais, a valorização da diversidade epistêmica nas universidades e a integração de diferentes práticas de cuidado nos serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque LVC. O processo de ensino aprendizagem em práticas integrativas e complementares nas escolas médicas do Brasil. Dissertação [Mestrado Acadêmico] – Universidade de Fortaleza. Programa de Mestrado em Ciências Médicas, Fortaleza, 2017. 104f.
- Alonso DH et al. Propuesta metodológica. Vinculación del programa farmacología I con la medicina natural tradicional. Perfil de servicios farmacéuticos: Methodological proposal. Linking the syllabus of Pharmacology I with Natural Traditional Medicine. Profile of Pharmaceutical Services. *Rev Ciencias Médicas*. 2007;11(3): 259-267.
- Andrade JT, Costa LFA. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. *Saúde e Sociedade* 2010; 19(3):497-508.
- Appelbaum D, Kligler B, Barrett B, Frenkel MA. Natural and traditional medicine in Cuba: lessons for U.S.medical education. *Acad Med* 2007; 81(12):1098-1103.
- Araújo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista baiana saúde pública*, 31(supl.1): 20-31, 2007.
- Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(3):361-378, 2012.
- Bailey ML et al. The Impact of a Mandatory Immersion Curriculum in Integrative Medicine for Graduating Medical Students. *Explore NY*. 2015; 11(5):394–400.
- Barbosa FES et al. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(1):e00208818.
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- Barreto AP et al. A inserção da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na ESF/SUS. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará e Ministério da Saúde, 2011.
- Barreto BB. *Fitoterapia como conteúdo nos cursos de graduação da área da saúde: importância para a formação profissional*. 2015. 150 f., il. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde] - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.
- Barros NF, Nunes EDN. Complementary and alternative medicine in Brazil: one concept, different meanings. *Cad Saúde Públ*. 2006; 22(10):2023-2028.
- Barros NF, Siegel P, Otani MAP (orgs.) Introdução. In: Barros NF, Siegel P, Otani MAP (orgs.) *O ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções*. São Paulo: Hucitec, 2011.p. 15-28.
- Barros NF, Tovey P. O ensino das terapias alternativas e complementares em escolas de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2007; 28(2):207-14.
- Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC* 2005, 2(1):68-80.
- Booth-LaForce C et al. Complementary and Alternative Medicine (CAM) attitudes and competencies of nursing students and faculty: results of integrating CAM into the nursing curriculum. *J Prof Nurs*. Setembro de 2010;26(5):293–300.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Livro 7: Formação em práticas integrativas e complementares em saúde – Guia de práticas integrativas e complementares em saúde para os gestores do SUS [versão preliminar]. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de medicina natural e práticas complementares – PMNPIC. Brasília: Distrito Federal, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares, 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 196 p.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 180 p.

Brasil. Portaria n. 849, de 27 de março de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Brokaw JJ et al. The teaching of complementary and alternative medicine in U.S. medical schools: a survey of course directors. *Acad Med.* 2002;77(9):876–81.

Broom A, Adams J. Uma sociologia da educação em saúde integrativa. In: Nascimento MC, Nogueira MI. (orgs.). Intercâmbio solidário de saberes em saúde: Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 139-153.

Carnevale RC et al. O ensino da acupuntura na escola médica: interesse e desconhecimento. *Ver. Bras. Educ. med.*, 41(1):134-144, 2017.

Castro Martínez J, Mederos Luís II, García González A. Integración de contenidos de medicina natural y tradicional desde una perspectiva interdisciplinaria. *EDUMECENTRO* 2016; 8(Suppl1):87-93.

Chaterji R et al. A large-sample survey of first- and second-year medical student attitudes toward complementary and alternative medicine in the curriculum and in practice. *Altern Ther Health Med.* 2007;13(1):30–5.

Chlan L, Hálcon L. Developing an integrated baccalaureate nursing education program infusing complementary/alternative therapies into critical care curricula. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2003;15(3):373–9

Conelly EM et al. The Vanguard Faculty program: research training for complementary and alternative medicine faculty. *J Altern Complement Med.* 2010;16(10):1117–23.

Cornman BJ, Carr CA, Heitkemper MM. Integrating CAM into nursing curricula: CAM camp as an educational intervention. *Explore NY.* 2006;2(3):226–31.

Cruz LR. Ensino das práticas integrativas e complementares na graduação em medicina no Brasil: um olhar sobre a UFBA. Orientador: Lilian Carneiro de Carvalho. [TCC. Graduação Medicina] UFBA, 2018.

Duarte J. Entrevista em profundidade. In: Duarte J, Barros A. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas, 2006. p. 62-83.

Duvergel Rodríguez E et al. Consideraciones de la medicina oriental como ciencia básica no como método alternativo. *Rev Inf Cient.* 2012;74(2).

Evans R et al. Advancing evidence informed practice through faculty development: the Northwestern Health Sciences University model. *Explore NY.* Julho de 2011;7(4):265–8.

Feitosa MHA et al. Inserção do conteúdo fitoterapia em cursos da área de saúde. *Ver. Bras. Educ. med.,* 40(2):197-203, 2016.

Fiúza et al. O conhecimento da medicina alternativa e complementar e sua importância para o trabalho médico. In: Barros NF, Siegel P, Otani MAP (orgs). *O ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções.* São Paulo: Hucitec, 2011. p. 128-137.

Fiúza, Otani e Barros. A homeopatia e o ensino médico de graduação e residência. In: Barros NF, Siegel P, Otani MAP (orgs). *O ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções.* São Paulo: Hucitec, 2011. p. 114-127.

Fonseca JJS. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

Frenkel M et al. Lessons learned from complementary and integrative medicine curriculum change in a medical school. *Med Educ.* Fevereiro de 2007;41(2):205–13.

Galhardi e Barros. O ensino da homeopatia e a prática no Sistema Único de Saúde brasileiro. In: Barros NF, Siegel P, Otani MAP (orgs). *O ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções.* São Paulo: Hucitec, 2011. p. 63-97.

García CT et al. Estrategias curriculares en la carrera de enfermería: su implementación en Pinar del Río, 2009. *Rev Ciencias Médicas.* 2010;14(2):27-33.

Gaster B et al. What should students learn about complementary and alternative medicine? *Acad Med.* Setembro de 2007;82(10):934–8.

Gaylord SA, Mann JD. Rationales for CAM Education in Health Professions Training Programs. *Acad Med.* Setembro de 2007;82(10):927–33.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

Gomes DRGM et al. A inclusão das terapias integrativas e complementares na formação dos acadêmicos da saúde. *Sanare,* 16(Supl.1):74-81, 2017.

Gonçalo CS. Habilitação e uso das práticas integrativas e complementares na odontologia 306 p. [Tese de doutorado] - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 2013.

Hálcon LL et al. Complementary therapies and healing practices: faculty/student beliefs and attitudes and the implications for nursing education. *J Prof Nurs.* 2003;19(6):387–97.

Kunh T. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 2007.

Lee MY et al. Integrating complementary and alternative medicine instruction into health professions education: organizational and instructional strategies. *Acad Med.* 2007; 82(10):939–45.

Libâneo JC. *Didática*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

Liu MA et al. Determining the attitudes and use of complementary, alternative, and integrative medicine among undergraduates. *J Altern Complement Med.* 2014; 20(9):718–26.

Luz MT, Wenceslau LD. A medicina antroposófica como racionalidade médica. In: Luz MT, Barros NF, organizadores *Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde*. Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ, Abrasco; 2012. p. 185-216.

Luz MT. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: Canesqui AM (org.) *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Editora Hucitec, 2000. p. 181-200.

Luz MT. *Natural, racional, social. Razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

Luz MT. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva – Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 3. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2007.

Luz MT. Prefácio. In: Barros NF, Siegel P, Otani MAP. *O ensino de práticas integrativas e complementares: experiências e percepções*. São Paulo: Hucitec Editora, 2011.

Luz MT. *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. In: *Série Estudos em Saúde Coletiva*. n.62. Rio de Janeiro: ERJR/IMS; 1993.

Maizes V et al. Integrative medical education: development and implementation of a comprehensive curriculum at the University of Arizona. *Acad Med.* 2002;77(9):851–60.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/Uerj - Cepesc- Abrasco, 2006. 180p.

Minayo MCS, Deslandes S e Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. de Saúde Pública*, 9(3):239-262, 1993.

Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1996.

Ministério da Saúde. Informe PICS 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_PICS_mai2017.pdf Acesso em: 17 out. 2018.

Ministério da Saúde. Informe PICS. 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_PICS.pdf Acesso em: 17 out. 2018.

Nascimento MC et al. *Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas*. Trab. Educ. Saúde. Rio de Janeiro, 2018.

Nascimento MC et. al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013, 18(12):3595-3604.

Nascimento MC. Racionalidades médicas, vinte anos. In: Nascimento MC, Nogueira MI. *Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares*. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

National Cancer Institute, 2018. NCI Dictionary of Cancer Terms. Disponível em: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/integrative-medicine>

NCCIH – National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, alternative, or Integrative health: what's in a name? Disponível em: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health> Acesso em: 06 abr 2019.

Nogueira MI. Título. In: Nascimento MC, Nogueira MI (orgs). *Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares*. São Paulo: Hucitec, 2013.

Nunes JA. A retomada político-emancipatória em tempos de globalização: a saúde como laboratório? *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v.2 n.1, p. 87-102, 2008.

Oliveira et al. Homeopatia na Graduação Médica: Trajetória da Universidade Federal Fluminense. *Ver. Bras. Educ. med.*, 42(1):94-104, 2018.

Paim JS, Almeida-Filho N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

Pearson NJ, Chesney MA. The CAM Education Program of the National Center for Complementary and Alternative Medicine: an overview. *Academic Medicine*, Washington, D.C., 82(10):939-945, 2007.

Pennafort VPS et al. Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem. *REME ver. Min. Enferm*, 16(2):289-295, 2012.

Pérez MAT. Modelo teórico de evaluación de la estrategia curricular de medicina natural y tradicional de la carrera de medicina. *Educ Med Super* 2018; 32(3):94-105.

Porbén YF et al. ¿Medicina natural y tradicional en psicología? Aplicación de los contenidos de medicina natural y tradicional al programa de la asignatura psicología médica para estudiantes de tercer año de medicina. *Rev Ciencias Médicas*. 2007;11(2): 315-324.

Ramírez VG et al. Estrategia curricular de Medicina Natural y Tradicional en la disciplina Estomatología Integral. *Rev Haban Cienc Méd*. 2018;17(3):494-507.

Richardson SF. Complementary health and healing in nursing education. *J Holist Nurs*. 2003;21(1):20–35.

Salles LF, Homo RFB, Silva MJP. Situação do ensino das práticas integrativas e complementares nos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina. *Cogitare enferm*. 19(4):741-746, 2014a.

Salles LF, Homo, RFB, Silva MJP. Práticas Integrativas e Complementares: situação do seu ensino na graduação de Enfermagem no Brasil. *Rev. Saúde*. 8(3-4):37-44, 2014b.

Salman JDG. Consideraciones sobre la Medicina Natural y Tradicional, el método científico y el sistema de salud cubano. *Rev Cubana Salud Pública*. 2013;39(3):540-555.

Santos NMQ. A terapia comunitária e a vivência de estudantes de medicina: uma estratégia de ensino aprendizagem do cuidado humanizado na ESF. [Dissertação de Mestrado] Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2015.

Saussure F. Curso de linguística geral. São Paulo: Cultrix, 2006.

Sena J et al. Visão docente sobre plantas medicinais como um saber e sua utilização como medicamento. Rev. enferm. UERJ; 14(2):196-201, 2006.

Siebeneichler P. Práticas integrativas e complementares em saúde na universidade: a formação como mola propulsora do bem viver. TCC. Orientadora: Godoy, Maria Gabriela Curubeto. UFRGS. Escola de Enfermagem. Curso de Enfermagem. 2015.

Sierpina V et al. Barriers, strategies, and lessons learned from complementary and alternative medicine curricular initiatives. Acad Med. 2007a;82(10):946–50.

Sierpina V et al. Creating sustainable curricular change: lessons learned from an alternative therapies educational initiative. Acad Med. 2007b;82(4):341–50.

Soledade GNB, Siegel P, Barros NF. Educação médica e práticas não convencionais em saúde: análise do nível de informação de acadêmicos de medicina sobre a homeopatia. In: Barros NF, Siegel P, Otani MAP (orgs). O ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 99-113.

Sousa IMC et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. Cadernos de Saúde Pública, 28(11):2143-2154, 2012.

Sousa IMC. Medicinas tradicionais alternativas e complementares e sua estruturação na atenção primária: uma reflexão sobre o cuidado e sua avaliação. Tese [Doutorado] - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

Sousa Santos B, Meneses MP. Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez Editora, 2014.

Sousa Santos B. A Sociologia das Ausências e a Sociologia das Emergências: para uma ecologia de saberes. In: Sousa Santos B. Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social. São Paulo: Boitempo, 2007a. p.17-50.

Sousa Santos B. Para além do pensamento abissal. Novos Estudos/CEBRAP, 79. p.71-94, 2007b.

Stratton TD et al. Evaluating CAM education in health professions programs. Acad Med. 2007;82(10):956–61.

Teixeira MZ, Lin CA, Martins MA. O ensino de práticas não convencionais em saúde nas faculdades de medicina: panorama mundial e perspectivas brasileiras. Rev. Bras. Educ. méd, 28(1):51-60, 2004.

Teixeira MZ, Lin CA. Educação médica em terapêuticas não convencionais. Revista de Medicina, 92(4):224-35, 2013.

Teixeira, 2007 Homeopatia: Desinformação e Preconceito no Ensino Médico. Revista Brasileira de Educação Médica. 2007; 31(1):15-20.

Telesi Junior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. Estudos Avançados. 30(86):99-112, 2016.

Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(1):195-206.

Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: situação atual, problemas e estratégias de expansão no Brasil. Texto preparatório para o Abrascão, 2018a. Disponível em: <http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/02/TesserSousaNascimento-PICnaAPS-2018.pdf> Acesso em: 06 out. 2018.

Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. *Saúde em Debate*. 42(número especial 1):174-188, 2018b.

Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cadernos de Saúde Pública*. 25(8):1732-1742, 2009.

The Academic Consortium for Integrative Medicine & Health. Disponível em: <https://imconsortium.org/about/about-us.cfm> Acesso em: 18 mar 2019.

Trindade Filho MA. Terapia Ocupacional e práticas integrativas e complementares em saúde na perspectiva de docentes. [Trabalho de Conclusão de Curso] Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde. João Pessoa, 2017.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

Witt CM, Withers SR. Research training in integrative medicine: how can we make teaching and learning in research methods more sustainable and engaging? *Explore NY*. 2013;9(5):279–84.

World Health Organization - WHO. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Geneva: WHO, 2002.

World Health Organization - WHO. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Geneva: WHO, 2013.

Yera RR, Martínez CMF. Las relaciones interdisciplinarias entre la Educación Física y la Medicina Natural y Tradicional. *Rev Podium*. 2017;12(1):52-58.

APÊNDICE A – DESCRIÇÃO DAS PICS ELENCADAS NA PNPIC

Quadro: Breve descrição das PICS elencadas na PNPIC, 2018

PIC	Breve descrição
Acupuntura	Tecnologia de intervenção em saúde que faz parte dos recursos terapêuticos da medicina tradicional chinesa (MTC) e estimula pontos espalhados por todo o corpo, ao longo dos meridianos, por meio da inserção de finas agulhas filiformes metálicas, visando à promoção, à manutenção e à recuperação da saúde, bem como à prevenção de agravos e doenças (Brasil, 2018b:19).
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 (Brasil, 2018b:24).
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 (Brasil, 2018b:25).
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 (Brasil, 2018b:26).
Ayurveda	Abordagem terapêutica de origem indiana, segundo a qual o corpo humano é composto por cinco elementos – éter, ar, fogo, água e terra –, os quais compõem o organismo, os estados energéticos e emocionais e, em desequilíbrio, podem induzir o surgimento de doenças (Brasil, 2018b:28).
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 (Brasil, 2018b:30).
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 para, por meio do conhecimento das forças que atuam no inconsciente familiar e das leis do relacionamento humano, encontrar a ordem, o pertencimento e o equilíbrio, criando condições para que a pessoa reoriente o seu movimento em direção à cura e ao crescimento (Brasil, 2018b:38).
Crenoterapia	Prática terapêutica que utiliza águas minerais com propriedades medicinais, de modo preventivo ou curativo, em complemento a outros tratamentos de saúde (Brasil, 2018b:39).
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 (Brasil, 2018b:40).
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 (Brasil, 2018b:41).

Fitoterapia	Estudo das plantas medicinais e suas aplicações na promoção, na proteção e na recuperação da saúde (Brasil, 2018b:55).
Geoterapia	Prática terapêutica natural que consiste na utilização de argila, barro e lamelas medicinais, assim como pedras e cristais (frutos da terra), com objetivo de amenizar e cuidar de desequilíbrios físicos e emocionais por meio dos diferentes tipos de energia e propriedades químicas desses elementos (Brasil, 2018b:56).
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 (Brasil, 2018b:57).
Homeopatia	Abordagem terapêutica de caráter holístico e vitalista que vê a pessoa como um todo, não em partes, e cujo método terapêutico envolve três princípios fundamentais: a Lei dos Semelhantes; a experimentação no homem sadio; e o uso da ultradiluição de medicamentos (Brasil, 2018b:58).
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 (Brasil, 2018b:61).
Medicina antroposófica	Abordagem terapêutica integral com base na antroposofia, que avalia o ser humano a partir dos conceitos da trimembração, quadrimembração e biografia, oferecendo cuidados e recursos terapêuticos específicos (Brasil, 2018b:72).
Medicina tradicional chinesa	Abordagem terapêutica milenar, de origem chinesa, que tem a teoria do yin-yang e a teoria dos cinco elementos como bases fundamentais para avaliar o estado energético e orgânico do indivíduo, na inter-relação harmônica entre as partes, visando tratar quaisquer desequilíbrios em sua integralidade (Brasil, 2018b:76).
Meditação	Prática mental da medicina tradicional chinesa. 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 (Brasil, 2018b:77).
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 (Brasil, 2018b:80).
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 (Brasil, 2018b:81).
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 (Brasil, 2018b:84).
Ozonioterapia	Não consta no Glossário.

Plantas medicinais	Espécie vegetal, cultivada ou não, administrada por qualquer via ou forma, que exerce ação terapêutica (Brasil, 2018b:89).
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 (Brasil, 2018b:103).
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 (Brasil, 2018b:106).
Reiki	Prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital, visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental (Brasil, 2018b:107).
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 (Brasil, 2018b:112).
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 (Brasil, 2018b:121).
Terapia de florais	Prática terapêutica que utiliza essências derivadas de flores para atuar nos estados mentais e emocionais (Brasil, 2018b:121).
Termalismo social	Utilização das águas termominerais considerando seus aspectos ecológicos, históricos, sociais, e garantindo o acesso universal a estabelecimentos termais da Rede de Atenção à Saúde para fins preventivos, terapêuticos e de promoção (Brasil, 2018b:122).
Yoga	Prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação (Brasil, 2018b:127).

Fonte: Elaboração a partir do Glossário temático: práticas integrativas e complementares (Brasil, 2018b)

APÊNDICE B – DOCUMENTOS PARA COMPOR SEÇÃO 3.1

Quadro: Documentos selecionados para composição da Seção 3.1 Na realidade brasileira, 2018

Título	Autores	Ano	Tipo
Atitudes de estudantes de medicina sobre práticas médicas heterodoxas no Brasil	Dantas F, Ribeiro CF	2002	Artigo
O ensino de práticas não-convencionais em saúde nas Faculdades de Medicina: panorama mundial e perspectivas brasileiras	Teixeira MZ, Lin CA, Martins MA	2004	Artigo
Visão docente sobre plantas medicinais como um saber e sua utilização como medicamento	Sena et al.	2006	Artigo
Homeopatia: Desinformação e Preconceito no Ensino Médico	Teixeira, MZ	2007	Artigo
O ensino das terapias alternativas e complementares em escolas de enfermagem	Barros NF, Tovey P	2007	Artigo
Homeopatia, universidade e SUS: resistências e aproximações	Salles SAC	2008	Livro
A utilização da técnica corporal chinesa Lian Gong no estágio supervisionado I e II do curso de naturologia aplicada da Universidade do Sul de Santa Catarina–UNISUL	Santos LMS, et al.	2011	Artigo
Avaliação preliminar sobre o perfil do ensino da Homeopatia nos cursos de Farmácia dos estados do Paraná e Santa Catarina	Baracho SAC, Karen D, Junior JSG	2011	Artigo
O ensino da homeopatia e a prática no Sistema Único de Saúde brasileiro	Galhardi WMP, Barros NF	2011	Capítulo
Educação médica e práticas não convencionais em saúde: análise do nível de informação de acadêmicos de medicina sobre a homeopatia	Soledade GNB, Siegel, Pamela; Barros NF	2011	Capítulo
A homeopatia e o ensino médico de graduação e residência	Fiúza AR, Otani MAP, Barros NF	2011	Capítulo
O conhecimento da medicina alternativa e complementar e sua importância para o trabalho médico	Fiúza AR et al.	2011	Capítulo
Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem	Pennafort VPS et al.	2012	Artigo
Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação	Azevedo E, Pelicioni MCF	2012	Artigo
Habilitação e uso das práticas integrativas e complementares na odontologia	Gonçalo CS	2013	Tese
A política nacional de práticas integrativas e complementares em saúde e sua influência no curso de enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina	Carvalho DK	2013	Dissertação
Educação médica em terapêuticas não convencionais	Teixeira MZ, Lin CA	2013	Artigo
Situação do ensino das práticas integrativas e complementares nos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina	Salles LF, Homo RFB, Silva MJP	2014	Artigo
Práticas Integrativas e Complementares: situação do seu ensino na graduação de Enfermagem no Brasil.	Salles LF, Homo RFB, Silva MJP	2014	Artigo
A terapia comunitária e a vivência de estudantes de medicina: uma estratégia de ensino aprendizagem do cuidado humanizado na ESF?	Santos NMQ	2015	Dissertação
Fitoterapia como conteúdo nos cursos de graduação da área da saúde: importância para a formação profissional	Barreto BB	2015	Tese
Práticas integrativas e complementares em saúde na universidade: a formação como mola propulsora do bem viver	Siebeneichler P	2015	TCC

Inserção do Conteúdo Fitoterapia em Cursos da Área de Saúde	Feitosa MHA et al.	2016	Artigo
O Ensino da Acupuntura na Escola Médica: Interesse e Desconhecimento	Carnevale RC et al.	2017	Artigo
Terapia Ocupacional e práticas integrativas e complementares em saúde na perspectiva de docentes	Trindade Filho MA	2017	TCC
A inclusão das terapias integrativas e complementares na formação dos acadêmicos da saúde	Gomes DR et al.	2017	Artigo
O processo de ensino aprendizagem em práticas integrativas e complementares nas escolas médicas do Brasil	Albuquerque LVC	2017	Dissertação
Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas	Nascimento MC et al.	2018	Artigo
Ensino das Práticas Integrativas e Complementares na graduação em medicina no Brasil: um olhar sobre a UFBA	Cruz LR	2018	TCC
Homeopatia na Graduação Médica: Trajetória da Universidade Federal Fluminense	Oliveira F et al.	2018	Artigo

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE C – DOCUMENTOS PARA COMPOR SEÇÃO 3.2

Quadro: Documentos selecionados para composição da Seção 3.2 No cenário norte-americano, 2018

Título	Autores	Ano	Tipo
The teaching of complementary and alternative medicine in U.S. medical schools: a survey of course directors	Brokaw JJ et al.	2002	Artigo
Integrative medical education: development and implementation of a comprehensive curriculum at the University of Arizona	Maizes V et al.	2002	Artigo
Academic physicians and complementary and alternative medicine: an institutional survey	Rosenbaum ME et al.	2002	Artigo
Developing an integrated baccalaureate nursing education program infusing complementary/alternative therapies into critical care curricula	Chlan L, Halcón LL et al.	2003	Artigo
Complementary therapies and healing practices: faculty/student beliefs and attitudes and the implications for nursing education	Halcón LL et al.	2003	Artigo
Complementary health and healing in nursing education.	Richardson et al.	2003	Artigo
Core competencies in integrative medicine for medical school curricula: a proposal	Kligler B et al.	2004	Artigo
Integrating CAM into nursing curricula: CAM camp as an educational intervention.	Cornman BJ, Carr CA, Heitkemper MM	2006	Artigo
Evaluation of a complementary and alternative medicine rotation in medical school	Torkelson C, Harris I, Kreitzer MJ	2006	Artigo
A large-sample survey of first- and second-year medical student attitudes toward complementary and alternative medicine in the curriculum and in practice	Chaterji R et al.	2007	Artigo
Lessons learned from complementary and integrative medicine curriculum change in a medical school	Frenkel M et al.	2007	Artigo
What should students learn about complementary and alternative medicine?	Gaster B et al.	2007	Artigo
Rationales for CAM Education in Health Professions Training Programs	Gaylord SA, Mann JD	2007	Artigo
Integrating complementary and alternative medicine instruction into health professions education: organizational and instructional strategies	Lee MY et al.	2007	Artigo
The CAM Education Program of the National Center for Complementary and Alternative Medicine: an overview	Pearson NY, Chesney MA	2007	Artigo
Barriers, strategies, and lessons learned from complementary and alternative medicine curricular initiatives	Sierpina et al.	2007	Artigo
Creating sustainable curricular change: lessons learned from an alternative therapies educational initiative	Sierpina et al.	2007	Artigo
Evaluating CAM education in health professions programs	Stratton TD et al.	2007	Artigo

Complementary and Alternative Medicine (CAM) attitudes and competencies of nursing students and faculty: results of integrating CAM into the nursing curriculum	Booth-LaForce C et al.	2010	Artigo
Advancing evidence informed practice through faculty development: the Northwestern Health Sciences University model	Evans R et al.	2011	Artigo
Research training in integrative medicine: how can we make teaching and learning in research methods more sustainable and engaging?	Witt CM, Withers SR	2013	Artigo
Determining the attitudes and use of complementary, alternative, and integrative medicine among undergraduates	Liu MA et al.	2014	Artigo
The Impact of a Mandatory Immersion Curriculum in Integrative Medicine for Graduating Medical Students	Bailey ML et al.	2015	Artigo

Fonte: Elaboração própria.

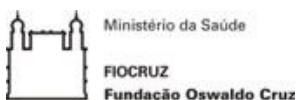
APÊNDICE D – DOCUMENTOS PARA COMPOR SEÇÃO 3.3

Quadro: Documentos selecionados para composição da Seção 3.3 No contexto cubano, 2020

Título	Autores	Ano	Tipo
Propuesta metodológica. Vinculación del programa farmacología I con la medicina natural tradicional. Perfil de servicios farmacéuticos	Alonso DH et al.	2007	Artigo
¿Medicina natural y tradicional en psicología? Aplicación de los contenidos de medicina natural y tradicional al programa de la asignatura psicología médica para estudiantes de tercer año de medicina.	Porbén YF et al.	2007	Artigo
Natural and traditional medicine in Cuba: lessons for U.S.medical education	Appelbaum D et al.	2007	Artigo
Estrategias curriculares en la carrera de enfermería: su implementación en Pinar del Río, 2009	García CT et al.	2010	Artigo
Consideraciones de la medicina oriental como ciencia básica no como método alternativo	Rodríguez ED et al.	2011	Artigo
Consideraciones sobre la medicina natural y tradicional, el método científico y el sistema de salud cubano	Salman JDG	2013	Artigo
Integración de contenidos de medicina natural y tradicional desde una perspectiva interdisciplinaria	Martínez JC, Luís IIM, González AG	2016	Artigo
Las relaciones interdisciplinarias entre la educación física y la medicina natural y tradicional	Yera RR, Martínez CMF	2017	Artigo
Estrategia curricular de medicina natural y tradicional en la disciplina estomatología integral	Ramírez VG et al.	2018	Artigo
Modelo teórico de evaluación de la estrategia curricular de medicina natural y tradicional de la carrera de medicina	Pérez MAT	2018	Artigo

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE E – ROTEIRO-GUIA SEMIESTRUTURADO



Roteiro-guia semiestruturado para entrevista com professor(a) coordenador(a) de disciplina em PICS

Pesquisa: **Ensino e formação em práticas integrativas e complementares em cursos de graduação em saúde: o “ainda não” nas instituições de ensino superior públicas pernambucanas?**

Data: ____/____/____ Horário: Início: ____h ____min Término: ____h ____min
Local/Formato de realização: _____

Perfil do Entrevistado (a)

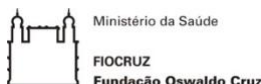
Nome: _____
Idade: ____ Sexo: ____ Profissão: _____ Atuação Profissional: _____
IES: _____

Trajétória da integração das PICS à IES

1. Período de início da oferta de disciplinas em PICS.
2. Como se iniciou essa oferta/estruturação das PICS.
3. Contexto de implantação.
4. Objetivos/interesses em incluir PICS.
5. Principais estratégias para implantação e implementação das PICS.
6. Vínculo: Contratação específica/concurso de docentes.
7. Resistências/dificuldades/entraves de inserção de PICS na IES.
8. Evidências em PICS.
9. Facilitadores/possibilidades de inserção de PICS na instituição.
10. Avanços na organização da oferta: ampliação/ reestruturação/ reformatação.
11. Aprendizados do processo.
12. Sustentabilidade/o futuro do ensino em PICS.

*Algo que não foi falado e quer colocar.

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **“Ensino e formação em práticas integrativas e complementares em cursos de graduação em saúde: o “ainda não” nas universidades públicas pernambucanas?”**, desenvolvida por Gabriella Carrilho Lins de Andrade, discente do Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), sob orientação das Profa. Dra. Denise Cavalcante de Barros e Profa. Dra. Marilene Cabral do Nascimento.

O objetivo central do estudo é compreender a oferta do ensino de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no âmbito das graduações em saúde das instituições de ensino superior (IES) públicas no estado de Pernambuco com potencial para atender às demandas do Sistema Único de Saúde.

O convite a sua participação se deve à sua relação com a temática. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Caso você não queira participar, não haverá nenhum prejuízo na sua relação com a pesquisadora, com o Projeto ou com a Fiocruz. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, a menos que você solicite o contrário, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista, com duração de aproximadamente 60 minutos, à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver sua autorização. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e as orientadoras. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo no computador pessoal da pesquisadora principal no endereço Rua Cônego Eugênio Vila Nova, 115, Prado, Gravatá/PE, CEP 55642-134, por pelo menos 5 anos. Essa pesquisa cumpre as exigências das Resoluções 466/2012 e 510/2016 e orientações do CEP/ENSP.

Não haverá benefícios diretos em sua participação mas esperamos que o resultado do trabalho possa contribuir para ampliar a compreensão sobre a educação em PICS no estado de Pernambuco. Você receberá um relatório com os principais dados ao final da pesquisa e será convidado (a) para uma apresentação oral dos resultados. Toda pesquisa possui riscos potenciais. Existe a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano. No entanto, para essa pesquisa os riscos são mínimos e estão relacionados à possibilidade de constrangimento durante a entrevista, que serão minimizados por meio de realização em local seguro e reservado, bem como atenção aos sinais verbais e não verbais de desconforto. Qualquer

dano, previsto ou não, resultante de sua participação, além do direito a assistência integral, terá direito à indenização.

A pesquisadora e suas orientadoras estão comprometidas com todas as providências e cautelas necessárias para promover o máximo de benefícios e o mínimo de danos aos participantes da pesquisa. Contudo, os(as) participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução 466/12.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na tese.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o(a) participante e outra para a pesquisadora. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pela pesquisadora responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Você receberá uma via deste termo onde consta o contato institucional da orientadora responsável pela pesquisa, e os contatos da pesquisadora principal (doutoranda) e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Esse termo deve ser guardado por pelo menos cinco anos.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Endereço CEP/ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Tel/Fax: 21.25982863 E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br - <http://www.enp.fiocruz.br/etica>

Orientadora da Pesquisa: Profa. Dra. Denise Cavalcante de Barros

Email: barrosdc@ensp.fiocruz.br

Pesquisadora responsável: Gabriella Carrilho Lins de Andrade

Telefone: 21.965254427

Email: andrade.gabriella@gmail.com

_____, ____ de ____ de 2019.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo: _____

- () Autorizo a gravação da minha entrevista.
- () Não autorizo a gravação da minha entrevista.
- () Desejo que meu nome seja identificado
- () Não desejo que meu nome seja identificado

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora responsável
Gabriella Carrilho Lins de Andrade

ANEXO A - CONSULTA POR INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

05/06/2019 - 15:22:59

Ministério da Educação - Sistema e-MEC

1/2

Relatório da Consulta Avançada

Resultado da Consulta Por : INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

Total de Registro(s) : 9

Código Mantenedora	Razão Social	CNPJ	Natureza Jurídica	Código IES	Instituição (IES)	Sigla	Endereço	Município	UF	Organização Acadêmica	Tipo de Credenciamento	Categoria	Categoria Administrativa	CI	Ano CI	CI-EaD	Ano CI-EaD	IGC	Ano IGC	Situação
483	AUTARQUIA EDUCACIONAL PARA O DESENV CULTURAL DO CABO	11.690.351/0001-98	Pessoa Jurídica Público - Municipal	720	FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS APLICADAS DO CABO DE SANTO AGOSTINHO (FACHUCA)	FACHUCA	Rua do Campo - S/N CEP: 54510-110 - Destilaria	Cabo de Santo Agostinho	PE	Faculdade	Presencial - Superior	Publica	Pública Municipal	-	-	-	-	2	2017	Ativa
14107	FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SAO FRANCISCO	05.440.725/0001-14	Pessoa Jurídica Público - Federal	3984	FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SAO FRANCISCO (UNIVASF)	UNIVASF	Avenida José de Sá Maniçoba - s/n - CEP: 56304-917 - Centro	Petrolina	PE	Universidade	EAD - Superior / Presencial - Superior	Publica	Pública Federal	4	2015	-	-	4	2017	Ativa
16120	INSTITUTO FEDERAL DE EDUCACAO, CIENCIA E TECNOLOGIA DE PERNAMBUCO	10.767.239/0001-45	Pessoa Jurídica Público - Federal	1809	INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE PERNAMBUCO (IFPE)	IFPE	Avenida Professor Luiz Freire - 500 - CEP: 50740-540 - Curado	Recife	PE	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia	EAD - Superior / Presencial - Superior	Publica	Pública Federal	4	2017	4	2016	3	2017	Ativa
16656	INSTITUTO FEDERAL DE EDUCACAO, CIENCIA E TECNOLOGIA DO SERTAO PERNAMBUCANO	10.830.301/0001-04	Pessoa Jurídica Público - Federal	3161	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sertão Pernambucano (IF Sertão)	IF Sertão	Rua Coronel Amorim, nº 76 - CEP: 56300-000 - Centro	Petrolina	PE	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia	EAD - Superior / Presencial - Superior	Publica	Pública Federal	3	2017	-	-	3	2017	Ativa
467	AUTARQUIA MUNICIPAL DO ENSINO SUPERIOR DE GOIANA	11.408.812/0001-97	Pessoa Jurídica Público - Municipal	4398	INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE GOIANA (I.S.E.G.)	I.S.E.G.	Rua Poco Rei - S/N - CEP: 55900-000 - CENTRO	Goiana	PE	Faculdade	Presencial - Superior	Publica	Pública Municipal	-	-	-	-	SC	2016	Ativa

05/06/2019 - 15:22:59

Ministério da Educação - Sistema e-MEC

2/2

Código Mantenedora	Razão Social	CNPJ	Natureza Jurídica	Código IES	Instituição (IES)	Sigla	Endereço	Município	UF	Organização Acadêmica	Tipo de Credenciamento	Categoria	Categoria Administrativa	CI	Ano CI	CI-EaD	Ano CI-EaD	IGC	Ano IGC	Situação
709	AUTARQUIA EDUCACIONAL DE AFOGADOS DA INGAZEIRA-AEDAI	11.479.037/0001-60	Pessoa Jurídica de Direito Público - Municipal	5054	INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO SERTÃO DO PAJEÚ (ISESP)	ISESP	Rua Doutor Osvaldo Gouveia - s/n - CEP: 56800-000 - Centro	Afogados da Ingazeira	PE	Faculdade	Presencial - Superior	Publica	Pública Municipal	-	-	-	-	-	-	Ativa
283	FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO	11.022.597/0001-91	Pessoa Jurídica de Direito Público - Estadual	409	UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (UPE)	UPE	Avenida Agamenon Magalhães - S/N - CEP: 50100-010 - Santo Amaro	Recife	PE	Universidade	EAD - Superior / Presencial - Superior	Publica	Pública Estadual	-	4	2016	3	2017	Ativa	
15538	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO	24.134.488/0001-08	Pessoa Jurídica de Direito Público - Federal	580	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE)	UFPE	Av. Prof. Moraes Rego - 1.235 - CEP: 50670-901 - Cidade Universitária	Recife	PE	Universidade	EAD - Superior / Presencial - Superior	Publica	Pública Federal	4	2009	-	-	4	2017	Ativa
15599	UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO	24.416.174/0001-06	Pessoa Jurídica de Direito Público - Federal	587	UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO (UFRPE)	UFRPE	Rua Dom Manoel de Medeiros - s/n - CEP: 52071-030 - Dois Irmãos	Recife	PE	Universidade	EAD - Superior / Presencial - Superior	Publica	Pública Federal	4	2009	-	-	4	2017	Ativa

ANEXO B – DECLARAÇÃO DO CAPÍTULO DE LIVRO APROVADO



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que Gabriella Carrilho Lins de Andrade é primeira autora do capítulo **As universidades e o ensino e formação em outras abordagens em saúde: um diálogo entre as experiências cubana, norte-americana e brasileira.**

O capítulo foi aceito para ser publicado no segundo semestre de 2021, no livro **Práticas Integrativas e Complementares no SUS: evidências de pesquisa e experiências de implementação**, cujo sumário é apresentado em anexo.

O livro faz parte da série Temas em Saúde Coletiva¹, uma publicação do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

São Paulo, 30 de junho de 2021

Tereza Setsuko Toma
Organizadora do livro

¹ <https://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/producao-editorial/temas-em-saude-coletiva>

**Título do livro:**

Práticas Integrativas e Complementares no SUS: evidências de pesquisa e experiências de implementação

Relevância da publicação:

Há mais de quatro décadas transformações culturais introduziram as então chamadas terapias alternativas nas sociedades ocidentais contemporâneas. A inserção dessas práticas nos sistemas de saúde produziu uma mudança conceitual, que passou a ser adotada pela Organização Mundial de Saúde como Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas.

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) foi criada por meio da Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006².

Produções técnico-científicas têm mostrado o potencial das Práticas integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como são denominadas em nosso meio, para contribuir no atendimento das demandas de gestão e oferta de serviços nos sistemas de saúde.

Em parceria com a Fiocruz Brasília, pesquisadoras do Instituto de Saúde vem desenvolvendo produtos de tradução do conhecimento e produzindo sínteses rápidas de evidências de pesquisas sobre algumas PICS, por demanda priorizada do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, o objetivo deste livro é contribuir para o fortalecimento da PNPIC, analisando as evidências globais de pesquisa e apresentando experiências de implementação dessas práticas no SUS.

² Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006 [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde. 2006 [acesso em: 27 mar. 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html



Organizadores:

Tereza Setsuko Toma, Instituto de Saúde

Marcio Sussumu Hirayama, Centro Paulista de Mindfulness

Jorge Otavio Maia Barreto, Fiocruz Brasília

Laura dos Santos Boeira, Instituto Veredas

Daniel Miele Amado, Coordenação Nacional de PICS, Ministério da Saúde

Paulo Roberto Sousa Rocha, Coordenação Nacional de PICS, Ministério da Saúde

Sumário:

- 1. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC** – Daniel Miele Amado; Paulo Roberto Sousa Rocha
- 2. As práticas integrativas e complementares em saúde no SUS: reestruturação do cuidado ou fortalecimento do modelo assistencial?** – Islândia Carvalho; Charles Dalcanale Tesser
- 3. Avaliação de Tecnologias em Saúde de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde** – Marcus Tolentino da Silva; Taís Freire Galvão
- 4. Medicina tradicional chinesa e a qualidade do relato de ensaios clínicos randomizados** – Tereza Setsuko Toma
- 5. Reflexões sobre avaliação da eficácia de práticas integrativas e complementares** - Charles Dalcanale Tesser; Islândia Carvalho
- 6. Mapas de evidência da efetividade clínica das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde** - Ricardo Ghelman; Carmen Verônica Mendes Abdala; Mariana Cabral Schweitzer; Daniel Miele Amado; Gelza Nunes; Rafael Dall’Alba; Caio Fábio Schlechta Portella
- 7. Acupuntura e auriculoterapia: mapa de evidências** – Cintia Freitas, Roberta de Melo, Leticia Lopes, Maritsa de Bortoli, Laura Boeira, Jorge Barreto



- 8. Meditação e mindfulness: mapa de evidências** – Bruna Araujo, Tais Tesser, Lais Milhomens, Marcio Sussumu Hirayama, Tereza Toma, Laura Boeira, Jorge Barreto
- 9. Plantas medicinais: mapa de evidências** – Bettina Monika Ruppelt; Carla Holandino Quaresma; Carmen Verônica Abdala; Caio Fábio Schlechta Portella; Ricardo Ghelman
- 10. Práticas da medicina tradicional chinesa: mapa de evidências** – Roberta de Melo, Leticia Lopes, Tereza Toma, Laura Boeira, Jorge Barreto
- 11. Yoga: mapa de evidências** – César Luquine Junior, Aline Ribeiro, Daiane Melo, Laura Boeira, Jorge Barreto
- 12. Equilíbrio do SER – Serviço de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em João Pessoa, PB** - Mônica Rocha Rodrigues Alves; Antônia Lêda Oliveira Silva; Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt; Célia Maria Cartaxo Pires de Sá; Karoline de Lima Alves
- 13. Ensino e implementação da auriculoterapia no SUS:** Lúcio Botelho; Charles Tesser
- 14. As universidades e o ensino e formação em outras abordagens em saúde: um diálogo entre as experiências cubana, norte-americana e brasileira** - Gabriella Carrilho Lins de Andrade; Denise Cavalcante de Barros; Marilene Cabral do Nascimento