



B1

ISSN: 2595-1661

ARTIGO DE REVISÃO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](https://portaldeperiodicos.capes.gov.br)

# Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>

ISSN: 2595-1661

Revista JRG de  
Estudos Acadêmicos

## O itinerário e o pluralismo terapêutico das práticas integrativas e complementares em saúde: estudo teórico

The itinerary and therapeutic pluralism of integrative and complementary practices in health: theoretical study

DOI: 10.55892/jrg.v7i14.1195

ARK: 57118/JRG.v7i14.1195

Recebido: 02/04/2024 | Aceito: 18/06/2024 | Publicado on-line: 18/06/2024

### Natali Nascimento Gonçalves Costa<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-8801-7856>

<http://lattes.cnpq.br/6655779763653797>

Universidade Federal da Bahia, BA, Brasil

E-mail: natalicosta.fisio@gmail.com

### Simone Santos Souza<sup>4</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-5283-6083>

<http://lattes.cnpq.br/7743213646694190>

Universidade Estadual de Santa Cruz, BA, Brasil

E-mail: sssouza1@uesc.br

### Marcelo Torres Peixoto<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-5235-1193>

<http://lattes.cnpq.br/1444930346068280>

Universidade Estadual de Feira de Santana, BA, Brasil

E-mail: marcelotpeixoto@gmail.com

### Lusicleide Galindo da Silva Moraes<sup>5</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-8756-759X>

<http://lattes.cnpq.br/7865067981712306>

Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil

E-mail: lusigsm@hotmail.com

### Rejane Santos Barreto<sup>3</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2973-0272>

<http://lattes.cnpq.br/4780256237263047>

Universidade Estadual de Santa Cruz, BA, Brasil

E-mail: rejebareto@gmail.com

### Maria Lúcia Silva Servo<sup>6</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-4809-3819>

<http://lattes.cnpq.br/5988537163974120>

Universidade Estadual de Feira de Santana, BA, Brasil

E-mail: luciaservo@yahoo.com.br

## Resumo

Estudo teórico e descritivo, buscou um diálogo orientado por bibliografias em campos da política, antropologia, sociologia e da filosofia, e tem como objetivo historicizar e discutir sobre aspectos que permeiam a itinerância e pluralidade das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, considerando a Atenção Primária à Saúde e o Sistema Único em Saúde. A discussão foi organizada a partir de três pontos-chaves: Concepções de saúde, doença e cura no Brasil: um breve histórico até a moderna medicina científica; O itinerário das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária; Pluralismo terapêutico das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Enquanto recursos terapêuticos, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, tem alcance à prevenção de doenças e a recuperação

<sup>1</sup> Graduada em Fisioterapia pela UNIFAN; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

<sup>2</sup> Graduado em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

<sup>3</sup> Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

<sup>4</sup> Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); Mestre em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

<sup>5</sup> Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário de João Pessoa e Enfermagem pela Faculdade Maria Milza. Mestre em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

<sup>6</sup> Graduada em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo.

da saúde, por meio de uma escuta acolhedora, do desenvolvimento do vínculo terapêutico e da integração do ser humano consigo mesmo, com o meio ambiente e com a sociedade.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Práticas Integrativas e Complementares. Sistema Único de Saúde.

### **Abstract**

*Theoretical and descriptive study, sought a dialogue guided by bibliographies in the fields of politics, anthropology, sociology and philosophy, and aims to historicize and discuss aspects that permeate the itinerancy and plurality of Integrative and Complementary Practices in Health, considering Primary Care to Health and the Unified Health System. The discussion was organized around three key points: Conceptions of health, illness and cure in Brazil: a brief history up to modern scientific medicine; The itinerary of Integrative and Complementary Health Practices in Primary Care; Therapeutic pluralism of Integrative and Complementary Health Practices. As therapeutic resources, Integrative and Complementary Health Practices aim to prevent diseases and restore health, through welcoming listening, the development of the therapeutic bond and the integration of human being with himself, with the environment and with society.*

**Keywords:** *Integrative and Complementary Practices. Primary Health Care. Unified Health System.*

## **1. Introdução**

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como é denominada no Brasil, se refere a sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos não biomédicos que ganharam espaço nos sistemas de saúde, em um contexto global, a partir da década de 1970, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) cria o Programa de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA), atualmente renomeado Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) (Brasil, 2015; OMS, 2019).

Em face da heterogeneidade de cosmologias, doutrinas médicas e princípios terapêuticos, a definição conceitual dessas práticas constitui um grande desafio. Adotamos para esse estudo a concepção da OMS (2019) que considera a “Medicina Complementar/alternativa” um conjunto de práticas de saúde que não fazem parte da tradição ou da medicina convencional de um determinado país e não estão totalmente integradas ao sistema de saúde vigente; e a “Medicina Integrativa” como cuidados de saúde que reúnem abordagens convencionais e complementares de forma coordenada, com foco na pessoa de forma holística (OPAS, 2021).

Outros conceitos podem ser adotados, estabelecendo uma definição quanto a relação que as PICS estabelecem com a biomedicina, definindo “complementar” como prática não convencional utilizada juntamente com a biomedicina, “alternativa” quando usadas em substituição à prática biomédica, e “integrativas” quando usadas conjuntamente, com base em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade (NCCIH, 2016).

Posto isto, compreendendo que essas abordagens terapêuticas de saberes e cuidados recebem denominações distintas em cada país, neste trabalho adotaremos o termo PICS por se referir as práticas realizadas por trabalhadores de saúde e ofertadas no Sistema Único de Saúde (SUS), com vista ao reconhecimento e a

valorização desses saberes tradicionais do território e da cultura local pelos trabalhadores de saúde brasileiros.

Assim, esse estudo teórico, buscou um diálogo orientado por bibliografias em campos da política, da antropologia, da sociologia e da filosofia, objetivando historicizar e discutir sobre aspectos que permeiam a itinerância e pluralidade das PICS na Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito do SUS.

A discussão foi organizada a partir de três pontos chaves: 1) Concepções de saúde, doença e cura no Brasil: um breve histórico até a moderna medicina científica, que trouxe a reflexão sobre a arte de curar em tempos de colônia, passando pelas práticas curativas africanas à hegemonia do modelo biomédico; 2) O itinerário das PICS na Atenção Primária, que discute sobre o caminho percorrido pelas PICS até a sua implementação enquanto política de saúde no cenário brasileiro; e 3) Pluralismo terapêutico das PICS, que abarcou um diálogo sobre as primeiras práticas implementadas na APS, tais como a Homeopatia, Acupuntura/Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Antroposófica, Plantas medicinais, Águas termais/minerais, e a ampliação do escopo destas práticas no contexto atual de saúde.

## 2. Discussão

### 2.1 Concepções de saúde, doença e cura no Brasil: um breve histórico até a moderna medicina científica.

Durante os três primeiros séculos do Brasil colonial, a integração cultural dos europeus, africanos e dos povos originários, desenvolveu uma variedade de práticas curativas em terras brasileiras. Medicina, religião, superstição e magia caminhavam juntas para proporcionar aos enfermos possibilidades de cura com diferentes significados para os diferentes tipos de terapeutas e pessoas (Viotti, 2012).

Miranda (2017) em sua obra “A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços da cura”, assinala que a medicina dos primeiros habitantes do Brasil, os índios, era dotada de observação empírica sobre as ervas da flora e fauna brasileira e, seu modo de diagnosticar e curar a enfermidade, se valiam de práticas carregadas de representações mágicas e sobrenaturais, pois acreditavam ser os espíritos malignos os responsáveis por suas enfermidades. A sangria, a sucção, o sopro, massagens e fricções também faziam parte da medicina indígena. Suas soluções curativas através das ervas medicinais passaram a ser incorporadas primeiramente pelos jesuítas, posteriormente, pelos agentes da medicina oficial, e ao longo do tempo, foram incluídos nos tratamentos fitoterápicos modernos.

A chegada dos africanos com as suas práticas curativas e visões cosmológicas, tornou ainda mais complexo e híbrido as artes de cura na colônia. Acreditavam que a doença seria causada pela ação de espíritos malignos ou de pessoas, em geral através de bruxaria ou feitiçaria. A arte da sangria realizada em sua maioria pelos africanos, escravizados ou alforriados, envolvia sarjar, aplicar ventosas e sanguessugas, como uma tentativa de sugar os espíritos malignos (Teixeira; Pimenta; Hochman, 2018).

Fundada em moldes antigos e medievais, a medicina europeia foi transposta para o Brasil colonial. Até as primeiras décadas do século XVIII, a medicina de Portugal ainda se respaldava nas teorias de cura dos médicos renascentistas, com base em autores como Hipócrates e Galeno (Viotti, 2012).

Compartilhando das concepções astrológicas, religiosas e mágicas como parâmetros para entender o corpo humano, a teoria dos humores foi uma das concepções de grande influência no diagnóstico e no tratamento das enfermidades ao

lado da concepção teológica. A primeira, associada ao corpo-microcosmo, uma cultura respaldada nas relações simbólicas com o mundo natural, acreditava-se no poder curativo inscrito nas plantas, pedras, minerais e excretos que compunham o cosmo. A segunda, compreendia o corpo enquanto criação divina e a doença interpretada como sinal de castigo (Miranda, 2017; Toniol, 2015).

Eram considerados terapeutas populares os curandeiros, pajés, boticários, parteiras e barbeiros. Ao longo do século XVIII, os trabalhadores de medicina oficial encontravam resistência e desconfiança da população, enquanto as artes de cura alcançavam aceitação e reconhecimento, inclusive da classe dominante, por cultivarem concepções semelhantes de doença e cura com a população, preocupando-se com as dimensões espirituais e sobrenaturais, ausentes ao cuidado dos terapeutas com formação mais acadêmica (Teixeira; Pimenta; Hochman, 2018).

Na construção do saber, o médico buscava sua ciência muito mais nos livros do que na observação dos doentes, sendo proibido a esse o contato com os corpos e com o sangue, ficando a cargo do cirurgião e do barbeiro o trabalho manual, que ao ser visto com inferioridade, fez com que boa parte dos barbeiros-sangradores e mesmo alguns cirurgiões existentes no Brasil deste período fossem escravos, forros ou mulatos, reafirmando a posição que a medicina popular tinha na sociedade (Viotti, 2012).

A hierarquia das artes de curar e o saber médico iniciou um processo de transformação nas últimas décadas século XVIII. O desenvolvimento da química na medicina deu um passo importante ao estudo das propriedades dos medicamentos. Com a valorização do trabalho manual, a sangria passou a ser considerada uma operação delicada e complexa demais para escravos e forros (Dantas, 2015).

Logo, a medicina aproximou-se da cirurgia, desfazendo a percepção do corpo ligado à astrologia, ao sobrenatural e aos prodígios da criação. Assim, o corpo humano perdeu sua sacralidade e transformou-se em objeto da ciência, e a experimentação torna-se uma das características da ciência moderna em uma perspectiva favorável ao estudo da anatomia (Miranda, 2017).

No decorrer do século XIX, havia um controle mais rigoroso para o exercício das atividades relacionadas à saúde e um distanciamento entre o conhecimento acadêmico e o conhecimento popular do corpo, da doença e da saúde. Dessa maneira, a medicina acadêmica era exercida, em geral, por pessoas de posição econômica privilegiada, assim, tinham ao seu favor o poder de tentar reprimir práticas que não fossem os oficiais (Teixeira; Pimenta; Hochman, 2018).

Estreitando suas relações com o Estado e o progresso da sociedade, os médicos empenharam-se em divulgar ao povo preceitos de higiene e da arte de curar, utilizando da cultura impressa, que possibilitou difundir o conhecimento médico entre a população, combatendo as práticas de cura não oficiais, com o intuito de “reformatar” os costumes do povo (Viotti, 2012).

Na primeira metade do século XIX, quando os primeiros grupos de médicos nacionais se diplomaram no Brasil, houve monopolização por parte da medicina ao exercício da arte do saber e cura (Miranda, 2017). Cabe destacar que o ensino médico no Brasil iniciou em 1.808 e foi criado por Dom João VI, sendo o primeiro curso implantado na Bahia e o segundo no Rio de Janeiro e tinham como foco principal a anatomia e a cirurgia. Com o decreto do Príncipe Regente, foi criada a Escola de Cirurgia do Hospital Real de Salvador, onde o ensino era voltado na cirurgia, anatomia e obstetrícia (Peixoto, 2019).

Entretanto, uma mudança no perfil dos hospitais foi visivelmente percebida no final do século XIX, e estes passaram a ser reconhecidos como espaço apropriado

para a cura com o desenvolvimento da fisiologia, bacteriologia, técnicas da antisepsia e da anestesia. Na segunda metade do século XIX, a prática médica altera-se em direção a uma contínua especialização. Já no começo do século XX, o ensino médico brasileiro mudava, para um padrão mais próximo daquele da universidade e do laboratório (Toniol, 2015).

Assim, o modelo biomédico, com suas raízes vinculadas ao contexto do Renascimento e de toda a Revolução que ocorreram a partir do século XVI, tornou-se o alicerce consensual da moderna medicina científica, que estimula o campo do saber médico a aderir a um comportamento cartesiano na separação entre o observador e o objeto observado, mecanicista e fragmentado, caracterizado pela explicação unicausal da doença e pelo biologicismo (Faria; Oliveira-Lima; Almeida-Filho, 2021).

Nessa direção, cabe inferir que toda base da medicina ocidental moderna vem do Relatório de Flexner, publicado em 1910, que discute a Educação médica. A construção deste documento ocorreu em cursos de Medicina dos Estados Unidos, Canadá e Terra Nova, e impactou a formação médica norte-americana proporcionando mudanças que direcionaram a cultura médica do ocidente, inclusive nos dias atuais, de maneira que adota como característica principal as questões biológicas em detrimento aos determinantes sociais. Nesse modelo centrado no médico, o hospital é centro, ofertando atendimento individualizado, especializados com ênfase em procedimentos clínicos. Assim, encontra espaço a medicina curativa, guiada pela mercantilização e medicalização da saúde (Peixoto, 2019).

Mais recentemente, nas últimas décadas, observamos uma crescente revalorização dos saberes populares, das medicinas tradicionais, das práticas complementares e integrativas, com o aumento da legitimação social e regulamentação institucional delas em diversos países em que o uso da biomedicina está bem estabelecido e disseminado (Tesser, Souza, Nascimento, 2018).

A medicina comunitária surgiu nos Estados Unidos, na década de 1960, visando proporcionar o cuidado médico aos grupos sociais excluídos. Nessa perspectiva, desenvolveu-se os princípios da Medicina Integral e da Medicina Preventiva, com ênfase na prestação de serviços à população. Por conseguinte, na América Latina, houve a difusão da Medicina Comunitária, apoiada pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-americana de Saúde, com a prestação de serviço assistencial que visavam a garantia do cuidado à saúde a populações pobre, urbanas e rurais. No Brasil, os Departamentos de Medicina Preventiva, estabeleceram campo de práticas com serviços experimentais ou serviços de saúde já existentes, com o intuito de permitir o ensino na comunidade e mais próximo das famílias, investigando ou estudando inovações em saúde e a organização dos serviços (Donnangelo, 1979; Cyrino, 1996).

Nessa perspectiva, faz-se necessário a discussão sobre a inserção e contextualização da implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na APS, a partir da compreensão sobre os contextos sociais, políticos e culturais em uma trajetória que possibilitou a institucionalização da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a (re)valorização das PICS na saúde pública.

## 2.2 O itinerário das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária.

A trajetória da implementação das PICS no Brasil, se iniciou a partir da década de 1980. Ao longo dos últimos 40 anos, marcos importantes merecem destaque, fruto da persistência histórica e esforços de diversos atores para a legitimação das PICS, sendo resultado de diversos eventos, documentos, discussões e Conferências Nacionais de Saúde (CNS), impulsionados pela Reforma Sanitária brasileira, culminando na implantação da PNPIIC (Brasil, 2015).

No Brasil, o debate sobre as PICS começou a revelar-se no final da década de 70 do século XX, após a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, sustentando uma crítica político-ideológica em busca da reformulação das políticas públicas e reorganização dos sistemas de saúde compreendendo a relação indissociável entre aspectos biológicos e sociais. Nesse mesmo período, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área, surgindo as primeiras recomendações para a implantação das medicinas tradicionais e práticas complementares que difundiram em todo o mundo (Brasil, 2015; Telesi Júnior, 2016).

Anterior a esse período, se reproduz no Brasil movimentos ideológicos que imprimiam diversas críticas ao modelo hegemônico e propiciaram a mobilização em defesa dos movimentos da atenção primária e da promoção da saúde como modelo de atenção, seriam eles: o movimento ideológico da medicina preventiva difundido nas décadas de 1950 e 1960 e o movimento da medicina comunitária na década de 1970 (Paim, 2012).

Com base em uma abordagem integral, o movimento de Medicina Preventiva propôs a atenção médica na fase inicial do cuidado e mais próxima do cotidiano dos indivíduos e famílias. Vinculados aos departamentos de Medicina Preventiva, os programas de Medicina Comunitária foram amplamente divulgados e consigo uma série de ideias e propostas relativas a APS. Esses departamentos, se tornaram locais de início das bases universitárias do movimento sanitário. Assim, a medicina comunitária durante a década de 1970, emerge como campo de prática com base na atenção integral, pensando a dimensão social como determinante do processo saúde-doença (Fleury e Mafort, 2012).

Em 1976, Leavell e Clark sistematizaram os conceitos de promoção, prevenção, cura e reabilitação no interior de um modelo denominado 'história natural da doença'. Esta é a tentativa mais conhecida e abrangente de construir um modelo de organização da intervenção humana sobre o processo saúde-doença. As ações decorrentes das políticas e dos serviços de saúde incidem nos diversos momentos da história natural de uma determinada doença, apresentando 3 níveis de prevenção: prevenção primária, secundária e terciária (Carvalho; Buss, 2012).

Os movimentos ideológicos da Atenção Primária e da Promoção da saúde passaram a ser defendidas visando a reformulação das políticas públicas e a reorganização do sistema de serviços de saúde, contrapondo o modelo hegemônico. Entende-se como modelo de atenção o conceito trazido por Paim (2012) como uma racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas de saúde acionadas para resolver as necessidades de saúde, individuais e coletivas.

Nesta direção, dois modelos hegemônicos são predominantes no sistema de saúde brasileiro: o modelo médico e o modelo sanitário. O modelo médico ou médico assistencial-privatista, fundamenta-se em práticas individualistas, curativistas e medicalizadas, centrada na doença e nos atendimentos hospitalares. O modelo

sanitarista, apoia-se nas correntes bacteriológicas, fundamenta-se no saber biomédico, recorrendo a uma organização vertical para a intervenção (Paim, 2012).

As diversas críticas ao modelo hegemônico desde o final da década de 1960 propiciou o avanço do movimento em defesa da APS em todo o mundo. Os movimentos sociais internacionais passam a compreender a saúde como direito humano, e a APS torna-se uma estratégia para organizar os sistemas de saúde e garantia do direito à saúde. A APS entra em pauta na agenda brasileira na década de 1970 com base nas experiências relatadas e com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) propiciou importante ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde, voltados a atender às necessidades da população local (Giovanella; Mendonça, 2012).

Na declaração de Alma-Ata em 1978, a APS é concebida como

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p.1-2).

No final da década de 70 viria a se consolidar no Brasil o campo da saúde coletiva, um campo de pensamento e práticas de um movimento crítico ao modelo médico hegemônico (Carvalho; Buss, 2012). Nesse sentido, o entendimento da saúde como uma construção social e coletiva e resultado das determinações sociais, foi fundamental na geração da proposta da Reforma Sanitária brasileira, que apontou um modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático, conforme descrito por Lobato; Giovanella (2012).

Articulado a intensa transformação da sociedade brasileira, nos anos 80, durante a transição democrática, o movimento de Reforma Sanitária nasceu e se consolidou na sociedade civil organizada envolvendo os setores acadêmicos de medicina preventiva e social, trabalhadores de saúde, residentes, setores de dentro do aparelho de Estado e do poder público, que defenderam a unificação dos sistemas de saúde e a valorização do primeiro nível de atenção (Giovanella; Mendonça, 2012; Teixeira, 2017).

As propostas do Movimento Sanitário brasileiro, se concretizam no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, discutido e aprovado a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, a saúde como direito e dever do estado (Brasil, 1986). A conferência se tornou um marco importante para a oferta de PICS no cenário nacional, que em seu relatório final deliberou a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida” (Brasil, 1986, p.10-11).

O relatório final da 8ª CNS serviu de base para a sessão sobre a saúde na nova Constituição Federal de 1988, estabelecendo em seu artigo 196 a saúde como “direito

de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

O artigo 198 da Constituição Federal supracitada dispõe que

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (Brasil, 1988, p.91).

Ao descentralizar o poder e garantir a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a favorecer a implantação de experiências pioneiras e o processo de legitimação e a institucionalização das PICS no Brasil (Brasil, 2015).

A Constituição resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 que estabelece que as ações e serviços de saúde devem ser desenvolvidos de acordo com diretrizes e princípios, e o princípio da integralidade é entendido como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. O artigo 3º dispõe que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (Brasil, 1990).

A atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, por estar mais próximo do ambiente do paciente encontra-se em uma posição melhor para avaliar os múltiplos e interativos determinantes da saúde e doença, capaz de responder as necessidades sociais de saúde em mudança (Telesi Junior, 2016).

A criação do SUS e a descentralização de recursos, favoreceram novos modelos de atenção, com foco na atenção primária. Mas foi somente em 2011 com o decreto n.7.508 que a lei orgânica 8.080/90 foi regulamentada e a APS institucionaliza-se como porta de entrada preferencial e ordenadora da rede de atenção à saúde integrada e regionalizada, referenciando os usuários conforme suas necessidades,

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente (Brasil, 2011).

Uma importante característica da APS é a compreensão do processo de produção social de saúde que inclui os aspectos biopsicossocial e do meio ambiente. Assim, os serviços de APS devem estar orientados para a comunidade e a unidade familiar, consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido, sendo capaz de se comunicar e reconhecer as



diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais, em todas as faixas etárias (Giovanella; Mendonça, 2012).

A APS é um modelo direcionado a responder às necessidades individuais e coletivas com um conjunto de práticas integrais em saúde, invertendo a priorização das ações de saúde, saindo da abordagem curativa, desintegrada e centrada na hegemonia do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e multiprofissional. Para cumprir com seus atributos, os serviços de APS, devem assegurar por meio de sistemas de referência e contrarreferência, o acesso a serviços especializados, garantindo a continuidade da atenção no interior das redes de serviços (Teixeira, 2017).

Mas nem sempre a APS apresentou esse caráter abrangente. A saúde da Família como estratégia faz parte de um processo de saída de uma APS seletiva vinculada ao movimento sanitarista, presente na concepção e implementação inicial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e no Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, cujas funções eram focalizadas, voltadas a população mais vulnerável, seguindo em direção a uma APS abrangente, fortalecendo a capacidade resolutiva da Atenção Básica como nível de atenção e seu papel integrador e organizador do SUS (Paim, 2012).

Com descentralização de recursos, após a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB 96), a Atenção Básica assumiu a caracterização de primeiro nível de atenção à saúde, criando condições para que em 1997, a Saúde da Família fosse desenvolvido como uma estratégia. Em 2006, é implantada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que amplia o escopo e a concepção da Atenção Básica ao incorporar os atributos da APS abrangente (Giovanella; Mendonça, 2012).

Dessa maneira, a APS constitui um campo fértil para a implementação das PICS, uma vez que os trabalhadores de Estratégia Saúde da Família (ESF) são os seus maiores promotores e em sua essência, compartilham de saberes multidisciplinares e a oferta do cuidado estão pautadas próximos ao contexto familiar e social do indivíduo (Brasil, 2018). Após a criação da PNPIC, alguns municípios regulamentaram o uso dessas terapias como incremento nas práticas de atenção à saúde no âmbito do SUS, mais especificamente na ESF/APS, que constituem a principal porta de entrada para o usuário, proporcionando cuidado continuado (Santos et al., 2023).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), no Brasil, é definida como:

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido [...]. A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (Brasil, 2017, p. 2).

Assim, a atenção primária compreende as práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, onde o trabalho em equipe desenvolve as ações de forma integral, direcionado-as a população de territórios específicos, sendo definido pela PNAB como estratégia para a distribuição da Atenção Básica à Saúde (ABS), a Saúde da Família (Brasil, 2006a; 2011; 2017; Peixoto, 2019). Nessa perspectiva, considerando aspectos epistemológicos dos termos APS E ABS e a sua equivalência no contexto do SUS, nesse estudo adotamos o termo APS como o campo por onde permeiam as PICS.

Ademais, os atributos essenciais da APS como a atenção de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e coordenação, e os atributos derivados, a orientação familiar e comunitária, a competência cultural, dialogam com a PNPIC, se tornando uma importante ferramenta de ampliação da capacidade de cuidado integral, e favorece a melhoria da situação sanitária e epidemiológica da população (Peixoto, 2019).

Nesse caminho de (re)valorizando das medicinas/terapias complementares/alternativas e integrativas em saúde, o espaço para discussão e implementação das ações no sentido de se elaborar a atual PNPIC surge como iniciativa de representantes nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, no ano de 2003 (Brasil, 2015).

O processo de formulação de uma política é o momento de negociação e diálogo entre intenções e ações. Ao se analisar o curso de uma política é preciso investigar a influência dos diversos atores na construção da agenda de saúde, como defendem seus interesses e vocalizam posições, como as propostas foram apresentadas, quem participou do processo decisório e o que prevaleceu (Pinto; Vieira-Da-Silva; Baptista, 2014).

Fleury e Mafort (2012) afirmam que apenas definir objetivos e a finalidade não é suficiente para construir políticas efetivas e nem estabelecer suas potencialidades e as debilidades. O conhecimento das realidades concretas, é essencial para a compreensão da interação da política de saúde com a realidade, quais seus efeitos e como essas realidades afetam a elaboração da política e são afetadas por ela.

Nessa perspectiva, conhecer a realidade concreta tornou-se indispensável pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, que através do Departamento de Atenção Básica realizou o diagnóstico situacional das práticas que já vinham sendo desenvolvidas no SUS. Em 2005, surge a primeira política pública que promove as práticas não convencionais em saúde, denominada Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC, que no ano seguinte, em 2006, através da Portaria GM/ MS nº 971 se institucionalizou e foi aprovada como Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (Brasil, 2015).

Na busca pela legitimidade social e aprovação da política nacional, a mudança de nome “medicina natural” para “práticas integrativas e complementares” foi essencial. Segundo Toniol (2015), essa mudança evidencia o modo pelo qual o emprego do termo “práticas” na PNPIC foi estratégia para evitar a utilização da categoria “medicina”, reafirmando a relação na qual a hegemonia da medicina científica é reiteradamente assegurada pelo Estado.

Atualmente 29 PICS estão disponíveis no SUS, são elas: Homeopatia; Acupuntura/Medicina Tradicional Chinesa; Medicina Antroposófica; Plantas medicinais e Fitoterapia; Termalismo/Crenoterapia; Arteterapia; Ayurveda; Biodança; Dança Circular; Meditação; Musicoterapia; Naturopatia; Osteopatia; Quiropraxia; Reflexoterapia; Reiki; Shantala; Terapia Comunitária Integrativa; Yoga; Apiterapia; Aromaterapia; Bioenergética; Constelação familiar; Cromoterapia; Geoterapia; Hipnoterapia; Imposição de mãos; Ozonioterapia; Terapia de Florais (Sousa; Barros, 2018).

Em muitos países, as PICS são a principal oferta de serviços à população, em outros, a forma de inserção nos sistemas de saúde acontece de forma complementar ao sistema convencional (Sousa; Guimarães; Gallego-Perez, 2021). Embora a maioria das PICS não tenham as suas origens no Brasil, algumas carregam uma aproximação ética e filosófica com aspectos essenciais das práticas populares e religiosas de saúde presentes no território nacional (Habimorad *et al.*, 2020).

As PICS, de uma forma geral, compartilham os paradigmas vitalista e holístico. Pelo vitalismo se propõe a existência nos seres vivos de uma ‘força vital’ de natureza ‘não material’ ou ‘energética’ responsável pela manutenção da saúde e da vida, unido de forma indissociável ao corpo físico, e que sofre a influência das instâncias individuais superiores (mente, alma ou espírito) (Teixeira, 2017). Pelo holismo se afirma um ser humano harmonicamente integrado ao cosmos, compreendendo o ser humano como uma unidade físico-energética/psicofísica, mental e espiritual, enxergando o ser humano de forma integral (Luz; Wenceslau, 2012).

O Ministério da Saúde (MS), no ano de 2018, em seu Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS traz como objetivos da PNPIC “ampliar a oferta desses recursos terapêuticos no SUS, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase no cuidado continuado, humanizado e integral em saúde” (Brasil, 2018, p.8).

No estado da Bahia, em 2019 foi aprovada a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia (PEPICS-BA), que buscou contemplar a identidade regional do estado, no intuito de valorizar e fortalecer as práticas tradicionais e populares, além de destacar a importância da articulação e envolvimento da esfera dos 417 municípios baianos, onde essas práticas devem ser implementadas em todos os níveis de atenção para a população do estado (Bahia, 2020).

A PEPICS-BA é organizada a partir da categorização das práticas em cinco grupos: Sistemas Médicos Complexos; Práticas Corporais e Vivências Integrativas; Práticas Energéticas/Vibracionais e Meditativas/Contemplativas; Terapias baseadas em produtos naturais/Plantas Medicinais; Práticas Tradicionais e Populares (Bahia, 2020).

As PICS têm na integralidade um alicerce do seu saber e prática, considerando a tríade corpo-mente-espírito, em uma visão ampliada do processo saúde-doenças, estimulando mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde, especialmente o autocuidado, proporcionando uma escuta acolhedora, fortalecimento do vínculo terapêutico e a interação do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (Brasil, 2015).

Contextualizado as PICS na APS, abordando os principais acontecimentos históricos, observamos na literatura a inversão da priorização das ações de saúde, encontrando no conceito ampliado de saúde a possibilidade de uma atenção integral e resolutiva. Nessa direção, é fundamental estabelecer estratégias de orientação da formação profissional com ênfase na abordagem integral, na valorização da APS e do processo de implementação das PICS.

A construção do saber profissional da saúde sobre as PICS, perpassa pelo importante papel de mudança no processo de educação dos trabalhadores de saúde pelas políticas públicas fundamentadas nas diretrizes do SUS.

Com a institucionalização do SUS, a educação dos trabalhadores de saúde passa a ter mais relevância e torna-se uma competência constitucional ordenar a formação dos trabalhadores de área. A constituição de 1988, em seu artigo 200, estabelece que “ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (Brasil, 1998).

A lei Orgânica da Saúde 8.080/90, reforça no seu artigo 27, que compete ao SUS em suas diferentes esferas de governo a “organização de um sistema de

formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (Brasil, 1990).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída por meio da Portaria nº 198/2004, representa um marco para a formação e trabalho em saúde no Brasil, que objetiva a qualificação e o aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, com melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação do serviço e fortalecimento do processo de gestão do SUS (Brasil, 2018).

Com a implantação da PNPIC, a formação profissional está promulgada com o desenvolvimento de estratégias de qualificação em PICS para trabalhadores no SUS, consoante com os princípios e as diretrizes estabelecidas da PNEPS. Assim, o Ministério da Saúde tem ofertado cursos para os gestores e trabalhadores de saúde e, inserido as PICS em documentos técnicos do Ministério, como os Cadernos de Atenção Básica (Brasil, 2018).

A introdução da Educação Permanente em Saúde (EPS) é estratégia político-pedagógica fundamental para a recomposição das práticas de formação profissional. Quando na presença de saberes tradicionais das culturas ou da produção de sentidos ligada as concepções de saúde, doença e cuidado pertencentes a lógica que diferem do modelo racional científico vigente entre os trabalhadores de saúde, torna-se cada vez mais complexo as situações para se alcançar a capacidade terapêutica diante das necessidades em/direito à saúde, visto que não será mais adequado o conjunto de saberes (Silva *et al.*, 2021).

Com isso, a educação deve ser trabalhada de forma permanente e dinâmica, contribuindo para a reflexão e avaliação do cotidiano do trabalho. A EPS destaca-se pela valorização do trabalho como fonte de conhecimento e vinculação do cotidiano e do processo de aprendizagem (Almeida *et al.*, 2016). Assim, a EPS ao estar direcionada para a atualização cotidiana das práticas em saúde, visa fortalecer as práticas em APS. A APS utilizando de diversas tecnologias para o cuidado, e por suas práticas compartilhadas entre os diferentes atores e em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, se destaca por ser um potente espaço para a consolidação da EPS (Ferreira *et al.*, 2019).

Na perspectiva de formação universitária na saúde, de acordo com Silva *et al.* (2021) esta possui uma forte tendência biomédica, que ao reduzir o indivíduo com foco na doença ou nos riscos inerentes a ela, desvaloriza a integralidade e o cuidado ampliado, que é o alicerce das Práticas Integrativas e Complementares. A ínfima inclusão de conhecimento de práticas alternativas na formação universitária e de cursos para a formação dos trabalhadores resulta na falta de prestadores habilitados e na baixa oferta de serviço especializado (Souza, 2020).

Para Tesser, Souza e Nascimento (2018), ao estar concentrada em instituições privadas, a formação em PICS reproduz modelos de formação inadequados a realidade da APS, afirmando a importância de que o ensino de PICS seja orientado para os diversos cenários do SUS, com ênfase para a APS.

Milder e Lima (2018) reforçam que o desconhecimento pelos trabalhadores de saúde das modalidades PICS, pode trazer uma visão limitada e até mesmo equivocada, ao não reconhecer os benefícios de caráter alternativo ou complementar dessas práticas, tanto no restabelecimento da saúde, quanto no caráter preventivo de doenças.

Em outra perspectiva, Silva *et al.*, (2021), reforçam que em meio aos procedimentos consagrados pela ciência, os trabalhadores que optam por uma prática

não-científica, enfrentam o perigo de retrocesso em termos de ascensão social e reconhecimento profissional, logo, impactam nas escolhas pelos métodos alternativos e a formação nas PCI podem ser pouco sedutoras diante de um campo da saúde cada vez mais setorializado.

Ressalta-se portanto, que garantir o conhecimento dos trabalhadores de saúde sobre as diferentes PICS na APS, reconhecendo o pluralismo terapêutico, eficácia, bem como possíveis riscos, é necessário para se alcançar a aceitabilidade do serviço, e assim, transformar e ressignificar a prática cotidiana sobre as PICS no contexto da APS.

### 2.3 Pluralismo terapêutico das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

Para melhor compreensão sobre as PICS, cada uma das práticas será brevemente apresentada nesse subcapítulo, de acordo com conceitos da própria PNPIC e da Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 (Brasil, 2017) e Portaria n. 702, de 21 de março de 2018 (Brasil, 2018). No ano de 2006, cinco práticas foram institucionalizadas pela PNPIC: Homeopatia; Acupuntura/Medicina Tradicional Chinesa; Medicina Antroposófica; Plantas medicinais; Águas termais/minerais.

Nesse sentido, Brasil (2006b), registra que:

- A *Homeopatia*, tem se expandido por diversos país da Europa, América e da Ásia. A homeopatia percebe o ser humano como um todo. Trata-se de um sistema médico de caráter holístico e baseado no princípio vitalista, compreende o adoecimento como expressão da ruptura da harmonia das diferentes dimensões. Dessa maneira, envolve tratamentos com base em sintomas específicos de cada indivíduo e utiliza substâncias altamente diluídas que buscam desencadear o sistema de cura natural do corpo;
- A *Medicina Tradicional Chinesa* (MTC) é uma abordagem terapêutica milenar, 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. A MTC utiliza procedimentos diagnósticos, como a anamnese integrativa, e procedimentos terapêuticos, como acupuntura, ventosaterapia, moxabustão, plantas medicinais, práticas corporais e mentais, dietoterapia chinesa;
- Na *Medicina Antroposófica*, são utilizados diversos recursos terapêuticos para a recuperação ou manutenção da saúde, conciliando medicamentos e terapias convencionais com outros específicos de sua abordagem, como aplicações externas, banhos terapêuticos, terapias físicas, arteterapia, aconselhamento biográfico, quirofonética. Fundamenta-se em um entendimento espiritual-científico do ser humano que considera bem-estar e doença como eventos ligados ao corpo, mente e espírito do indivíduo;
- As plantas medicinais contemplam espécies vegetais, que exercem ação terapêutica e devem ser utilizadas de forma racional, pela possibilidade de apresentar interações, efeitos adversos, contraindicações. A *Fitoterapia* é um tratamento terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal;
- No que se tratar das *Águas termais/minerais*, são práticas terapêuticas que consistem no uso da água com propriedades físicas, térmicas, radioativas, hidromecânicas, como agente em tratamentos de saúde.

Em 2017 mais 14 modalidades terapêuticas foram inseridas na PNPIC: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga. Deste modo, Brasil (2017), infere que:

- A *Arteterapia*, dentre as práticas milenares, é uma expressão artística, visual, que utiliza instrumentos como pintura, colagem, poesia, dança, fotografia, tecelagem, expressão corporal, teatro, sons, músicas ou criação de personagens. A arte é utilizada como elemento terapêutico, individual ou em grupo, em uma produção artística que favorece a análise do consciente e do inconsciente e busca interligar os universos interno e externo do indivíduo, por meio da sua simbologia, favorecendo a saúde física e mental;
- A *Ayurveda*, de origem indiana, é considerada uma das mais antigas abordagens de cuidado do mundo e acredita que 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, quando em desequilíbrio, podem induzir o surgimento de doenças. Os tratamentos ayurvédicos consideram a singularidade de cada pessoa, e utilizam técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais (ásanas), técnicas respiratórias (pranayamas), posições e exercícios (mudras) e cuidados dietéticos;
- A *Biodança* é prática expressiva corporal que através da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, promove vivências integradoras e restabelece o equilíbrio afetivo e a renovação orgânica, redução do estresse, melhora da comunicação e o relacionamento interpessoal. E dentre as práticas ancestrais, a Dança Circular, utiliza da expressão corporal, como a dança de roda, o canto e o ritmo para favorecer a aprendizagem e a interconexão harmoniosa e promover a integração humana, o auxílio mútuo e a igualdade visando o bem-estar físico, mental, emocional e social;
- A *Meditação*, prática milenar tradicional de diversas culturas, consiste em proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior, ampliando a capacidade de observação, atenção, concentração e a regulação do corpo-mente-emocões. Dessa maneira, a prática meditativa desenvolve habilidades para lidar com os pensamentos e observar os conteúdos que emergem à consciência, facilitando o processo de autoconhecimento, autocuidado e autotransformação;
- A *Musicoterapia*, prática conduzida por meio da música e/ou seus elementos tais como o som, ritmo, melodia e harmonia, como facilitador e promotor da comunicação, da relação, da aprendizagem, da mobilização, da expressão e da organização, que busquem atender necessidades físicas, emocionais, mentais, espirituais, sociais e cognitivas do indivíduo ou do grupo;
- A *Naturopatia*, dentre as práticas naturais, é uma prática terapêutica que adota visão ampliada e multidimensional do processo vida-saúde-doença e utiliza um conjunto de métodos e recursos naturais no cuidado e na atenção à saúde. E com uma abordagem integral no cuidado em saúde, a Osteopatia é uma prática terapêutica que utiliza várias técnicas manuais para auxiliar no tratamento de doenças, entre elas a da manipulação do sistema musculoesquelético e visceral;
- A *Quiropraxia*, atua no diagnóstico, tratamento e prevenção das disfunções mecânicas do sistema neuromusculoesquelético e seus efeitos na função

normal do sistema nervoso e na saúde geral. Enfatiza o tratamento manual, como a terapia de tecidos moles e a manipulação articular ou "ajustamento", que conduz ajustes na coluna vertebral e outras partes do corpo, visando a correção de problemas posturais, o alívio da dor e favorecendo a capacidade natural do organismo de auto cura;

- A *Reflexologia*, práticas bioenergéticas, parte do princípio que o corpo possui meridianos que o dividem em diferentes regiões, as quais têm o seu reflexo, e permitem, quando massageados, a reativação da homeostase e do equilíbrio nas regiões com algum tipo de bloqueio. Para tal, utiliza estímulos em áreas reflexas nos pés, mãos e orelhas, para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento;
- O *Reiki*, é uma 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. Para isto, o terapeuta busca restabelecer o fluxo de energia vital nos locais onde se encontram bloqueios energéticos, bem como eliminando as toxinas e equilibrando o pleno funcionamento celular;
- A *Shantala*, dentre as práticas de manipulação corporal, consiste em uma série de movimentos (massagem) para bebês e crianças pelos pais, que favorecem o vínculo entre estes e proporcionam uma série de benefícios decorrentes do alongamento dos membros e da ativação da circulação. Além disso, promove a saúde integral; harmoniza e equilibra os sistemas imunológico, os sistemas corporais, desenvolvimento motor, reforça vínculos afetivos, cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional;
- A *Terapia Comunitária Integrativa* é uma prática terapêutica coletiva que envolvem indivíduos, famílias e comunidades, numa atividade de construção de redes sociais solidárias, apoio emocional, troca de experiências e interação social. De origem oriental, o Yoga é uma prática corporal e mental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação. Apresenta técnicas específicas que trabalha os aspectos físico, mental, emocional, energético e espiritual do praticante com vistas à unificação do ser humano em si e por si mesmo.

Em 2018 mais 10 foram incluídas, totalizando 29 práticas atualmente disponíveis no SUS: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia, Terapia de Florais. Deste modo, Brasil (2018), descreve que:

- A *Apiterapia* é uma prática terapêutica utilizada desde a antiguidade, que consiste em usar produtos derivados de abelhas, tais como mel, pólen, geleia real e própolis, para promoção da saúde e fins terapêuticos;
- A *Aromaterapia*, dentre as terapias seculares, utiliza as propriedades dos óleos essenciais, concentrados voláteis extraídos de vegetais, para recuperar o equilíbrio e a harmonia do organismo visando à promoção e reequilíbrio físico e/ou emocional do indivíduo. Com amplo uso individual e/ou coletivo, pode ser associada a outras práticas, tais como terapia de florais, cromoterapia, entre outras;
- A *bioenergética*, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, trabalhando o conteúdo emocional por meio da verbalização, da educação corporal, respiração, com exercícios que liberam as tensões do corpo e facilitam a expressão dos sentimentos;

- A *Constelação Familiar*, é um método psicoterapêutico de abordagem sistêmica, energética e fenomenológica, que busca reconhecer a origem dos problemas e/ou alterações ditas e as não ditas, encobertas nas relações familiares, que atuam no inconsciente familiar e nas relações humanas, buscando encontrar a ordem, o pertencimento e o equilíbrio, criando condições para que a pessoa reorienta o seu movimento em direção à cura e ao desenvolvimento;
- A *cromoterapia*, utiliza as cores do espectro solar, sendo elas o vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, anil e violeta, com o intuito de restaurar o equilíbrio físico e energético do corpo, classificando-as em cores quentes, com vibrações que causam sensações mais físicas e estimulantes, e cores frias, com vibrações mais sutis e calmantes;
- A *Geoterapia*, dentre as terapêuticas naturais, consiste na utilização de argila, barro, lamas medicinais, 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;
- A *Hipnoterapia*, é um conjunto de técnicas que, por meio de intenso relaxamento, concentração e/ou foco, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado, que permita alterar condições ou comportamentos indesejados, como medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas, bem como pode favorecer o autoconhecimento e estar associado com outras formas de terapia;
- A *Imposição de mãos*, terapia bioenergética e secular, consiste na transferência de energia vital por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença;
- A *Ozonioterapia* é uma prática de baixo custo que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica, e promove melhoria de diversas doenças;
- As *Terapias de Florais*, são prática terapêutica que utilizam essências derivadas de flores para atuar nos estados mentais e emocionais.

Em síntese, compreendemos que as PICS são abordagens terapêuticas de saberes e cuidados organizadas em intervenções mente-corpo, terapias biológicas/naturais, métodos de manipulação corporal e terapias energéticas (Tesser; Sousa; Nascimento, 2018). As PICS são práticas que envolvem o pluralismo médico, com diversos saberes e crenças sobre saúde, doença e cura, e distintos modos de enfrentamento das enfermidades (Teixeira, 2017).

Posto isto, as generalizações atribuídas as PICS devem ser questionadas e evitadas. Segundo Tesser e Dallegrove (2020) o fato de várias PICS serem antigas e vitalistas, nem todas as PICS são de tradição milenar e interdisciplinares, ou se contrapõem à visão moderna e a biomedicina. Para estes autores, mesmo que haja uma contraposição em alguns aspectos, isso serve para algumas PICS, não para todas.



### 3. Conclusão

Este estudo, teórico e descritivo, trouxe reflexões sobre a itinerância histórica das práticas em saúde, entre “a arte de curar” às “Práticas integrativas e complementares”. Deste modo, se apresenta como um subsídio para os profissionais de saúde se aproximarem das raízes preambulares da temática, e contribui para fortalecer a autonomia profissional daqueles que se utilizam dessas práticas na assistência, por meio da ampliação ou consolidação de conhecimentos pré-existentes.

Frente à discussão apresentada, foi verificado, que as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde enquanto recursos terapêuticos com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, tem alcance à prevenção de doenças e a recuperação da saúde. Ademais, cabe destacar a gama de oferta de terapias, que podem ser implementadas, considerando a formação e capacitação dos profissionais de saúde.

Destarte, conclui-se que a valorização e o fomento à oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, no contexto da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, se faz necessário considerando os efeitos positivos no cuidado ofertado e nos desfechos de saúde dos usuários. No entanto, consideramos imprescindível a inclusão desse tema nas disciplinas na formação da graduação em saúde, e maior investimento da gestão dos serviços de saúde, no sentido de promover cada vez mais ações de divulgação e de capacitação sobre a temática por meio da educação permanente, a fim de instrumentalizar os profissionais da atenção primária.

### Referências

ALMEIDA, J. R. S. *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Rev. ABENO**, Londrina, v.16; n. 2, abr./jun., 2016.

BAHIA. Governo do estado. **PEPICS-BA. Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia**. Secretaria da Saúde: Bahia, 2020. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/PEPICS-Bahia-2020-Politica-Praticas-Integrativas.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília: Ministério da saúde, 1986. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf) Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 20 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702\\_22\\_03\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html). Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849\\_28\\_03\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html). Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf> . Acesso em: 02 abr. 2024.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf). Acesso em: 25 mar. 2024.

BRASIL. Senado Federal. Casa Civil. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/planeja/doc/constituicaofederalde88.pdf> . Acesso em: 12 abr. 2024.

CARVALHO, A.I.; BUSS, P.M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 121-142.

CYRINO, A. P. Da medicina preventiva a medicina comunitária: processo de constituição de campo de ensino extramuros na faculdade de medicina de Botucatu – UNESP\* (1969-1973). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 20. N. 01, jan/abr, 1996.

DANTAS, R. A. A trajetória de médicos e barbeiros no Rio de Janeiro da segunda metade do século XIX. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.1043-1050, jul./set., 2015.

DONNANGELO, M. C. Saúde e Sociedade. In: DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2ª ed. São Paulo: Duas cidades, 1979, p. 9-94.

FARIA, L.; OLIVEIRA-LIMA, J. A.; ALMEIDA-FILHO, N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.59-78, jan./mar. 2021.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223–239, jan. 2019.

FLEURY, S; MAFORT, A. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella *et al.* (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 01-41.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493- 545.

HABIMORAD, P.H.L *et al.* Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.2, p.395-405, 2020.

LOBATO, L.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L; LOBATO, L; NORONHA, J; CARVALHO, A (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 89-119.

LUZ, M. T.; WENCESLAU, L. D. A medicina antropológica como racionalidade médica. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: CEPESC. IMS. UERJ. ABRASCO, 2012, p.185-216.

MILDER, L.M.C.; LIMA, C.P. Práticas integrativas e complementares no ocidente: uma proposta ead para qualificação de trabalhadores de área de saúde. **Cad. da Esc. de Saúde**, v. 17, n.2, p.4-19, 2018.

MIRANDA, C.A.C. **A arte de curar nos tempos da colônia limites e espaços da cura**. 3. ed. rev. ampl. e atual. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2017. p.19-54.

NCCIH. National Center for Complementary and Integrative Health. **Exploring the Science of Complementary and Integrative Health**. Strategic Plan: NCCIH, 2016. p. 31-36.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care**. USSR: Alma Ata, 1978. Disponível em: [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf). Acesso em: 16 abr 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Who global report on traditional and complementary medicine 2019**. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312342/9789241515436-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 mar. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Medicinas tradicionais, complementares e integrativas**. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde: OPAS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/medicinas-tradicionais-complementares-e-integrativas>. Acesso em: 07 abr. 2024.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 459- 491.

PEIXOTO, M. T. **Formação médica na Atenção Primária à Saúde em uma universidade pública do semiárido baiano: conhecimento e práticas no processo ensino-aprendizagem**. Tese (doutorado) -Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2019. 233f.

PINTO, I. C. DE M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; BAPTISTA, T.V. DE F. Ciclo de uma política pública: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p.69-81.

SANTOS, B. A. B. dos. *et al.* Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde em Município de Médio Porte. **Revista Peliade**. v. 17, n. 39., p. 37-47, abr./jun., 2023.

SILVA, P.H.B. *et al.* Formação profissional em Práticas Integrativas e Complementares: o sentido atribuído por trabalhadores de Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n.2. 2021. p.395-405.

SOUSA, I. C.; GUIMARÃES, M. B.; GALLEGOS-PERES, D.F. **Experiências e reflexões sobre medicinas tradicionais, complementares e integrativas em sistemas de saúde nas Américas**. Observa PICS. Recife: Fiocruz, 2021.p.192.

SOUSA, L. A.; BARROS, N. F. Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde: avanços e desafios. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. 1-2, 2018.

SOUZA, D. O caráter ontológico da determinação social da saúde. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 137, p. 174-191, 2020.

TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. **História da saúde no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 2018. p.9-26.

TEIXEIRA, M.Z. Antropologia Médica Vitalista: uma ampliação ao entendimento do processo de adoecimento humano. **Rev Med**, São Paulo, v.96, n.3, p. 145-58, 2017.

TELES JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 86, 2016.

TESSER, C. D.; DALLEGRAVE, D.. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00231519, 2020.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 174-188, 2018.

TONIOL, R. **Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil**. 2015. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

VIOTTI, A.C.C. **As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677-1808)**. Dissertação (Mestrado em História) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista, Franca, 2012. 179 f.