



Trabalho, Educação e Saúde

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2900>

Práticas integrativas e complementares: institucionalização, perspectivas e desafios para a formação

Integrative and complementary practices: institutionalization, perspectives and challenges for training

Prácticas integradoras y complementarias: institucionalización, perspectivas y retos para la formación

Lauriane Martins Santana¹ Sheila Soares de Assis²
Tania Cremonini de Araujo-Jorge³

¹Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz, Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos, Rio de Janeiro, Brasil. laurimartins80@hotmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz, Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos, Rio de Janeiro, Brasil. sheila.assisbiouff@gmail.com

³Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz, Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos, Rio de Janeiro, Brasil. taniaaraujojorge@gmail.com

Resumo

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde é um conjunto de normas e diretrizes criadas para a implementação de tais práticas. O objetivo do estudo foi analisar a trajetória da referida política por meio de documentos oficiais, com enfoque nos desafios relacionados à formação em saúde e no impacto da hegemonia do modelo biomédico sobre a implementação de tais práticas. O estudo utilizou como instrumento de coleta e análise de dados a análise documental descritiva e a análise textual discursiva, respectivamente. Analisaram-se quatro documentos oficiais. Os resultados apontaram que o documento mais recente apresenta um detalhamento da trajetória de experiências profissionais com as práticas, justificando a oficialização da política. Identificamos a existência de um campo de saberes sobre as práticas anterior à regulamentação da política. Contudo, a abordagem sobre o ensino foi considerada incipiente. Os outros documentos analisados apresentaram somente uma descrição sobre as práticas incluídas na política. A abrangência da dimensão cultural no ensino em práticas integrativas e complementares pode contribuir para um olhar diversificado de tais práticas no Sistema Único de Saúde, de modo a romper com a exclusividade científica do modelo biomédico.

Palavras-chave política nacional de práticas integrativas e complementares; ensino; cultura; modelo biomédico.

Como citar: SANTANA, Lauriane M.; ASSIS, Sheila S.; ARAUJO-JORGE, Tania C. Práticas integrativas e complementares: institucionalização, perspectivas e desafios para a formação. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 23, 2025, e02900277. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2900>

Recebido: 29/04/2024
Aprovado: 19/09/2024



Abstract

The National Policy for Integrative and Complementary Practices of the Brazilian Unified Health System is a set of norms and guidelines created to implement such practices. The study aimed to analyze the trajectory of this policy through official documents, focusing on the challenges related to health training and the impact of the hegemony of the biomedical model on the implementation of such practices. The study used descriptive documentary analysis and discursive textual analysis as data collection tools. Four documents were analyzed. The results showed that the most recent document details the trajectory of professional experiences with the practices, justifying the officialization of the policy. We identified the existence of a field of knowledge about practices before the regulation of the policy. However, the approach to teaching was considered incipient. The other documents analyzed presented only a description of the practices included in the policy. Encompassing the cultural dimension in teaching integrative and complementary practices can contribute to a diversified view of such practices in the Unified Health System, in order to break away from the scientific exclusivity of the biomedical model.

Keywords national policy for integrative and complementary practices; teaching; culture; biomedical model.

Resumen

La Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias del Sistema Único de Salud de Brasil es un conjunto de normas y directrices creadas para la implementación de dichas prácticas. El objetivo del estudio fue analizar la trayectoria de esta política a través de documentos oficiales, centrándose en los desafíos relacionados con la formación en salud y el impacto de la hegemonía del modelo biomédico en la implementación de este tipo de prácticas. El estudio utilizó como instrumento de recolección de datos el análisis documental descriptivo y el análisis textual discursivo, respectivamente. Se analizaron cuatro documentos. Los resultados mostraron que el documento más reciente detalla la trayectoria de las experiencias profesionales con las prácticas, justificando la oficialización de la política. Se identificó la existencia de un campo de conocimiento sobre las prácticas anterior a la reglamentación de la política. Sin embargo, el abordaje de la enseñanza fue considerado incipiente. Los demás documentos analizados sólo presentaban una descripción de las prácticas incluidas en la política. La inclusión de la dimensión cultural en la enseñanza de las prácticas integradoras y complementarias puede contribuir a una visión diversificada de dichas prácticas en el Sistema Único de Salud, con el fin de romper con la exclusividad científica del modelo biomédico.

Palavras-chave política nacional de prácticas integrativas y complementarias; enseñanza; cultura; modelo biomédico.

Introdução

As práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) são recursos terapêuticos que visam ao cuidado em uma perspectiva integral, englobando os aspectos físicos, emocionais, mentais e espirituais dos sujeitos e coletividades com enfoque na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida (Brasil, 2006; 2018b). Elas têm uma relação de afinidade com o campo das medicinas tradicionais complementares e integrativas (MTCIs), denominação adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Amado et al., 2017; Tesser e Dallegrave, 2020).

O termo ‘medicina tradicional complementar’ (MTC) foi constituído pela junção dos termos ‘medicina tradicional’ (MT) e ‘medicina complementar’ (MC). Já a MC, também conhecida como medicina alternativa (MA), forma um conjunto de práticas de saúde não convencionais e não incorporadas totalmente ao sistema de saúde nacional vigente em determinado país, mas que são usadas de forma articulada com a medicina tradicional em alguns países (Organização Mundial da Saúde, 2013). Por sua vez, ‘medicina integrativa’ (MI) apresenta uma evolução histórica dos termos ‘alternativo’ e ‘complementar’, sinalizando uma mudança paradigmática de não concorrência e possibilidade de

integração entre as práticas de forma horizontal e de acordo com a vontade e as necessidades de saúde do usuário (Amado et al., 2017).

As MTCIs caracterizam-se pelo conjunto de saberes, práticas, teorias, crenças e experiências de diferentes culturas que têm como finalidade a prevenção, o diagnóstico e a preservação da saúde física e mental, considerando os sujeitos em sua totalidade (Organização Mundial da Saúde, 2013; Dan-Dan et al., 2024). Segundo Souza, Hortale e Bodstein (2018), a diversidade e a complexidade no que se refere à nomenclatura no campo das PICS no Brasil e das MTCIs, em âmbito internacional, se constituem como um desafio para os tomadores de decisão e profissionais da saúde, provavelmente pela quantidade de nomenclaturas existentes. Isso pode causar equívocos na compreensão sobre seus objetivos, indicação, benefícios e riscos, resultando em fragilidade e inconsistências nesses dois campos de saberes e práticas em saúde (Ho et al., 2021; Hoenders et al., 2024).

Um dos marcos fundamentais do campo das PICS no Brasil foi a elaboração do conceito de racionalidades médicas. Entre as décadas de 1980 e 2000, Madel Therezinha Luz, grande referência na área das PICS e coordenadora do grupo de pesquisas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) denominado na época de 'Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde', produziu atividades de pesquisas e estudos acadêmicos que discutiam a produção da 'cultura médica', a naturalização do saber biomédico e os cinco sistemas médicos: a biomedicina (medicina ocidental contemporânea), a homeopatia, a medicina tradicional chinesa, a *ayurveda* e mais recentemente (2010-2011) a medicina antroposófica (Luz, 2012; Marques, 2020; Silva, 2022).

O processo de normatização das práticas da medicina ocidental contemporânea, a partir do século XVII, passou a estabelecê-la como a representante única do conhecimento científico, portadora da racionalidade científica. Com o aprofundamento dos estudos, esses pesquisadores perceberam que o campo da homeopatia apresentava resultados que tinham uma lógica terapêutica e uma proposta diagnóstica coerentes, mas dissonavam das concepções da biomedicina, ou seja, esses estudos indicavam a existência de outra lógica, a qual obedecia a princípios que não condiziam com o que estava estabelecido pela ciência biomédica (Luz, 2012; Marques, 2020).

Naquela época, a ideia era desnaturalizar a hegemonia do conhecimento científico ocidental, considerando que outros sistemas médicos coexistiriam com a medicina ocidental contemporânea, além de definir a racionalidade médica como um conjunto estruturado de saberes e práticas com seis dimensões interconectadas: morfologia humana – modo de organização anatômica do corpo humano; dinâmica vital – funcionamento do corpo humano, equilíbrio ou desequilíbrio fisiológico; doutrina médica – a qual define ou explica a experiência do adoecimento e do estar saudável, a causa, o tratamento; sistema diagnóstico – esquema interpretativo relativo às queixas e ao processo de adoecimento por meio de anamnese; sistema terapêutico; cosmologia – baseada em concepções culturais e simbólicas, conferindo significados ao universo cultural no qual se insere (Luz, 2012; Carvalho, Coelho e Carmo, 2023).

Madel e colegas sistematizaram um estudo teórico comparativo por meio da aplicação desses seis quesitos, com quatro sistemas médicos: a medicina ocidental contemporânea; a homeopatia; a medicina tradicional chinesa; a *ayurvédica* (medicina indiana). Contradizendo a ideia de que a biomedicina era exclusivamente detentora da racionalidade científica, foi possível ao grupo averiguar no estudo comparativo que, apesar das diferenças entre essas medicinas, existiam uma razão médica e uma eficácia terapêutica próprias coerentes com seu estilo e forma de pensamento (Tesser e Luz, 2008; Marques, 2020).

Nesse contexto, o surgimento da categoria racionalidades médicas no campo da saúde possibilitou, no plano teórico, o enfrentamento do paradigma epistemológico tradicional – admitindo a existência de outros sistemas médicos que tivessem racionalidades médicas – e as diferenciações entre sistemas médicos, práticas terapêuticas e práticas de saúde, associadas ou não às racionalidades médicas. No plano prático, em relação à possibilidade de legitimação institucional de diagnósticos e intervenções terapêuticas provenientes de sistemas médicos não hegemônicos, tornou-se uma ferramenta conceitual que proporcionou aprimoramento teórico e consistência terapêutica ao método (Luz, 2012, p. 21).

Segundo os estudos de Silva e colaboradores (2020), o protagonismo no ensino e na pesquisa do grupo liderado por Madel foi um dos eventos mais relevantes para a trajetória da institucionalização das PICS no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que os estudos desenvolvidos permitiram uma ruptura com a visão pragmática que depreciava outros sistemas médicos ou práticas terapêuticas diferentes da biomedicina. Assim, a legitimação das discussões acerca das racionalidades médicas repercutiu positivamente, aquecendo o debate político e institucional nos anos seguintes com a institucionalização da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006 e a inclusão das práticas de medicina tradicional chinesa (acupuntura), homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica, termalismo social e crenoterapia (Brasil, 2006; 2018b).

Em 2017, a PNPIC foi ampliada com a inserção das práticas de arteterapia, *ayurveda*, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, *reiki*, *shantala*, terapia comunitária integrativa e ioga (Brasil, 2017). No ano seguinte, houve a inclusão das seguintes práticas: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia, terapia de florais (Brasil, 2018a).

A PNPIC define-se como um conjunto de normas e diretrizes que estabelecem o planejamento de ações para a implementação das PICS no âmbito do SUS (Brasil, 2006; 2018b), composta por três documentos oficiais relacionados à implementação da política. O processo de institucionalização da PNPIC já foi abordado em outros estudos (Amado et al., 2017; Silva et al., 2020; Marques, 2020; Silveira e Rocha, 2020; Melo, Sant'Ana e Bastos, 2022; Santos e Brasil, 2022; Ignatti e Nakamura, 2021). Nossas investigações partem da análise da trajetória da PNPIC no SUS; temos como proposta centrar nossa discussão nos aspectos referentes ao ensino em PICS, de modo a estabelecer relações com a perspectiva cultural e as implicações do modelo biomédico hegemônico para as PICS e, consequentemente, para o campo da PNPIC, por meio dos documentos oficiais.

A produção de conhecimento científico em ensino e formação em PICS ainda é um assunto pouco explorado no campo da PNPIC. As investigações de Tesser, Sousa e Nascimento (2018) sinalizam pouco avanço e investimentos na área desde a institucionalização da PNPIC. Outros pesquisadores consideraram a falta de regulamentação das formações e da atuação em PICS – assim como a ausência da organização de informações sobre cursos e formações ofertados no Brasil – como um cenário desafiador para o campo da PNPIC (Azevedo e Pelicioni, 2011; Marques, 2020; Silva et al., 2021; Silva, 2022).

Dentre suas diretrizes, a PNPIC sinaliza a implementação de estratégias de ensino para promoção e qualificação dos profissionais de saúde atuantes com as PICS e ações de divulgação sobre os conhecimentos básicos em tais práticas voltados para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. Contudo, o diagnóstico situacional sobre as PICS – levantamento de dados sobre sua inserção no Brasil, incluso no documento da PNPIC de 2006 – já indicava uma inconsistência nas informações sobre as formações feitas pelos profissionais. Apenas 14,35% deles realizavam cursos em centros de formação, sendo que 45,22% eram nos próprios serviços; 43,43% não responderam a essa questão (Brasil, 2006; 2018b).

Nesse sentido, justificamos a importância do desenvolvimento de pesquisas que abordem essa temática, visando à melhoria da qualificação, ao aprimoramento e à educação permanente dos profissionais atuantes, a fim de garantir a segurança e a eficácia das práticas ofertadas aos usuários, assim como a legitimidade, a validade científica e o reconhecimento das práticas. Além disso, o fomento às pesquisas nesse campo proporciona a ampliação e a democratização do acesso às informações, de modo a possibilitar aos sujeitos a escolha pela prática que melhor atenda às suas necessidades.

Ao considerarmos os aspectos apresentados e a nossa justificativa, fundamentamos nossa discussão com base nos conceitos principais das teorias de Paulo Freire e Pierre Bourdieu, pois esses autores nos oferecem uma perspectiva crítica acerca do processo de institucionalização da PNPIC e dos aspectos referentes ao ensino, à cultura e ao modelo biomédico hegemônico.

A proposta pedagógica de Paulo Freire enfatiza a importância do diálogo no processo educativo e valoriza as relações de troca e reciprocidade entre educadores e educandos (Freire, 1987). A valorização das experiências e da história de vida dos educandos no conteúdo curricular e o reconhecimento da identidade cultural destes e do contexto social no qual se encontram também são questões abordadas na pedagogia de Freire. Dessa forma, acreditamos que aspectos dessa proposta se tornam adequados à temática das PICS e ao campo da PNPIC, pois é possível a investigação de sentidos e significados que os educandos atribuem ao cuidado, ao processo de adoecimento, de cura e melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e suas percepções sobre como são construídos os fenômenos sócio-históricos, coletivos e pessoais.

A educação popular em saúde, que dialoga com a proposta freiriana, traz contribuições importantes para o campo da PNPIC por seu potencial de estimular reflexões críticas no âmbito do ensino e das formações em PICS, por se tratar de uma abordagem pedagógica de cunho social e transdisciplinar que se preocupa com a promoção da justiça social e o empoderamento das camadas populares mais vulnerabilizadas, assim como o acesso ao conhecimento e a sua democratização (Vieira, Alves e Alencar, 2024).

Outra questão fundamental para esse debate são as implicações da hegemonia do modelo biomédico no cuidado em saúde, largamente disseminado nas formações acadêmicas na área da saúde e nas propostas de qualificação e formação dos profissionais no contexto do SUS. Constata-se a reprodução de uma assistência em saúde centrada na doença e na disfuncionalidade dos aspectos físicos e biológicos dos sujeitos, a qual obedece a uma lógica fragmentada em que o especialista tem a função de detectar as doenças, realizar intervenções e adotar procedimentos normatizados para a prescrição do tratamento. Contudo, decorre desse processo a minimização dos aspectos subjetivos que circundam as vivências e as escolhas dos sujeitos na sociedade, assim como a influência dos determinantes sociais no processo saúde e doença nos planos individual e coletivo (Carvalho e Ceccim, 2009; Fertomani et al., 2015; Hoenders et al., 2024).

Além de considerar que, historicamente, esse modelo está fortemente difundido no campo do ensino acadêmico e nas ações dos serviços de saúde público e privado, devemos levar em conta que o campo da saúde pública é um campo de disputas. Ao partirmos dos pressupostos teóricos de Pierre Bourdieu (2011), compreendemos o campo da saúde como um espaço social no qual os agentes sociais, as instituições e as organizações disputam o poder, visando à manutenção de seus privilégios e de sua posição social e buscando, por meio da acumulação de determinado tipo de capital, conservar ou modificar as forças existentes nesse campo. É provável que tal dinâmica possa explicar esse tensionamento presente nas narrativas de cunho depreciativo e preconceituoso em relação às PICS. Centradas exclusivamente em tratamentos em saúde com base em evidências biomédicas, outras formas de conhecimento oriundas de saberes ancestrais e transgeracionais, provenientes de culturas milenares, passaram a ser descredibilizadas em nossa sociedade e na área da saúde, privilegiando-se o método cartesiano.

Em contrapartida, a construção de redes colaborativas entre os pesquisadores e representantes das PICS e o acúmulo de produção científica do grupo liderado por Madel promoveram o engajamento coletivo para a disseminação do conhecimento e aceitação das PICS e exerceram forte influência na regulamentação da política em 2006. Acreditamos que a perspectiva bourdiana nos permita problematizar as disputas e tensões emergentes no contexto das PICS e da PNPIC, dando-nos pistas sobre a dinâmica da época, o contexto, os atores envolvidos e os interesses em jogo, a fim de alcançarmos uma análise e interpretação dos dados de forma consistente e com coerência lógica (Salge, Oliveira e Silva, 2021).

Ao levarmos em conta a necessidade de avanços no campo do ensino e das formações em PICS no Brasil e do fortalecimento e consolidação da PNPIC no âmbito das políticas públicas do SUS, nosso estudo pretende analisar a trajetória da PNPIC no SUS com enfoque no ensino e em suas relações com a perspectiva cultural e hegemônica do modelo biomédico por meio de documentos oficiais da PNPIC.

Métodos

Em nosso estudo, de abordagem qualitativa, usamos como técnica de coleta de dados a análise documental descritiva (ADD), definida como um procedimento que envolve a junção e a organização de documentos selecionados para estudo, a fim de sistematizar e decodificar as informações contidas em seu conteúdo e que sejam pertinentes ao objetivo da pergunta de investigação (Salge, Oliveira e Silva, 2021). Para análise e interpretação de dados, nos valem da análise textual discursiva (ATD), a qual consiste em uma metodologia de análise de dados de caráter fenomenológico e hermenêutico que apresenta os resultados da análise de forma descritiva e interpretativa, empreendendo uma nova compreensão sobre o fenômeno estudado (Moraes e Galiazzi, 2016).

Os materiais aproveitados na investigação foram os documentos oficiais da PNPIC: A – portaria n. 971, de 3 de maio de 2006; B – portaria n. 849, de 27 de março de 2017; C – portaria n. 702, de 21 de março de 2018; D – portaria n. 971, de 3 de maio de 2006 (2ª edição, 1ª reimpressão). No Quadro 1, trazemos informações detalhadas sobre os documentos.

Quadro 1 – Descrição dos documentos oficiais que compõem a PNPIC, 2024.

ID	Tipo	Título	Autor	Ano de publicação	Nº de páginas	Objetivo
A	Documento oficial do Ministério da Saúde (portaria n. 971/2006)	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso	Ministério da Saúde (Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica)	2006	92	Aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde
B	Documento oficial do Ministério da Saúde (portaria n. 849/2017)	Portaria n. 849/2017	Ministério da Saúde (Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica)	2017	Não consta	Inclusão de novas práticas pela portaria n. 849/2017
C	Documento oficial do Ministério da Saúde (portaria n. 702/2018)	Portaria n. 702/2018	Ministério da Saúde (Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica)	2018a	Não consta	Altera a portaria de consolidação n. 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para a inclusão de novas práticas
D	Documento oficial do Ministério da Saúde (portaria n. 971/2006)	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso (2ª edição/1ª reimpressão)	Ministério da Saúde (Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica)	2018b	98	Aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Nota: SUS - Sistema Único de Saúde

Fizemos nossa investigação por meio de pesquisas no *site* do Ministério da Saúde,¹ no qual pudemos encontrar toda a legislação da PNPIC. Com base em Salge, Oliveira e Silva (2021), efetuamos uma leitura pormenorizada dos quatro documentos selecionados para a análise em sua totalidade, nos atentando para a seleção de aspectos relacionados ao processo de construção da PNPIC e o ensino em PICS. Assim, situamos nas narrativas textuais os ‘conceitos-chave’ referentes ao objetivo de nossa investigação na temática PNPIC: os principais marcos históricos e eventos, os agentes sociais e instituições envolvidos, o contexto social, político e econômico da época. Já na temática do ensino, nosso enfoque foi: formações; educação popular; educação permanente; pesquisas acadêmicas.

Com fundamento em Moraes e Galiuzzi (2016), após a seleção dos fragmentos de texto referentes a essas temáticas, procedemos à codificação em unidades de sentido. As unidades teóricas foram construídas com base no referencial teórico de Paulo Freire e Pierre Bourdieu, e em literatura da área das PICS/PNPIC e outros trabalhos que dialogaram com a investigação. Agrupamos as unidades de sentido e as unidades teóricas e criamos as categorias de análise que se transformaram em metatextos para a comunicação dos resultados (Moraes e Galiuzzi, 2016). Os metatextos são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Metatextos relacionados à comunicação dos resultados, 2024.

Metatextos	Aspectos abordados
A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: estrutura documental e trajetória de construção da PNPIC	Apresenta uma análise descritiva dos documentos da PNPIC e aborda os aspectos históricos do processo de construção da política
Ensino em PICS	Apresenta experiências de ensino em PICS anteriores à institucionalização da PNPIC, o cenário atual do ensino em PICS e a perspectiva teórica e metodológica da PNPIC
A integração entre os saberes: desafios e perspectivas para a formação em saúde	Abrange as questões de valorização e o diálogo entre diferentes saberes e perspectivas de cuidado, alinhando-se com os desafios e as perspectivas para a formação de profissionais de saúde.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Nota: PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; PICS - Práticas integrativas e complementares em saúde.

Resultados e discussão

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: estrutura documental e contexto sócio-histórico

Ao se analisarem os quatro documentos oficiais de institucionalização e ampliação da PNPIC, é possível perceber que a trajetória da política no SUS atravessou diferentes fases desde a sua oficialização, em 2006, até sua ampliação mais recente, em 2018. Nesta seção, propomos uma descrição desses documentos com suas principais características e apresentamos o contexto sócio-histórico, os agentes sociais e instituições envolvidos, além de outros fatores que influenciaram na construção e repercutiram na consolidação dessa política.

Para Salge, Oliveira e Silva (2021), é fundamental que se incorporem à análise documental os eventos significativos que ocorreram durante o processo de construção do material analisado, as mudanças políticas e sociais, as tecnologias empregadas na época. Relacionar os atores sociais que participaram desses momentos, descobrindo as suas motivações e interesses, também é interessante para uma compreensão mais ampliada, assim como os procedimentos técnicos, a metodologia e a fundamentação teórica escolhidos para a elaboração do documento. Apresentamos a seguir uma análise descritiva de cada documento, juntamente com a discussão e a fundamentação teórica.

Documento A

Trata-se do primeiro documento de institucionalização da PNPIC, datado de 2006, mediante a portaria n. 971. Produzido pelo Ministério da Saúde, órgão responsável pela elaboração e distribuição, e vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. Apresenta uma versão em formato de livreto, com diagramação predominantemente na cor verde, que representa a área da saúde, e ilustrações na capa das primeiras PICS incluídas na política (medicina tradicional chinesa-acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica, termalismo e crenoterapia) (Brasil, 2006; 2018b).

O documento está dividido em três capítulos: processo de construção da política nacional – apresenta as justificativas para a implementação da política, o processo de construção da PNPIC e a participação dos agentes sociais e instituições; documento técnico da PNPIC – traz uma síntese sobre as cinco PICS inclusas, os objetivos da PNPIC e as diretrizes para a sua implementação, as responsabilidades institucionais nas três esferas do governo e o glossário; diagnóstico situacional das PICS no SUS – descreve o processo de produção do diagnóstico e contém anexado o questionário usado na coleta e na análise de dados (Brasil, 2006; 2018b).

Quanto ao contexto histórico e aos agentes sociais e instituições envolvidos, é importante ressaltar que o processo de institucionalização da PNPIC contou com eventos importantes, como a chegada do governo Lula ao poder em 2002, com a sua perspectiva político-ideológica democrática, a qual gerava a expectativa nos agentes sociais com ideias afins sobre a possibilidade de uma mudança de paradigma do cuidado no campo da saúde. Assim, o ambiente tornou-se favorável para a abertura do diálogo entre o Ministério da Saúde e as associações representativas das práticas de medicina tradicional chinesa-acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica, termalismo e crenoterapia (Silva et al., 2020; Marques, 2020; Ignatti e Nakamura, 2021).

Além disso, alguns agentes sociais representantes dessas práticas atuavam no Ministério da Saúde, principalmente no Departamento de Atenção Básica, e propuseram a primeira reunião com o ministro da Saúde na ocasião (Humberto Costa), em 2003, o que posteriormente se desdobrou na produção do diagnóstico situacional das PICS e na elaboração do texto da política. O documento também faz uma citação sobre o trabalho de Madel Therezinha Luz, ao explicar a conceituação de sistemas médicos complexos no campo da PNPIC e das MTCIs (Brasil, 2006; 2018b; Silva et al., 2020; Marques, 2020).

As deliberações das conferências nacionais foram eventos fundamentais para a oficialização das PICS no SUS, principalmente as de 1986, 1996, 2000, 2003 (Brasil, 2006; 2018b). Nesses espaços, discutiram-se as propostas de inserção e manutenção das PICS no SUS, reivindicando-se o acesso democrático e o direito à escolha da prática preferida pelos usuários; a insuficiência do modelo de atenção curativista centrado no médico; e as PICS como assistência em saúde não hegemônica, de baixo custo e com potencial preventivo e curativo (Brasil, 1987; 1996; 2000; 2004; Marques, 2020; Ignatti e Nakamura, 2021).

Internacionalmente, as recomendações da OMS acerca da medicina tradicional complementar eram a respeito da criação de estratégias voltadas para a segurança, a qualidade e a eficácia das práticas e a formulação de políticas que as vinculassem aos sistemas de saúde nacionais com foco na atenção à saúde primária em países em desenvolvimento (Organização Mundial da Saúde, 2002; 2013). Na análise dos documentos, percebemos condições favoráveis à implementação da política em sua fase inicial. Podemos dizer que o fluxo da política, conforme discutido por Kingdon (2011), possibilitava uma situação favorável no campo político, administrativo e legislativo, nos cenários nacional e internacional, com repercussão na abertura para a discussão de novas propostas e possibilidades de resolução de problemas no campo da saúde.

De acordo com a noção de campo em Bourdieu (2015), o qual é definido como espaço em que os agentes sociais estão posicionados e manifestam suas relações de poder, disputando mediante recursos simbólicos que lhes conferem prestígio e legitimação social, compreendemos como o contexto de delineamento da política mobilizava os agentes sociais para a promoção de mudanças no interior do campo da saúde com a institucionalização das PICS. Isso representaria, na dinâmica da economia dos

bens simbólicos, disputar espaço no campo por meio de um modelo de cuidado humanizado e integral, de modo a conquistar uma posição de destaque que possibilitasse a mudança da agenda decisória governamental.

Em contrapartida, também ocorreram ações contrárias e tensionamentos entre os agentes sociais no campo em relação à construção da PNPIC. Durante o processo de submissão do texto da política às instâncias avaliadoras (câmaras técnicas dos conselhos nacionais de secretários estaduais e municipais de Saúde e a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT), promoveram-se revisões, novas submissões e a inclusão de novos atores para a elaboração do texto final (Brasil, 2006; 2018b; Silva et al., 2020; Marques, 2020). Durante esse processo, houve a supressão da pauta sobre recursos orçamentários, denunciando a falta de compromisso da CIT com a formulação da PNPIC (Silva et al., 2020) e demonstrando a fragilidade do poder decisório por parte dos membros do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que a conduta da CIT impactou de forma negativa a sua capacidade deliberativa.

Naquele momento, a arena política refletia um campo de forças assimétricas em que os agentes representantes do setor privado da saúde e de associações de classe contrárias à institucionalização da PNPIC concorriam para exercer maior influência no campo da saúde e conservar a sua posição de privilégio (Silva et al., 2020; Cortês, 2009). Segundo os estudos de Silva e colaboradores (2020), a inexistência do fator indutor é uma das questões que mais dificultam a execução da PNPIC no SUS. Sinalizamos que a falta de recursos orçamentários ocasiona, na invisibilidade da política, a descontinuidade ou má qualidade dos serviços, infraestrutura inadequada, riscos aos usuários e deficiência na formação dos profissionais, comprometendo a sua consolidação no SUS.

Embora a grande bagagem de conhecimento gerado sobre as PICS e a formação das redes de relações contassem como um aspecto positivo para a modificação do campo, quando fazemos referência ao conceitos de capital cultural e social propostos na teoria de Bourdieu (2011), consideramos que não foi o suficiente para disputar as forças do capital econômico fortemente difundidas no campo da saúde, representadas pelos grupos de assistência de saúde privada presente no SUS (Silva et al., 2020), o que deduzimos justificar a ausência de recursos financeiros para a PNPIC ainda hoje.

Sobre as estratégias e os instrumentos usados pelos agentes sociais para a construção da PNPIC, o documento A descreveu a realização de reuniões técnicas, a formação de grupos de trabalho, a criação de fóruns com a participação da sociedade civil que resultaram na elaboração de um diagnóstico situacional das PICS. Esse material foi o resultado da coleta e da análise de dados sobre a inserção das PICS nos estados e municípios brasileiros e apresentava o cenário das práticas naquele período. Cabe ressaltar que não havia naquele tempo o avanço tecnológico e digital que existe hoje. Atualmente, contamos com um aparato tecnológico que nos permite o levantamento e a análise das informações em minutos. O levantamento dos dados foi feito pelo envio de questionário pelos correios aos secretários estaduais e municipais de Saúde, e a análise dos dados estatísticos, pelo programa de sistema de gerenciamento de dados Access, da Microsoft.

Inferimos que a fase de coleta de dados possa ter sido prejudicada pela morosidade ou pelo extravio no processo de entrega desse material, uma vez que consideramos a amostra com baixo quantitativo de respostas, pois 5.560 questionários foram enviados, mas apenas 1.342 retornaram para a análise estatística. Para a apresentação dos resultados, utilizaram-se o texto para elucidar as temáticas investigadas e gráficos estatísticos (em formatos de coluna e pizza), que retrataram a amostra coletada. Consideramos que os dados analisados no documento em questão apresentaram de forma sucinta o panorama da trajetória da PNPIC e das PICS inseridas na política, tornando-se necessária para uma análise mais contextual a confrontação com estudos recentes da literatura.

Documento B

Tem como propósito a inclusão de novas PICS na PNPIC pela portaria n. 849/2017. Apresenta uma breve descrição das práticas inclusas (arteterapia, *ayurveda*, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, *reiki*, *shantala*, terapia comunitária integrativa e ioga), contudo não aponta de forma detalhada e sistematizada a implementação de diretrizes específicas para cada uma das práticas (Brasil, 2017).

Entendemos que a ausência de diretrizes claras pode repercutir de forma negativa na consolidação da PNPIC, vindo a acarretar uma implementação desigual em diferentes estados e municípios e a falta de orientação e padronização da prática, comprometendo a qualidade do serviço ofertado e a segurança dos usuários assistidos. Justamente essa questão contradiz o processo inicial de construção da PNPIC, que evidenciava a falta de critérios, de monitoramento e avaliação da oferta das PICS naquela época e enfatizava a necessidade da institucionalização da política, conforme apresentado no documento A (Brasil, 2006).

Em relação ao contexto de ampliação das PICS na PNPIC, estudos reportam ao momento político conturbado, tensionado por reações contrárias e favoráveis de diferentes associações e segmentos de classe à inclusão de novas práticas em tal política. A falta de debate público e a inexistência de estudos que comprovassem o seu potencial de eficácia causavam questionamentos no campo da PNPIC (Silva et al., 2020; Tesser, Sousa e Nascimento, 2018). Essa questão pode ser notada pela ausência de informações precisas nos estudos referenciados e pela dificuldade de encontrarmos trabalhos que discutissem a participação dos agentes sociais e das instituições envolvidas, as estratégias empreendidas por eles e os critérios de escolha das PICS no processo de ampliação da política e oficialização das novas práticas no SUS. Assim, consideramos a falta de debate público entre os agentes governamentais, instituições acadêmicas, profissionais de saúde e sociedade civil um ponto negativo para a formulação da ampliação da PNPIC.

Também observamos uma diversificação da natureza das práticas inclusas (Silveira e Rocha, 2020), como a arteterapia, a musicoterapia e a dança circular, na ampliação da PNPIC, o que pode expressar uma mudança de visão sobre o cuidado em saúde, em que as PICS passariam a ser compreendidas como práticas de saúde de cunho terapêutico mediadas pela interação grupal e social. Em nossas buscas, encontramos nos estudos de Oliveira e Pasche (2022) uma justificativa técnica e outra cultural para a inserção de novas PICS na PNPIC. Os resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) revelavam um ambiente de validação institucional dos profissionais de saúde de algumas práticas e o interesse pela experimentação de uma produção do cuidado que se caracterizava por uma diversidade cultural ofertada nos territórios, contudo não notificada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), indicando subnotificação e desconhecimento do Ministério da Saúde sobre o tema. Mediante questionamento do ministério às equipes de saúde da família, informou-se que as práticas mais ofertadas em termos quantitativos eram: terapia comunitária integrativa, arteterapia, danças circulares, *shantala* e musicoterapia (Oliveira e Pasche, 2022).

Sobre a justificativa atribuída à legitimação cultural proveniente das experiências dos profissionais com as PICS (Oliveria e Pasche, 2022), consideramos a noção de *habitus* cunhada por Bourdieu (2004), que diz respeito ao modo pelo qual os agentes sociais pensam, agem e apreendem o mundo, para compreender como os agentes representantes das PICS promoveram ativamente a legitimação social e cultural dessas práticas e exerceram forte influência no campo, provocando tensões para que a inclusão fosse realizada, sendo portanto um movimento de 'baixo' para 'cima' (Oliveira e Pasche, 2022). Ao refletirmos sobre esse cenário, reiteramos a necessidade do investimento em estudos sobre novas PICS implantadas, com base na criação de construtos teóricos-metodológicos que estabeleçam um diálogo pertinente com o conceito de racionalidades médicas incorporado pelo campo da PNPIC nos primórdios das discussões epistemológicas sobre tais práticas.

O texto inicial do documento faz menção à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e à Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS). Assim como a PNPIC, a PNPS foi institucionalizada em 2006; a PNAB e a PNEPS foram criadas nos anos seguintes. Essa menção demonstra a necessidade do estabelecimento de relações com outras políticas públicas de saúde para o fortalecimento do SUS e a consolidação de seus princípios fundamentais, tais como a humanização e a integralidade do cuidado; o respeito às singularidades e à diversidade de sujeitos, comunidades e territórios; a intersetorialidade; a democratização das práticas populares em saúde; a valorização das PICS; a integração entre os saberes; a participação popular, por exemplo (Brasil, 2006; 2013; 2018b).

O documento B também aborda os avanços da PNPIC nos dez anos de sua institucionalização, em relação ao acesso e ampliação da oferta das PICS nos serviços de saúde e à avaliação positiva do PMAQ no que se refere à presença de oferta na atenção básica das 14 práticas que estavam sendo incluídas na PNPIC em 2017. Contudo, Santos e Martins Filho (2023), ao analisarem os dados de 2022 do PMAQ, verificaram que a oferta de PICS na assistência básica ainda é incipiente, sendo que das 29 práticas incorporadas na PNPIC, a disponibilização nos serviços de saúde se concentra em duas ou três. Desse modo, reforçamos a importância dos instrumentos avaliativos governamentais e externos para um diagnóstico situacional das PICS, assim como dos anos que antecederam a institucionalização da PNPIC, em 2006, a fim de melhor orientar a sua oferta no SUS.

É importante trazermos como desfecho de nossa discussão um evento histórico ocorrido no decênio da institucionalização da PNPIC, para refletirmos criticamente sobre os impactos e mudanças sociais e políticas que ocorreram nesse período. O início do desmonte das políticas públicas de saúde no Brasil ficou evidenciado em 2016 por meio da emenda constitucional n. 95/2016, que em seu artigo 110 estabelecia mínimos de gastos com saúde e educação, o que prejudicaria diretamente a implementação de ações e serviços nessas áreas (Brasil, 2016). O mecanismo de imposição de um teto de gastos para as despesas públicas geralmente impacta as áreas da saúde, da educação e do bem-estar social, e é usado principalmente em períodos de governos com regimes políticos neoliberais, antidemocráticos e autoritários.

Documento C

Tem como propósito a inclusão de novas PICS pela portaria n. 702/2018, que incorpora as seguintes práticas: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia, terapia de florais. O texto inicial é apresentado nos mesmos moldes da portaria anterior; não especifica as diretrizes a serem implementadas para as novas PICS incluídas. Portanto, reiteramos as nossas considerações já discutidas no documento B.

Trazemos à tona os anos de 2017 e 2018, mencionando o Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CongrePICS), em 2018, como evento histórico no campo da PNPIC e ao mesmo tempo estratégia usada por agentes sociais e instituições que culminou na expansão da PNPIC. De acordo com as investigações de Oliveira e Pache (2022), a expansão da PNPIC representou um cenário de conjunção de relações de poder que gerou diversas críticas no campo da política, como a falta de articulação do evento com a RedePICS (rede colaborativa formada por atores e entidades representativas das PICS), a espetacularização política e financeira e a discrepância com a proposta original do incentivo à territorialização e à regionalização da PNPIC por meio da criação de políticas estaduais e municipais. No estudo de Oliveira e Pasche (2022), essas questões foram interpretadas como um evento com forte influência de agentes sociais que tinham interesses políticos em lucrar com a revisão da política.

Em 2021, instaurou-se uma crise no campo da PNPIC, com a demissão de atores sociais que ocupavam cargos na Coordenação Nacional das PICS desde a sua implementação no SUS, sendo que a entrada da nova gestão foi criticada pela Rede PICS (Oliveira e Pasche, 2022). Bourdieu (2004) discute

as correlações de força no campo e o movimento dinâmico de reestruturação que pode ocasionar crises – no caso, uma crise em que o *habitus* presente no campo das PICS estava sob a influência de novas forças contrárias ao direcionamento da política.

Não podemos deixar de enfatizar que esse período foi atravessado por uma crise política e institucional no Brasil, principalmente no Ministério da Saúde. Com o golpe de 2016 e o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, o vice-presidente Michel Temer tornou-se interino em seguida, permanecendo até o final de 2018. Em um curto período, o campo da política brasileira passou de um regime político que preza pela democracia e defesa dos direitos sociais e a igualdade dos cidadãos para um regime político com ideais neoliberais e conservadores.

Documento D

Refere-se à versão mais recente da portaria n. 971/2006. O documento foi publicado em 2018, e não houve alteração no conteúdo dos capítulos. Predomina a cor verde na diagramação do documento; a capa contém símbolos das primeiras cinco PICS inclusas na política, mantendo a identidade visual do livreto publicado anteriormente (Brasil, 2018a). Em razão da similaridade dos documentos A e D, não verificamos durante o processo de análise a necessidade de acréscimo de mais informações.

Em última análise, os documentos A, B, C e D nos provocam questionamentos sobre a predominância das PICS de origem oriental e europeia inseridas na PNPIC, contrastando com apenas uma prática que foi criada no Brasil, a terapia comunitária integrativa (Guimarães et al., 2020). A valorização dos saberes ancestrais e de outros povos do Ocidente e do Oriente é importantíssima para a construção coletiva do conhecimento da humanidade; contudo, há de se atentar para o processo de colonização europeia pelo qual a sociedade brasileira foi submetida por cerca de trezentos anos, e que ainda hoje sente as marcas desse triste período (Guimarães et al., 2020). Em diálogo com Paulo Freire (1987), evidencia-se a dialética do oprimido-opressor quando observamos a imposição dos sistemas opressivos em introjetar a sua visão de mundo nas classes marginalizadas. Bourdieu (2004) elucida essa dinâmica discutindo as relações de poder existentes no campo e a disputa entre os agentes sociais pela conquista de seus interesses e manutenção de suas regalias.

Outra questão em voga é a proposta das PICS de ruptura com os saberes e cuidados hegemônicos e a valorização de outras formas de cuidado e saber, mas como pensar sobre isso se as práticas de cuidado dos povos indígenas e de matrizes africanas são desqualificadas em nossa sociedade? Sabe-se que os saberes medicinais indígenas e afro-brasileiros não foram inclusos na PNPIC como forma de preservá-los da regulação estatal e da exposição ao epistemicídio sem precedentes (Oliveira e Pasche, 2022; Silva, 2022); no entanto, de que forma a PNPIC pode contribuir apoiando a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, como apontado nas diretrizes dos documentos A e D, e os saberes e práticas de saúde afro-brasileiros? Lançamos essas perguntas, talvez ainda sem respostas, para fins de elucidação sobre as possibilidades de maior valorização de nossa cultura, tão rica, diversificada e criativa, e suas possíveis articulações com o movimento de agentes sociais e instituições envolvidos com PICS, sobretudo em processos formativos no âmbito da PNPIC.

Ensino em PICS

Ao analisarmos o diagnóstico situacional das PICS anexado nos documentos A e D, verificamos a ausência de informações mais precisas acerca das formações em PICS daquela época. Os documentos B e C não apresentam dados sobre esse tema, assim nos detemos na análise do teor dos documentos A e D (Brasil, 2006; 2017; 2018a; 2018b). Isso confirma a nossa impressão quanto a uma ampliação da PNPIC de cunho político, provavelmente sem a abertura de um debate sobre a importância do fomento às pesquisas, formações e qualificações para a atuação dos profissionais de saúde com as práticas inclusas.

Outro aspecto relevante foi o quesito formação profissional, sobre o qual obtiveram destaque as atividades realizadas no interior dos serviços de saúde ($n=45,22\%$) ou por meio de centros de formação ($n=14,35\%$) (Brasil, 2006; 2018b). Um alto percentual de não respondentes ($n=43,43\%$) nos chama a atenção para uma possível subnotificação das informações por questões de logística de endereçamento do questionário utilizado na coleta de dados ou para a fragilidade no processo formativo dos profissionais que atuavam com as PICS (Brasil, 2006; 2018b).

Em relação à acupuntura, o documento D faz menção ao reconhecimento da prática como especialidade pelos conselhos de categorias profissionais da área da saúde no Brasil, sendo disponibilizados cursos formativos em vários estados do país (Brasil, 2006; 2018b). Geralmente, eles são ofertados em instituições de ensino privadas na modalidade *lato sensu* ou como disciplinas optativas em cursos de medicina em instituições privadas e universidades federais públicas (Azevedo e Pelicioni, 2011). Os documentos também destacaram como requisito para o exercício da acupuntura no SUS o título de especialista (Brasil, 2018b).

Sobre a homeopatia, os documentos A e D reportam sua presença em pelo menos dez universidades públicas no contexto do ensino, pesquisa e assistência, além dos cursos de formação de especialistas em 12 estados do país (Brasil, 2006; 2018b). Para o exercício da homeopatia, o profissional médico necessita obter o título de especialista (Azevedo e Pelicioni, 2011). Anteriormente à institucionalização da PNPIC, os estudos sobre a homeopatia impulsionaram a constituição do arcabouço teórico-metodológico das PICS, especialmente pela criação do conceito de racionalidades médicas por Madel e pesquisadores (Luz, 2012). Para Bourdieu (2004, 2011), o acúmulo de capital possibilita maiores conquistas de interesses e manutenção dos privilégios, portanto podemos dizer que, em certa medida, as contribuições desse conceito acentuaram o capital cultural e social dos agentes, conferindo-lhes novas posições no campo da PNPIC e disputas no exterior do campo, uma vez que essa dinâmica atingiu proporções maiores como colaborações para a construção da PNPIC (Silva et al., 2020).

As práticas de fitoterapia e plantas medicinais são abordadas nos documentos A e D, que não fazem menção a formações específicas para o seu exercício (Brasil, 2018b). Segundo informações dos documentos, houve um interesse crescente pela prática no seu período de inclusão na PNPIC; percebeu-se a necessidade de discussões entre profissionais de saúde, especialistas, gestores e movimentos populares sobre a elaboração de normas para seu uso, em razão da introdução da fitoterapia na assistência farmacêutica (Brasil, 2018b).

De acordo com Azevedo e Pelicioni (2011), a fitoterapia apresenta inserções em outras vertentes, como a medicina ayurvédica, a medicina chinesa e a medicina antroposófica, e é ofertada em cursos especializados de fitoterapia brasileira, fitoterapia tradicional e fitoterapia funcional. As formações sobre fitoterapia e plantas medicinais com propostas pedagógicas voltadas para o uso seguro e eficiente – e fundamentadas na saúde com base em evidências científicas – podem trazer importantes contribuições para o cuidado dos usuários do SUS, comunidades e territórios brasileiros, uma vez que o Brasil possui a maior biodiversidade vegetal do mundo, e seu uso de maneira sustentável e consciente promoveria melhora na qualidade de vida por meio de um consumo com menor impacto ambiental.

Os documentos A e D mencionam a introdução do termalismo social e da crenoterapia em contexto acadêmico com grande relevância nos cursos de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) por algumas décadas no país (Brasil, 2006; 2018b). Os documentos não apontam processos formativos relacionados à prática (Brasil, 2006; 2018b). Sobre a medicina antroposófica, esses documentos informam a respeito de uma formação para profissionais médicos, regulamentada pela Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (ABMA), e cursos para profissionais da área da saúde com duração de dois anos para todos os profissionais; posteriormente, seriam acrescentados de dois a três anos para uma formação mais específica (Brasil, 2006; 2018b).

Nas investigações de Silva e colaboradores (2020) durante o processo de construção da PNPIC, houve tensionamentos no interior do campo da PNPIC que repercutiram na autoridade e na validade científicas. Naquela época, houve uma crítica da classe médica sobre o caráter interdisciplinar da prática de acupuntura, que persiste ainda hoje. Já a medicina antroposófica foi considerada como uma prática com menor reconhecimento pela classe médica, em relação à medicina chinesa-acupuntura, à fitoterapia e à homeopatia, que já tinham um determinado *status* perante o Conselho Federal de Medicina. Contudo, as experiências exitosas narradas por seus representantes lhe atribuíram valor.

Esse ponto revela impasses no campo, os quais, segundo Bourdieu (2004), estão associados a determinado tipo de capital que tende a modular essas forças visando à preservação dos privilégios – no caso, pelas críticas à competência técnica para o exercício da prática da acupuntura em um discurso de teor corporativista para a manutenção da hegemonia e autoridade da medicina (Mallmann, Rocha e Siqueira, 2021). Entendemos que seriam interessantes o fomento ao debate e o compartilhamento de experiências entre médicos e outros profissionais de saúde para o enfrentamento desses impasses.

Os documentos B e C apresentam informações específicas sobre cada prática. No entanto, aspectos relacionados às formações não foram abordados. Compreendemos que essa ausência pode ser analisada em dois aspectos. Por serem portarias ministeriais especificamente direcionadas à inclusão das novas práticas, teriam sido normatizadas somente para o acréscimo dessas informações (Brasil, 2017; 2018a; Baptista, 2007). Em uma reflexão mais ampliada, poderemos reportar às discussões elucidadas anteriormente, quando apresentamos o cenário político institucional da ampliação da PNPIC e os interesses políticos e financeiros que estavam em jogo para a rápida incorporação de novas PICS na política. Nesse sentido, optamos pela segunda hipótese, gerada com base em estudos mais recentes.

Sobre o cenário do ensino em PICS no Brasil, ainda existe uma lacuna importante quanto à temática no campo da política, segundo investigações de Tesser, Sousa e Nascimento (2018) e Silva e colaboradores (2021). De acordo com Azevedo e Pelicioni (2011), há uma oferta de cursos livres em instituições particulares, sem pré-requisito para o ingresso dos interessados pelo tema. Chamamos a atenção para essa questão, pois é um fator promotor de tensão no campo da saúde, ao permitir práticas possíveis de serem confundidas com charlatanismo ou atividades sem nenhuma creditação científica. Assim, fomentam-se a resistência e o aceite sobre sua implementação (Oliveira e Pasche, 2022).

Percebemos nos documentos A e D a existência de um campo de estudo e produção de saberes sobre as primeiras PICS incluídas na PNPIC, que vinham de experiências no campo acadêmico e de ações dos profissionais nos serviços de saúde (Brasil, 2006; 2018b). Estudos recentes indicam que o campo do ensino em PICS no Brasil ainda é incipiente em relação à pluralidade de práticas incorporadas na política durante os anos de sua institucionalização e ampliação; e também que a regulamentação das formações ofertadas no Brasil continua deficitária (Tesser, Sousa e Nascimento, 2018; Nascimento et al., 2018; Silva et al., 2021).

Um dos desafios no campo do ensino em PICS são as poucas instituições de ensino que oferecem formações alinhadas aos princípios do SUS, à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e à saúde coletiva (Azevedo e Pelicioni, 2011; Carvalho e Ceccim, 2009; Brasil, 2018c). A visão profissional que valoriza o acolhimento, o vínculo e o contexto, conforme os princípios do SUS, ainda é pouco atrativa, portanto é fundamental a superação do paradigma biomédico tradicional que tem seu foco em uma assistência em saúde limitada a um caráter curativista e prescritivo (Silva et al., 2021).

Com base nas propostas de ensino evidenciadas pelos documentos da PNPIC, no que tange à educação popular em saúde, na perspectiva de Paulo Freire, o diálogo é fundamental para a educação libertadora, pois permite a construção coletiva do conhecimento. A PNPIC, ao enfatizar metodologias participativas e saberes populares, alinha-se com essa visão, promovendo uma educação que não é apenas transmissão de conhecimento, mas também um processo de troca, reciprocidade e construção conjunta entre educadores e educandos (Freire, 1987). Assim, as formações com esse embasamento teórico-metodológico não seriam meramente processos de ensino em que o conhecimento é depositado nos educandos passivamente, uma vez que a ideia é estimular a problematização e a reflexão crítica sobre

eles mesmos e seu lugar no mundo, para que reconheçam os saberes que carregam em si e aprenderam no seu processo de socialização (Freire, 1967).

A interlocução entre a teoria de Freire e a PNPIC pode ser verificada antes mesmo de sua implementação, quando no encontro entre pesquisadores e estudantes já se estabelecia pela via do diálogo e da troca o ambiente favorável ao aprendizado e construção coletiva do conhecimento. Acreditamos na riqueza da interação assistência-ensino-pesquisa – como estabelecido nas diretrizes de implementação da política apresentadas nos documentos A e D – articulada à promoção da educação permanente e da popular no interior dos serviços de saúde, nas instituições de ensino e nas comunidades, pois incentiva a produção de práticas educativas que podem provocar transformações sociais nos planos individual e coletivo (Freire, 1987; Brasil, 2006; 2018b).

Defendemos a ideia de que a construção de uma proposta de ensino em PICS fundamentada nos princípios e diretrizes do SUS deva estar apoiada em uma prática pedagógica crítico reflexiva, valorizando os aspectos locorregionais e culturais (Freire, 1987). E que promova o adensamento das discussões sobre os aspectos referentes à formação, à assistência e à pesquisa no âmbito da PNPIC, buscando a legitimação e o fortalecimento das PICS no SUS e a melhoria na qualidade e na eficácia da assistência em saúde no país.

A integração entre os saberes: desafios e perspectivas para a formação em saúde

Dentre as questões abordadas nos documentos A, B, C e D para discutirmos nesta seção, destacamos a integralidade do cuidado em saúde, a importância e a valorização dos saberes popular e tradicional, a ampliação da participação popular e do controle social visando à retomada e ao compartilhamento do conhecimento tradicional entre profissionais, usuários, detentores desse conhecimento e outros agentes envolvidos no processo, apostando na participação dos movimentos sociais (Brasil, 2006; 2018b). Todos os documentos analisados orientam os estados e os municípios sobre as diretrizes de implementação das PICS considerando as especificidades culturais e regionais, de acordo com as necessidades dos sujeitos, grupos e comunidades (Brasil, 2006; 2017; 2018a; 2018b).

Percebemos que os documentos A, B, C e D evidenciam a importância do apoio às experiências em educação popular. Ao considerarmos a teoria de Bourdieu (2004), entendemos a importância da ampliação dos capitais social e cultural para a formação de redes de relacionamento e de partilha dos saberes tradicionais no âmbito das políticas públicas de saúde no país, a fim de estimular a percepção de outros atores e instituições sobre novas formas de conhecimento e produção do cuidado no campo do SUS, uma vez que as PICS ainda são marginalizadas nos serviços públicos de saúde em razão da primazia do modelo biomédico (Bourdieu, 2011; Ferreira, 2019).

A atenção às especificidades regionais, culturais e à promoção do uso de linguagens culturais é destacada nos documentos A e D. Compreendemos que essa temática pode colaborar para o sentimento de reconhecimento e pertencimento dos estudantes e profissionais de saúde nas formações no âmbito da PNPIC, por meio de uma abordagem pedagógica baseada no diálogo e na problematização, como preconizada por Freire (1987), que respeita os saberes dos educandos e estimula a troca entre estes e os educadores. Constitui-se assim um processo de conscientização cada vez mais crítico, o qual promove o protagonismo e a autonomia, possibilitando o engajamento e o enfrentamento dos sistemas opressivos (Freire, 1987). Os documentos A e D abordam inclusive a importância do estímulo à participação dos movimentos sociais no campo da PNPIC. Com base em Freire e Bourdieu, podemos considerar que esse engajamento se faz necessário para o reconhecimento e a valorização das PICS e dos saberes tradicionais e populares em saúde, como forma de reparação histórica às opressões introjetadas há séculos que vêm marginalizando outras visões de mundo e formas de cuidado.

Assim, mesmo que o modelo biomédico tenha se instituído na sociedade ocidental como o modelo de saúde hegemônico, ressaltamos a importância do reconhecimento da identidade cultural promovida

por práticas de cuidado oriundas dos saberes comunitários e ancestrais, uma vez que a transmissão do conhecimento – tanto por meio da oralidade e da disseminação de práticas aprendidas culturalmente quanto pela via da educação formal no sistema de ensino brasileiro – pode enriquecer o processo de ensino aprendizagem e impactar positivamente os processos formativos no âmbito do SUS (Carvalho e Ceccim, 2009).

Apesar de os documentos A e D abordarem a implementação de diretrizes para a qualificação profissional e a divulgação de conhecimentos básicos em PICS, é um grande desafio a consolidação das bases teóricas da educação popular em saúde nos processos educativos no SUS e no campo do ensino em PICS. Ao problematizarmos esse aspecto, nos reportamos a Bourdieu (2015). Em sua discussão sobre a noção de cultura, este autor concebe que ela é constitutiva de lutas simbólicas travadas no campo por agentes sociais que disputam a imposição de suas crenças, valores e visões de mundo. Assim, a cultura torna-se dominante na proporção em que os grupos dominantes conseguem instituí-la como norma na sociedade (Bourdieu, 1989, 2015).

Essa dinâmica nos remete à tendência à marginalização da PNPIC e à dificuldade de aceitação das PICS, uma vez que a visão sobre elas por vezes está associada à falta de evidências científicas e eficácia terapêutica comprovada, por apresentarem uma perspectiva diferente do modelo biomédico hegemônico (Ferreira, 2019). Além disso, uma das dificuldades para a comprovação científica é justamente a imposição de um padrão metodológico para estudos biomédicos, predominantemente vinculado às abordagens quantitativas (Contatore et al., 2015).

Como vimos, a construção do conceito de racionalidades médicas, nos primórdios sobre os estudos em homeopatia e outras práticas, delineou uma nova vertente para a compreensão sobre o fenômeno do adoecimento, do diagnóstico e do tratamento, considerando a conexão entre determinadas dimensões que a ciência biomédica não incorpora em sua práxis (Luz, 2012).

É provável que as evidências científicas em PICS apresentadas à comunidade científica estejam associadas à prevalência de dados quantitativos, em detrimento dos qualitativos, pela maior validação de pesquisas com foco nas doenças e na sintomatologia e menos inserção de aspectos relacionados à experiência do adoecer (Contatore et al., 2015). Isso demonstra desafios para a construção de evidências científicas em PICS mais voltadas aos aspectos subjetivos, uma vez que a PNPIC ainda hoje não alcançou o reconhecimento necessário no campo científico da área da saúde para a utilização de linhas metodológicas que contemplem as suas especificidades (Contatore et al., 2015; Hoenders et al., 2024).

A abordagem do conceito de campo na teoria de Bourdieu (2004) nos possibilita compreender que o domínio do modelo biomédico se sustenta pela legitimação social e institucional; reproduz-se por meio das práticas profissionais e do campo acadêmico, sendo que os agentes interessados nesse modelo lutam pela conservação de seus critérios próprios de validação ao partirem da ordem estabelecida pela comunidade científica. Além das questões epistemológicas, temos os aspectos históricos, econômicos e sociais que atravessam o campo da saúde e influenciam o entendimento sobre o que é considerado científico ou não (Hoenders et al., 2024).

De forma correlata, Stengers (2018) questiona a visão única de ciência, fortemente associada às ciências exatas e produtora de verdades validadas por um método exclusivo, colocando à margem outras possibilidades de produção do saber científico. A autora propõe a noção de pluralidade científica, que reconhece a diversidade de compreensões sobre a realidade em perspectivas teóricas e metodológicas diferentes (Stengers, 2018).

Apesar dos desafios indicados, é válido ressaltar estratégias importantes implementadas no campo das MTCIs no mundo e da PNPIC no Brasil nos últimos anos. O apoio de instituições acadêmicas aos consórcios acadêmicos de medicina integrativa nos Estados Unidos da América, no Brasil, na Holanda e na Alemanha tem se destacado, sendo que juntos esses consórcios representam mais de cem instituições, distribuídas entre centros acadêmicos e universidades (Hoenders et al., 2024). Dentre as medidas buscadas por esse campo, Hoenders e colaboradores (2024) destacam o desenvolvimento de estudos com enfoque nos mapas de evidências de eficácia clínica para o aumento da confiabilidade, o acesso às

informações e prevenção às alegações falsas, a elaboração de políticas e o rigor na regulamentação de práticas e exercício profissional, entre outras.

A acessibilidade, a responsabilidade e a transparência são premissas que a ciência aberta adota para maior colaboração e partilha entre os pesquisadores na atividade investigativa, sendo, portanto, abordadas por Ng e colaboradores (2024) como uma estratégia promissora para as MTCLs futuramente, no que se refere à melhoria da tomada de decisão baseada em evidências, aos avanços tecnológicos de plataformas de compartilhamento de dados e investigações em MTCLs por meio da inteligência artificial. Isso tende a repercutir de forma positiva no âmbito de tais práticas, já que segundo estudos de Schoen-Angerer e colaboradores (2023) tem-se verificado um aumento na investigação científica, o que torna necessária a priorização de investimentos em políticas para esse fim.

Além da ampliação da oferta das PICS no SUS e da inclusão de novas práticas na PNPIC (Brasil, 2017; 2018a; Silva et al., 2020), em 2017 tivemos a criação do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (Cabsin). Trata-se de uma instituição que reúne pesquisadores de universidades públicas e privadas brasileiras visando à sistematização de evidências científicas, estudos colaborativos multicêntricos e capacitações em metodologias de pesquisa (Rocha et al., 2022). O Cabsin tem parceria com instituições nacionais e internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), e possui um banco sistematizado de mapas de evidências científicas em MTCLs, para facilitar o acesso e contribuir com profissionais de saúde, tomadores de decisão e pesquisadores para o desenvolvimento de ações voltadas para a saúde baseada em evidências (Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa, 2024). As PICS que têm mapa de evidências são: homeopatia, medicina antroposófica, plantas medicinais e fitoterapia, ozonioterapia, apiterapia, aromaterapia, acupuntura, meditação, ioga, *shantala* e reflexologia (Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa, 2024).

Acreditamos que o ensino em PICS deve estar pautado na compreensão ampliada acerca do processo saúde e doença e nas interações sociais entre os sujeitos nos territórios. Essa compreensão é fundamental para o desenvolvimento de processos formativos centrados em um cuidado dialógico que respeite o imaginário dos sujeitos em torno do fenômeno do adoecimento e o seu entendimento acerca do desejo de cuidado, como apontado por Müller, Lima e Ortega (2023). Aliado a isso, no ensino em PICS, na perspectiva da pedagogia libertadora de Freire (1987), educadores-formadores e educandos-estudantes promovem conjuntamente uma construção do conhecimento que valoriza o diálogo, as experiências de vida e a conscientização sobre si e o mundo, processo no qual os envolvidos engajam-se em um aprendizado colaborativo.

A abordagem da noção de cultura no ensino em PICS não deve se restringir aos aspectos étnicos, nacionais ou linguísticos concebidos a partir da mera transmissão de conteúdo em cursos de formação, como alerta Freire (1987), o que pode reforçar ainda mais os estigmas e preconceitos em grupos menos favorecidos socialmente (Müller, Lima e Ortega, 2023), pois precisa estimular a consciência crítica dos estudantes sobre as relações de poder e dominação que estruturam o campo conforme o pensamento de Bourdieu (2004) – em nosso caso, o campo da saúde e o SUS. Em vista disso, a teoria de Bourdieu (2004) nos leva a uma compreensão sobre as relações hierárquicas e dominantes existentes no campo da saúde e a resistência ao reconhecimento de abordagens que não se enquadram no padrão estabelecido pelo modelo biomédico.

Assim, a perspectiva de abordagem educativa em PICS discutida também representa uma possível transformação do paradigma do cuidado em saúde no campo da PNPIC e do SUS, uma vez que contempla a compreensão dos fatores culturais, históricos, econômicos e sociais que moldam esse campo, capacitando profissionais para um olhar mais amplo e crítico sobre a sociedade e as necessidades de saúde dos sujeitos. A conjugação desses elementos permite uma inovação no campo de pesquisas em PICS, apontando novas possibilidades de produção do conhecimento científico no campo da saúde.

Considerações finais

O documento D da PNPIC apresenta informações importantes sobre a trajetória de inserção das PICS inclusas na política e as ações desenvolvidas para a sua implementação no SUS. A publicação do documento D nos permite o desenvolvimento de uma análise com maior profundidade, diferentemente dos documentos B e C, que possuem a forma de portaria. Acreditamos na elaboração de um documento oficial complementar, com informações mais recentes que possam ser incorporadas à PNPIC, pois é fundamental apresentar suas repercussões como política pública do SUS a partir de sua ampliação nos anos de 2017 e 2018.

A temática sobre o ensino em PICS é pouco explorada no documento D, não apresentando uma proposta mais consolidada sobre formações no campo da PNPIC, na modalidade de cursos livres ou de cursos de graduação *lato* e *stricto sensu*. Os documentos B e C não fazem nenhuma menção ao tema, embora sejam mais recentes. Confrontado com os dados da literatura, o ensino em PICS teve poucos avanços desde a institucionalização da PNPIC. Consideramos o ensino em PICS uma das temáticas mais relevantes do campo da PNPIC, pois o investimento na área de ensino e pesquisa tanto possibilita a qualificação do profissional quanto promove o desenvolvimento tecnológico das PICS, aperfeiçoando os métodos de sua aplicação e condução, com repercussão na qualidade e na melhoria da assistência em saúde no SUS. Um dos grandes desafios para o campo do SUS é a superação da hegemonia do modelo biomédico que atravessa as ações e práticas dos profissionais da saúde, tornando-se, portanto, fundamental o incentivo às modalidades de cuidado humanizadas e centradas na visão integral dos sujeitos.

Embora os documentos B, C e D façam referência às recomendações da OMS acerca do reconhecimento e da incorporação das medicinas tradicionais e complementares nos sistemas nacionais de saúde, eles apenas citam os saberes populares e tradicionais em alguma questão que está sendo abordada. Consideramos que esse aspecto necessita de maior aprofundamento para um debate mais crítico e problematizador entre os profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS sobre a relevância dessa perspectiva em um país com tamanha diversidade cultural como o Brasil.

Nota

¹ Endereço do *site* do Ministério da Saúde pesquisado: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnpic/legislacao-pnpic>. Acesso em: 5 jun. 2024.

Informações do artigo

Contribuição das autoras

Concepção do estudo: LMS e SSA.
Curadoria dos dados: LMS.
Coleta de dados: LMS.
Análise dos dados: LMS e SSA.
Redação - manuscrito original: LMS, SSA e TAJ.
Redação - revisão e edição: LMS, SSA e TAJ.

Financiamento

A pesquisa foi financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Chamada CNPq n. 08/2022 – Bolsa de Produtividade em Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora (DT), processo n. 312447/2022-1. Bolsa de Pós-Doutorado vinculada ao Programa Nacional de Pós-Doutorado (PNPD) da Capes, processo n. 8888.317298/2019-01. Bolsa de Produtividade em Pesquisa Nível 1D - CA 82 - Programa de Tecnologias Médicas e da Saúde.

Conflitos de interesses

A pesquisa não apresenta conflitos de interesses.

Aspectos éticos

Não se aplica.

Apresentação prévia

Este artigo faz parte da tese de doutorado da autora Lauriane Martins Santana, intitulada *Terapia comunitária integrativa: compreensões sobre o percurso formativo e suas repercussões no campo da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS*, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz (EBS/IOC/Fiocruz). O desenvolvimento da tese está em andamento.

Referências

- AMADO, Daniel M. *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. *Journal of Management and Primary Health Care*, Uberlândia, v. 8, n. 2, p. 290-308, 2017. Disponível em: <https://jmp hc.com.br/jmp hc/article/view/537/581>. Acesso em: 18 jul. 2024.
- AZEVEDO, Elaine; PELICIONI, Maria C. F. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 361-378, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000300002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/WWDNxsKSVRpy75V6PN66R8B/?lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2023.
- BAPTISTA, Tatiana W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 615-626, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sfVqXGmF69z6mShpcfyVPDf/?lang=pt#>. Acesso em: 3 mar. 2024.
- BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

- BOURDIEU, Pierre. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Editora Unesp, 2004.
- BOURDIEU, Pierre. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. 11. ed. Campinas: Papirus, 2011.
- BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1987. *Relatório final*. Brasília, DF, 1987. Disponível em: Acesso em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 13 abr. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996. *Relatório final*. Brasília, DF, 1996. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_10.pdf. Acesso em: 13 abr. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000. *Relatório final*. Brasília, DF, 2000. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_11.pdf. Acesso em: 13 abr. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003. *Relatório final*. Brasília, DF, 2003. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_12.pdf. Acesso em: 13 abr. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. *Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 11 out. 2024.
- BRASIL. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção I, p. 2-3, 16 dez. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=2&data=16/12/2016>. Acesso em: 16 out. 2024.
- BRASIL. *Portaria n. 849, de 27 de março de 2017*. Inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 5 jun. 2024.
- BRASIL. *Portaria n. 702, de 21 de março de 2018*. Altera a portaria de consolidação n. 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Brasília, DF: Presidência da República, 2018a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 5 jun. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 17 mar. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)*. Anexo I da portaria de consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 01 jul. 2024.
- CARVALHO, Vinicius P.; COELHO, Maria T. A. D.; CARMO, Maria B. B. *Práticas integrativas e complementares na universidade: usos e significados atribuídos por estudantes da área de saúde*. Salvador: EdUFBA, 2023.

CARVALHO, Yara M.; CECCIM, Ricardo B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão W. S. *et al.* (orgs). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 137-170.

CONSÓRCIO ACADÊMICO BRASILEIRO DE SAÚDE INTEGRATIVA (CABSIN). Site. Disponível em: <https://cabsin.org.br/mapas-de-evidencias/>. Acesso em: 17 mar. 2024.

CONTATORE, Octávio A. *et al.* Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3.263-3.273, 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.00312015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3RHZrF6SNDsYLS77h9MzrMH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2024.

CORTÊS, Soraya V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1.626-1.633, jul. 2009. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TzpRhzhCvx4cpH8yqw99GgG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2023.

DAN-DAN, Ai *et al.* Health technology assessment in traditional and complementary medicine: a scoping review of international activity and examples of acupuncture. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, v. 40, n. 1, e24, p. 1-10, 2024. <https://doi.org/10.1017/S0266462324000151>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-journal-of-technology-assessment-in-health-care/article/health-technology-assessment-in-traditional-and-complementary-medicine-a-scoping-review-of-international-activity-and-examples-of-acupuncture/86B-F437D98DE947C6BC09BCC96B076B0>. Acesso em: 18 jul. 2024.

FERREIRA, Berenice. Do sonho à realidade: práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde. In: FERREIRA, Berenice. *Práticas integrativas e complementares nos serviços públicos de saúde: um sonho, uma ideia, uma realidade*. Curitiba: Appris, 2019. p. 140-144.

FERTOMANI, Hosanna P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1.869-1.878, 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/#>. Acesso em: 24 mar. 2024

FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GUIMARÃES, Maria B. *et al.* As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 1, e190297, 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190297>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/B4xk3VVgGdNcGdXdH3r4n6C/>. Acesso em: 19 jul. 2024.

HO, Evelyn Y. *et al.* A systematic review of communication about Complementary and Integrative Health (CIH) in global biomedical settings. *Patient Education and Counseling*, v. 104, n. 12, p. 2.900-2.911, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.05.015>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S073839912100344X?via%3Dihub>. Acesso em: 18 jul. 2024.

HOENDERS, Rogier *et al.* A review of the WHO strategy on traditional, complementary, and integrative medicine from the perspective of academic consortia for integrative medicine and health. *Frontiers in Medicine*, Lausanne, v. 11, p. 1-15, 2024. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1395698>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2024.1395698/full>. Acesso em: 18 jul. 2024

IGNATTI, Carmencita; NAKAMURA, Eunice. Acompanhamento da implantação de uma política municipal de práticas integrativas e complementares: principais desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e310107, 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310107>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/JXgHT7mQpF3wrFFDYrSVQNP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2024.

KINGDON, John. W. *Agendas, alternatives, and public policies*. Glenview: Pearson Education, 2011.

LUZ, Madel T. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, Madel T.; BARROS, Nelson F. *Racionalidades e práticas integrativas em saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Lappis, 2012. p. 15-24.

MALLMANN, Camila L.; ROCHA, Cristiane M. F.; SIQUEIRA, Carolina F. C. Práticas integrativas e complementares em saúde: análise dos regimes de verdade e discursividades médico-hegemônicas. *Comunicação e Educação*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 132-144, 2021. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9125.v26i1p132-144>. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8084853>. Acesso em: 18 jul. 2024.

MARQUES, Joyce V. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS: um olhar sobre a formação profissional*. 2020. 117 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

MELO, Aislan V.; SANT'ANA, Graziella R.; BASTOS, Paulo R. H. O. Redes, atores e agenciamentos na constituição da Política de Práticas Integrativas e Complementares no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2.397-2.406, jun. 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.16442021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5h8pj99dg3dRpxR6xwT8DWR/#>. Acesso em: 18 jul. 2024.

MORAES, Roque; GALIAZZI, Maria C. *Análise textual discursiva*. 3. ed. Ijuí: Unijuí, 2016.

MÜLLER, Manuela R.; LIMA, Rossano C.; ORTEGA, Francisco. Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 1-12, 2023. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210731pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rc9rMfCfBphp45CHRwmjJFk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 jan. 2024.

NASCIMENTO, Marilene C. *et al.* Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 751-772, 2018. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00130>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4067/406757539018/html/index.html#B47>. Acesso em: 2 jan. 2023.

NG, Jeremy Y. *et al.* Open science practices in traditional, complementary, and integrative medicine research: a path to enhanced transparency and collaboration. *Integrative Medicine Research*, v. 13, n. 2, p. 1-8, jun. 2024. <https://doi.org/10.1016/j.imr.2024.101047>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213422024000271>. Acesso em: 18 jul. 2024.

OLIVEIRA, Iago M.; PASCHE, Dário F. Entre legitimação científica e legitimação cultural: transformações no campo das práticas integrativas e complementares. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 3.777-3.787, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.04462022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WnM5zbygR3J8pTKtTBYz5DG/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 30 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional* (2002-2005). Genebra: WHO/EDM/TRM, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional* (2014-2023). Genebra: OMS, 2013.

ROCHA, Erika M. S. *et al.* Mapeamento do ensino de práticas integrativas e complementares nas graduações de enfermagem, medicina e odontologia. *Revista Docência do Ensino Superior*, Belo Horizonte, v. 12, p. 1-21, 2022. <https://doi.org/10.35699/2237-5864.2022.35437>. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/35437>. Acesso em: 24 fev. 2024.

SALGE, Eliana H. C. N.; OLIVEIRA, Guilherme S.; SILVA, Lorrane S. Saberes para a construção da pesquisa documental. *Prisma*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 123-139, 2021. Disponível em: <https://revistaprisma.emnuvens.com.br/prisma/article/view/47/39>. Acesso em: 9 jul. 2024

SANTOS, Mona F.; MARTINS FILHO, Ismar E. A inserção das práticas integrativas e complementares no Brasil e apoio da gestão no âmbito da Atenção Básica. *Pró-UniverSUS*, Vassouras, v. 14, n. 2, p. 66-72, 2023. Suplemento. <https://orcid.org/0000-0002-2577-9124>. Disponível em: <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/3630/2091>. Acesso em: 17 mar. 2024.

SANTOS, Yuri M.; BRASIL, Antônio M. R. Inserção das práticas integrativas e complementares como estratégia de cuidado no Sistema Único de Saúde: uma análise documental. *Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública*, Salvador, p. 22, 2022. Disponível em: <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/7561>. Acesso em: 19 jul. 2024.

SCHOEN-ANGERER, Tido V. *et al.* Traditional, complementary and integrative healthcare: global stakeholder perspective on WHO's current and future strategy. *BMJ Global Health*, Londres, v. 8, n. 12, p. 1-7, 2023. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013150>. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/8/12/e013150.long>. Acesso em: 18 jul. 2024

SILVA, Gisléa K. *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 1-25, 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300110>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KrS3WpRhWWS34mccMtyxXPH/?lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2023.

SILVA, Luis C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: uma breve análise reflexiva. *Revista Brasileira de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde*, Curitiba, v. 2, n. 3, p. 59-72, 2022. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/revista-praticas-interativas/article/view/1276>. Acesso em: 18 jul. 2024.

SILVA, Pedro H. B. S. *et al.* Formação profissional em Práticas Integrativas e Complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 399-408, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40732020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bMPrN3XpzGh9mDjVmrXMGGN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2023.

SILVEIRA, Roberta P.; ROCHA, Cristianne M. F. Verdades em (des)construção: uma análise sobre as práticas integrativas e complementares em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 1-11, 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180906>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/g4mVXGJ8hC8VJJGptmdH5Sg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jul. 2024.

SOUZA, Islândia M. C.; HORTALE, Virginia A.; BODSTEIN, Regina C. A. Medicina tradicional complementar e integrativa: desafios para construir um modelo de avaliação do cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3.403-3.412, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.23792016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/s7Wp8hbTLzkFPsMtSXXdCgp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2024.

STENGERS, Isabelle. *Another science is possible: a manifesto for slow science*. Cambrigde: Polity Press, 2018.

TESSER, Charles D.; DALLEGRAVE, Daniela. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na Atenção Primária à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 36, v. 9, p. 1-14, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00231519>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fNcSWwm5tSXLjcxYV7ncj5p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2024.

TESSER, Charles D.; LUZ, Madel T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 13, v. 1, p. 195-206, 2008. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXWYqZpL6fwdfdVhGmMLqxQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 jul. 2024.

TESSER, Charles D.; SOUSA, Islândia M. C.; NASCIMENTO, Marilene C. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 42, v. 1, p. 174-188, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S112>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0174.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2023.

VIEIRA, Daniele V. F.; ALVES, Benedito F. A.; ALENCAR, Claudiana N. Tema e significação na constituição do signo ideológico 'cura' em narrativas autobiográficas de terapeutas em práticas integrativas e complementares em saúde. *Linha D'Água*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 87-106, abr.-jun. 2024. <https://doi.org/10.11606/issn.2236-4242.v37i2p87-106>. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2236-4242.v37i2p87-106>. Acesso em: 10 jul. 2024.