

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

Isabela Braga da Matta

**AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) E A
SUA INSERÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O CASO DO MUNICÍPIO DE
SANT'ANA DO LIVRAMENTO**

Porto Alegre
2021

Isabela Braga da Matta

**AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) E A
SUA INSERÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O CASO DO MUNICÍPIO DE
SANT'ANA DO LIVRAMENTO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS) como requisito para a obtenção do título de doutora em administração.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Linha de Pesquisa: Estudos Organizacionais

Porto Alegre
2021

CIP - Catalogação na Publicação

da Matta, Isabela Braga

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e a sua inserção no Sistema Único de Saúde: o caso do município de Sant'Ana do Livramento / Isabela Braga da Matta. -- 2021.

128 f.

Orientador: Ronaldo Bordin.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Programa de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. 2. Políticas Públicas. 3. Racionalidades Médicas. 4. Administração e Planejamento em Saúde. I. Bordin, Ronaldo, orient. II. Título.

Isabela Braga da Matta

**AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) E A
SUA INSERÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O CASO DO MUNICÍPIO DE
SANT'ANA DO LIVRAMENTO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS) como requisito para a obtenção do título de doutora em administração.

Aprovada em:

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Fernando Dias Lopes – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Marco Aurélio Marques Ferreira - Universidade Federal de Viçosa

Aos meus pais, Guglielmo e Ivana, por
toda dedicação e amor.

AGRADECIMENTOS

A conclusão de uma tese nunca é uma vitória individual, durante esses quatro anos e antes disso, muitas pessoas contribuíram para que eu conseguisse finalizar este trabalho. Então agradeço a todas as minhas professoras e professores, desde a minha alfabetização pela minha formação e por me inspirarem a seguir essa profissão.

Agradeço ao professor Ronaldo Bordin, pela orientação no doutorado. Ser um orientador presente e com uma leitura dedicada, estando sempre presente e entendendo as limitações contextuais, foi o que possibilitou que eu concluísse este trabalho.

Ao professor Marco Aurélio, meu primeiro orientador, me ensinou a fazer pesquisa e me mostrou o que é a carreira do magistério superior. Ao professor Fernando, por receber os alunos do doutorado com tanta paciência na disciplina de Teorias Organizacionais e pela contribuição desde o ensaio da tese. Ao professor Roger pelas contribuições no ensaio e no projeto que muito qualificaram o trabalho.

Aos meus pais, Guglielmo e Ivana, pela estrutura de criação que me proporcionaram, pela priorização da nossa educação e por ultrapassarem todas as dificuldades para isso. Sem nenhuma dúvida, sem vocês eu jamais estaria aqui hoje. Aos meus irmãos, Elisa e Guilherme pelo incentivo de sempre. E à toda minha família, meus avós, tios, primos e sobrinhos, que me incentivam e acreditam nos meus sonhos e planos, por vezes mais do que eu mesma.

Ao André, meu companheiro e também o meu maior incentivador, que me ensina e me inspira diariamente. Agradeço pelo apoio durante os quatro anos do doutorado, sua ajuda foi fundamental nesse processo.

A todos os meus amigos, Maria Olívia e Mariana que muito me apoiaram em diferentes momentos. Aos amigos do mestrado e do doutorado: Layon, Carla, Alexandre, Ana Clara, Jaqueline, Bruno, Roberto, Aline, Gean e Tatiane. As muitas conversas durante esse período de formação foram muito importantes para a construção da tese. Às amigas de Muriaé, de Viçosa, de Mariana, da Unipampa, da UFRGS, vocês representaram um respiro, momentos de consolo e me deram confiança, muito obrigada!

A todos os entrevistados que disponibilizaram seu tempo para contribuir com a pesquisa com muita generosidade.

À UFRGS que me possibilitou o contato com professores que contribuíram com a minha formação no doutorado. À UFV que me proporcionou a graduação e o mestrado. Lembrando que a Universidade pública muda muitas vidas.

A Deus que me possibilitou viver um momento de muita felicidade e a realização de um sonho. Sem a Sua vontade nada disso seria possível.

O correr da vida embrulha tudo,
a vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.
O que Deus quer é ver a gente
aprendendo a ser capaz
de ficar alegre a mais,
no meio da alegria,
e inda mais alegre
ainda no meio da tristeza!
(João Guimarães Rosa)

RESUMO

Introdução: Em 2006, a partir da promulgação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) passam a integrar o rol de atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, grande parte da população não tem acesso a elas.

Objetivo: Demonstrar como as Racionalidades Médicas e as capacidades estatais demarcam a possibilidade de implantação de ações e programas relacionados à PNPIC e, também, apresentar a atualização e concretização dessa política através de um estudo de caso no município de Sant'Ana do Livramento - Rio Grande do Sul (RS).

Métodos: Foi realizada uma análise documental para descrever o processo de elaboração e implantação da PNPIC e da PNPMF. Para investigar a capacidade estatal relacionada à PNPIC no Brasil, foram utilizados dados secundários oriundos da base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de sites de secretarias estaduais de saúde. Posteriormente, foram realizadas entrevistas com formuladores e gestores da PEPIC/RS, como forma de identificar a percepção desses atores quanto às Racionalidades Médicas. Por fim, foi realizado um estudo de caso da cidade de Sant'Ana do Livramento – RS, para contextualizar a implementação dessas práticas.

Resultados: A análise das capacidades estatais relacionadas à PNPIC aponta um crescimento na oferta de PICS, e no número de estados que possuem legislação própria sobre essas práticas. Sobre a construção da PEPIC/RS o trabalho mostra que os gestores e formuladores dessa política consideram o conceito de saúde alinhado às Racionalidades Médicas vitalistas. Especificamente no caso de Sant'Ana do Livramento, evidencia-se o baixo número de práticas implantadas e a centralidade de alguns atores e a mobilização de profissionais interessados em implementar as práticas.

Conclusão: Neste estudo, fica evidente, que o fato de as PICS terem como base Racionalidades Médicas vitalistas, pode ser uma das barreiras à implantação dessas práticas. Outras barreiras se constituem de características contextuais que se relacionam às Capacidades Estatais, como a formação dos profissionais de saúde, a estruturação das avaliações das políticas de saúde, o repasse de recursos governamentais, os estudos sobre a eficácia dessas práticas e a legitimidade conferida às PICS.

Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Políticas Públicas. Racionalidades Médicas. Administração e Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: In 2006, after the promulgation of the National Policy for Integrative and Complementary Practices (PNPIC) and the National Policy for Medicinal and Herbal Plants (PNPMF), Integrative and Complementary Practices in Health (PICS) became part of the list of services of the Unified Health System (SUS). However, a large part of the population does not have access to them.

Objective: To demonstrate how Medical Rationalities and state capacities demarcate the possibility of implementing actions and programs related to PNPIC and also present the update and implementation of this Policy through a case study in the municipality of Sant´Ana do Livramento - Rio Grande do Sul (RS).

Methodology: through the qualitative methodology, a documentary analysis was carried out, first to describe the process of elaboration and implantation of the PNPIC and PNPMF. To investigate the state capacity related to PNPIC in Brazil were used secondary data from the database of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) and from websites of state health departments. Subsequently, a content analysis was performed interviews with PEPIC / RS formulators and managers, as a way to identify the perception of these actors regarding Medical Rationalities. Finally, a case study was carried out in the city of Sant´Ana do Livramento - RS, to contextualize the implementation of these practices.

Results: The analysis of state capacities related to the PNPIC points to an increase in the supply of PICS, and in the number of states that have their legislation on these practices. Regarding the construction of PEPIC / RS, the work shows that the managers and formulators of this policy consider the concept of health in line with vitalist Medical Rationalities. Specifically, in the case of Sant´Ana do Livramento, it is evident the low number of practices implemented and the centrality of some actors and the mobilization of professionals interested in implementing the practices.

Conclusion: In this study, it is evident that the fact that the PICS are based on vitalistic Medical Rationalities, can be one of the barriers to the implementation of these practices. Other barriers are constituted by contextual characteristics that are related to State Capacities, such as the training of health professionals, the structuring of health policy evaluations, the transfer of government resources, studies on the effectiveness of these practices and the legitimacy conferred to the PICS.

Keywords: Integrative and Complementary Health Practices. Public Policies. Medical Rationalities. Health Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1: Categorias de Análise | 55 |
| Figura 2: Mapa de Sant´Ana do Livramento e Rivera | 56 |
| Figura 3: Distribuição de ocupações por setor do CNAE | 58 |
| Figura 4: Marcos Legais sobre PICS no Brasil e no Rio Grande do Sul | 79 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| AMHB | - Fundação Médica Homeopática Brasileira |
| ANS | - Agência Nacional de Saúde Suplementar |
| APS | - Atenção Primária à Saúde |
| CBO | - Código Brasileiro de Ocupação |
| CFM | - Conselho Federal de Medicina |
| CIB | - Comissão Intergestores Bipartite |
| CIPLAN | - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação |
| CNS | - Conselho Nacional de Saúde |
| DAS | - Departamento de Ações em Saúde |
| DEE | - Departamento de Economia e Estatística |
| ESF | - Estratégia Saúde da Família |
| IBGE | - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MAC | - Medicina Alternativa e Complementar |
| MT | - Medicina Tradicional |
| NASF | - Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| NCCAM | - <i>National Center of Complementary and Alternative Medicine</i> |
| OMS | - Organização Mundial da Saúde |
| PEPIC/RS | - Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul |
| PIB | - Produto Interno Bruto |
| PICS | - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde |
| PIPMF | - Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos |
| PMAQ | - Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e da Qualidade na Atenção Básica |
| PNPIC | - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares |
| PNPMF | - Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos |
| PPA | - Plano Plurianual |
| PSS | - Participação Social em Saúde |
| RS | - Rio Grande do Sul |
| SCNES | - Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos |
| SES/RS | - Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul |
| SUA/SUS | - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica |

SUS - Sistema Único de Saúde
TCI - Terapia Comunitária Integrativa
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 1.2 | OBJETIVOS | 19 |
| 1.3 | JUSTIFICATIVA | 19 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 21 |
| 2.1 | RACIONALIDADES MÉDICAS: UM TIPO IDEAL WEBERIANO..... | 21 |
| 2.2 | AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE..... | 29 |
| 2.3 | PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE | 34 |
| 2.4 | AS PICS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE..... | 37 |
| 2.5 | RACIONALIDADES MÉDICAS E OS PARADIGMAS EM SAÚDE..... | 43 |
| 3 | PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS..... | 49 |
| 3.1 | DELINEAMENTO DA PESQUISA | 49 |
| 3.2 | FONTES DE DADOS E TÉCNICAS DE COLETA | 50 |
| 3.3 | ANÁLISE | 52 |
| 3.3.1 | Definição constitutiva das Categorias de análise | 53 |
| 3.4 | CONTEXTO DE SANT´ANA DO LIVRAMENTO | 55 |
| 3.5 | ASPECTOS ÉTICOS | 59 |
| 4. | RESULTADOS | 60 |
| 4.1 | IMPLEMENTAÇÃO DAS PICS NO SUS | 60 |
| 4.1.1 | A construção da PNPIC | 60 |
| 4.1.2 | A construção da PEPIC/RS | 67 |
| 4.1.3 | A implementação da PNPIC e da PEPIC/RS..... | 70 |
| 4.1.4 | Construção e Implementação da PNPIC | 74 |
| 4.2 | CAPACIDADE ESTATAL DA PNPIC..... | 80 |
| 4.2.2 | Capacidade Técnico-Administrativa da PNPIC | 81 |
| 4.2.3 | Capacidade Político-Relacional da PNPIC | 84 |
| 4.3 | A PERCEPÇÃO SOBRE A SAÚDE NA PEPIC/RS..... | 87 |
| 4.1.2 | Perfil dos entrevistados | 88 |
| 4.3.2 | A percepção dos entrevistados..... | 89 |
| 4.4 | A IMPLANTAÇÃO DAS PICS EM SANT´ANA DO LIVRAMENTO | 96 |
| 4.1.2 | Perfil dos entrevistados em Sant´Ana do Livramento (RS)..... | 96 |
| 4.4.2 | As PICS em Sant´Ana do Livramento | 97 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 109 |
| | REFERÊNCIAS..... | 112 |
| | APÊNDICE 1: LEGISLAÇÃO RELATIVA ÀS PICS | 122 |
| | APÊNDICE 2 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA 1 | 123 |
| | APÊNDICE 3 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA 2 | 124 |
| | ANEXO 1: QUADRO RESUMO COMPARATIVO DAS RACIONALIDADES MÉDICAS | 125 |
| | ANEXO 2: NOTA TÉCNICA PEPIC-RS/DAS N°1/2017 | 127 |

1 INTRODUÇÃO

Em 2015, havia cerca de 231 Terapias Complementares em uso no mundo todo, sendo que um terço da população mundial (com uma proporção maior nas regiões mais pobres da Ásia e da África) não tem acesso à medicina convencional e depende desse tipo de cuidado para tratar de sua saúde (MORALES; MIN; TEIXEIRA, 2015). Nesse sentido, algumas propostas para regulamentar as Terapias Complementares têm sido implementadas, como as Estratégias da OMS sobre Medicinas tradicionais para 2002-2005, publicada pela Organização Mundial da Saúde (2002), posteriormente atualizada para os anos 2014-2023 (OMS, 2013).

Na abertura do 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares e Saúde Pública, que ocorreu em conjunto com o 3º Congresso Internacional de Ayurveda, em março de 2018, foi anunciado que, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), haveria a inclusão de dez novas práticas complementares no seu rol de atendimento. A partir disso, foram veiculadas na imprensa diversas notícias sobre essa inclusão, formalizada na Portaria nº 702/2018 (BRASIL, 2018a). Junto com as notícias divulgadas por profissionais que realizam essas práticas, por movimentos de apoiadores e pela comunidade em geral, houve um forte posicionamento, nem sempre consensual, de diversos atores que se relacionam no campo da saúde, sobre o uso dessas práticas. Dentre eles, a categoria médica, os profissionais que utilizam as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e os usuários.

Um ano antes do 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares e Saúde Pública, em março de 2017, haviam sido aprovadas 14 práticas pela Portaria nº 849/2017 (BRASIL, 2017). Até aquele momento, somente cinco PICS eram reconhecidas pelo SUS, remontando a 2006 (BRASIL, 2006c, 2006d). Logo, no período entre 2006 e 2018, um total de 29 PICS passaram a ser ofertadas pelo SUS, 24 no biênio 2017-2018¹. Fato este que, corroborado pelo histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, evidencia como ao longo dos anos o conceito de saúde foi modificando-se. A saúde só passa a ser responsabilidade do Estado em 1988, quando a Constituição instituiu, pelo Artigo 196, o direito a saúde a todos os cidadãos (BRASIL, 1988a). Momento este em que o Sistema Único de Saúde foi criado, como forma de abarcar as políticas públicas relacionadas à saúde.

O SUS tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade (BRASIL, 1990). A universalidade e equidade relacionam-se ao acesso pleno e ao respeito às

¹ As portarias nº 971, de 03 de maio de 2006, nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2006c, 2006d), nº 849 de 27 de março de 2017 (BRASIL, 2017) e nº 702 de 21 de março de 2018 (BRASIL, 2018a) têm seus links de acesso no Apêndice 1 deste trabalho.

necessidades de cada cidadão em sua relação com o sistema de saúde. Já a integralidade consiste em tratar a saúde de forma a considerar o indivíduo como um todo e buscar não só a cura das doenças, mas uma melhoria em sua qualidade de vida. Percebe-se que desde a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978), a Organização Mundial da Saúde (OMS) faz recomendações valorizando o uso de plantas medicinais, utilizando um conceito mais abrangente de saúde, que considera o cuidado integral do indivíduo (BRASIL, 2006a).

Essa noção de cuidado integral com o indivíduo, além de fazer-se presente no Relatório da Conferência Internacional de Alma-Ata (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978), ao reafirmar os cuidados primários, é evidenciada também na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986); na criação do Sistema Nacional de Meio Ambiente, em 1981, em que se defende a utilização racional dos recursos ambientais em condições propícias à saúde e à qualidade de vida; e no próprio texto constitucional de 1988, que afirma o atendimento integral e a participação social como diretrizes do SUS (BRASIL, 2006b).

No âmbito do SUS, existem duas políticas relacionadas diretamente às Terapias Complementares: a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF). Políticas que, apesar de terem seus documentos e regulamentações firmados em 2006 (BRASIL, 2006a, 2006b, 2006c, 2006d), ainda têm suas ações desconhecidas por boa parte da população, mesmo que muitas pessoas utilizem costumeiramente algumas terapias regulamentadas pelas políticas citadas. Para citar um exemplo, um estudo desenvolvido na cidade de Montes Claros, em Minas Gerais, mostra que em torno de 70% das famílias usavam práticas populares, como orações, benzedouras, remédios populares e práticas corporais (RODRIGUES NETO; FARIA; FIGUEIREDO, 2009). No entanto, mesmo utilizando as Terapias Complementares, a população não toma conhecimento dessas terapias através do sistema de saúde público.

Em uma busca na plataforma SciELO, utilizando o descritor em ciências da saúde “Terapias Complementares”, foram encontrados 143 trabalhos publicados no Brasil no período de 2000 a 2019. Dentre esses trabalhos, 94 tratam dos resultados de substituições ou associações das Terapias Complementares a tratamentos específicos; 19 abordam a formação de profissionais de saúde e o conhecimento destes sobre as Terapias Complementares; e 23 associam as Terapias Complementares às políticas públicas. No entanto, grande parte destes não associa as Terapias Complementares à garantia do direito à saúde, à dimensão ética de algumas das Terapias (n=3) ou aborda o tema conceitualmente (n=4).

Os artigos que discutem a dimensão conceitual das Terapias Complementares foram publicados a partir de 2009 e os que abordam sua relação com as políticas públicas têm início em 2011. Ou seja, a abordagem conceitual é mais recente do que os artigos que associam as Terapias Complementares a tratamentos mais específicos.

Busca semelhante realizada na plataforma LILACS resultou em 74 artigos completos disponíveis no Brasil de 1995 a 2019, sendo que 40 tratam de impactos de Terapias Complementares específicas utilizadas para o tratamento de determinadas doenças, 15 tratam da utilização de Terapias Complementares nas políticas públicas, 11 mostram as Terapias Complementares na formação dos profissionais da saúde e um trabalho trata especificamente do aspecto ético. Novamente, apesar de existirem alguns trabalhos usando esse descritor, e deste número vir subindo ao longo dos anos, poucos abordam suas implicações para as políticas públicas de saúde e seus aspectos conceituais.

As Terapias Complementares se aproximam da Medicina Alternativa, conceito que Madel Luz (2005), uma das principais autoras nacionais que tratam do tema, define como:

[...] uma prática tecnologicamente despojada de medicina, aliada a um conjunto de saberes médicos tradicionais. Foi proposta como “alternativa” à medicina contemporânea especializante e tecnocientífica, no intuito de resolver os problemas de adoecimento de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica no mundo (LUZ, 2005, p. 146).

Apesar de o termo medicina alternativa ainda ser bastante utilizado para tratar de todas as práticas não-convencionais ligadas à saúde, esse termo sugere práticas que são feitas como alternância, o que se distancia da proposta de integração entre as formas de tratamentos vigentes (TEIXEIRA; LIN; MARTINS, 2004). Para Barros e Nunes (2006), o contexto exerce grande influência sobre a utilização dos termos, onde medicina alternativa é utilizado a partir de uma lógica de oposição entre conhecimentos. Assim, em um contexto de uma nova forma de integração epistemológica, surge o termo medicina complementar.

Para Teixeira, Lin e Martins (2004), a denominação Práticas Complementares também não atenderia a complexidade do termo e justificam o uso de “Práticas não-convencionais em saúde”, de forma a destacar que essas práticas não devem ser usadas como alternativa ou como complementariedade a uma prática principal. O termo Práticas Complementares traz ainda um sentido de integrar essas práticas aos serviços de saúde, mas pode causar alguma confusão por ser semelhante à expressão exames complementares (BARROS; NUNES, 2006).

Neste trabalho, utiliza-se o termo Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como forma de se referir a práticas que, apesar de estarem regulamentadas pelo SUS,

não constituem o tratamento principal no sistema de saúde e têm origem em correntes conceituais não convencionais. Optou-se por essa nomenclatura por ser a utilizada em documentos e políticas do SUS.

Ainda que pautadas tangencialmente, alguns trabalhos mais recentes (CRUZ; SAMPAIO, 2016; GATTI et al., 2015; GONTIJO; NUNES, 2017; MORAES, 2016; PINHAL; BORGES, 2019) abordam as diferenças entre as PICS e o cuidado biomédico ou medicina convencional, na medida que esta tem seu foco no tratamento de doenças, enquanto as PICS, como o próprio nome diz, não consistem no tipo de cuidado predominante.

Os trabalhos mais recentes sobre as PICS se debruçam sobre as potencialidades e características das PICS (TESSER E DALLEGRAVE, 2020), analisam o uso das PICS por determinado grupo de usuários (FERNANDES et al., 2021; CHAGAS et al., 2020) ou elaboram um diagnóstico situacional das PICS em localidades específicas (TONELLO, 2020).

Alguns estudos ainda tratam de temas que tangenciam as PICS, como por exemplo Silva et al. (2021) que compreendem os sentidos atribuídos por trabalhadores da APS ao processo de formação profissional relacionados às PICS. E o estudo de Guimarães et al. (2020) que tem seu foco com ênfase nas relações entre a biomedicina e os saberes relacionados às PICS a partir da produção do conhecimento sobre as dimensões do saber, do poder e do ser na perspectiva da descolonização.

De forma semelhante, outros estudos recentes sobre as PICS têm um foco mais específico na análise da implementação dessas práticas. Como Barbosa et al (2020a, 2020b), que demonstram que a oferta das PICS na Estratégia Saúde da Família ocorre de forma pontual e não sistematizada e institucionalmente apoiada. Nestes estudos reforçam o protagonismo dos profissionais e não dos gestores. Consiste em um estudo quantitativo em todo território nacional a partir de dados do PMAQ e do Inquérito Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS.

Autores como Ruela et al. (2020) e Ferraz et al. (2020) que estudam a implementação das PICS metodologia: revisão de literatura. E ambos indicam que a inclusão das PICS no SUS amplia o acesso aos serviços a partir da atenção integral e reafirma a necessidade de mais estudos sobre a implementação da PNPIC principalmente no que se refere a um período de reduções nos gastos da saúde pelo governo federal. Estudos com uma perspectiva analítica limitada.

Existem ainda outros autores que mostram desafios da implementação em um município através de um estudo participativo (IGNATTI E NAKAMURA, 2021) ou a partir

de uma revisão de literatura (HABIMORAD et al., 2020) que organizou as principais potencialidades e fragilidades da implementação das PICS no SUS.

Nesse sentido, essa tese aqui apresentada se diferencia dos demais já citados por trazer uma perspectiva relacionada a análise de políticas públicas para analisar a implementação das PICS. E pelo método.

Alguns dados recentes mostram como as PICS ganharam visibilidade e aceitação. O número de atividades coletivas, como yoga e tai chi chuan, por exemplo, passou de 216 mil para 315 mil no Brasil, entre 2017 e 2018 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Stanford et al. (2019) realizaram um estudo com pacientes com histórico de câncer entre outubro e dezembro de 2018 e mostram que aproximadamente um terço desses pacientes utilizou Terapias Complementares nos 12 meses anteriores à coleta dos dados, sendo as mais frequentes: suplementos de ervas, quiropraxia de manipulação osteopática, massagem, yoga, tai chi, mantra, atenção plena e meditação espiritual. Um dado importante apresentado por esse estudo é que 29% desses pacientes não contou ao seu médico que fazia uso dessas terapias.

No entanto, mesmo com o ganho de visibilidade dessas terapias e com o crescimento do número de estudos sobre elas, autoras como Reis, Esteves e Greco (2018) observam que existem entraves à sua implantação no sistema de saúde, relacionados à pouca formação profissional, à gestão do sistema de saúde e a concepções centradas no paradigma biomédico. Esses fatores que formam barreiras à implantação das PICS se relacionam com o poder de gerar políticas públicas pelo Estado (GOMIDE; PEREIRA; MACHADO, 2017). Assim, fatores como por exemplo os investimentos feitos neste tipo de prática, a formação dos profissionais e a própria gestão do sistema de saúde formam uma barreira à implantação da PNPIC.

Em um estudo sobre a implementação da PNPIC e sobre a institucionalização das PICS na cidade de Porto Alegre, Muller (2016) destaca que a Atenção Básica centrada no modelo biomédico consiste em um entrave a essa institucionalização, mostrando que, no caso estudado, algumas PICS são oferecidas sem divulgação e por iniciativa do profissional em saúde.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde fazem parte do um mercado global de medicina complementar e alternativa que, segundo relatório da *Grand View Research Inc.*, deve atingir um valor de US \$ 196,9 bilhões até 2025 (PRNEWSWIRE, 2019).

Observa-se, no entanto que de todas as PICS regulamentadas pelo SUS, somente a Acupuntura consta no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2021). Além da acupuntura, a homeopatia pode ter consultas atendidas pelos planos de saúde, uma vez que é uma especialidade médica, como consulta

médica. Assim, trata-se de um mercado em crescimento, não atendido pelos planos de saúde em que os usuários recorrem a atendimentos particulares.

O financiamento das PICS pelo SUS pode ocorrer a partir de recursos destinados à saúde. Desde que haja a inclusão das necessidades e ofertas de PICS no Plano Municipal de Saúde e na Lei de Diretrizes Orçamentárias do município para a destinação dos recursos. Isso requer a aprovação no Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 2018b).

No que tange aos atores relacionados a implementação das PICS destaca-se os profissionais de saúde. Uma vez que a PNPIC estimula que essas práticas sejam implantadas prioritariamente na Atenção Primária à Saúde, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as Equipes de Consultório na Rua, de Saúde Prisional, as Equipes de Saúde Ribeirinhas e Fluviais, podem realizar ações em PICS na perspectiva do cuidado integral à população de seu território (BRASIL, 2018b).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, sugere um mapeamento dos profissionais capacitados e interessados em implementar as PICS para a criação de uma política municipal relacionada às PICS. Nota-se com isso que o protagonismo na implantação das PICS não se concentra no profissional médico, que é o protagonista da maioria dos tratamentos de saúde. Isso porque, muitas das PICS não constituem especialidades médicas, e para a sua aplicação o profissional pode fazer uma especialização ou formação nessa prática.

Além dos profissionais de saúde municipais existem setores da sociedade civil que se relacionam diretamente à implementação dessas práticas, como os membros dos Conselhos Municipais de Saúde, que precisam aprovar o orçamento municipal que, para a implementação das PICS deve destinar recursos a esta finalidade. Além disso, existem outros grupos articulados que tem interesse na implementação das PICS, como a RedePICS, que é uma organização da sociedade civil composta por usuários, instituições, movimentos sociais, professores, pesquisadores, gestores municipais, estaduais e demais interessados que se reconhecem enquanto atores sociais no campo das PICS.

Considerando a importância das PICS no âmbito das políticas públicas, este trabalho se sustenta no argumento de que as diferentes Racionalidades Médicas² formam uma base conceitual que justifica a utilização de diferentes práticas no sistema de serviços de saúde, indo além da racionalidade médica hegemônica – o sistema biomédico. As PICS alinham-se ao paradigma vitalista de saúde, que apresenta diferentes concepções de saúde-doença e cuidado,

² Neste trabalho, o termo Racionalidades Médicas tem o significado de uma categoria de análise do tipo ideal weberiana, como a proposta em Luz (2000), e). será aprofundado nas seções seguintes.

aproximam-se do olhar integral ao indivíduo. Com isso, as PICS trazem um novo significado (ou um significado revisitado) de saúde, indo além da forma de realizar os cuidados, mas considerando um entendimento mais amplo das questões que fundamentam este conceito (LAPLANTINE; RABEYRON, 1989)

Nesse sentido, o estado do Rio Grande do Sul é um dos 14 entes federativos que possui uma legislação própria sobre as PICS, além de ter iniciado sua implantação em 2011. Destaca-se neste estudo o caso do município de Sant´Ana do Livramento, na fronteira deste estado com o departamento de Rivera no Uruguai.

A tese apresentada é de que a Racionalidade Médica predominante determina características do sistema de saúde que, assim como as capacidades estatais, demarcam a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

1.2 OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho é demonstrar como as Racionalidades Médicas e as capacidades estatais demarcam a possibilidade de implantação de ações e programas relacionados à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e apresentar um estudo de caso de implantação da PNPIC no município de Sant´Ana do Livramento, Rio Grande do Sul.

São objetivos específicos:

- a) Descrever o processo de construção e implementação da PNPIC e da PNPMF no Brasil e no Rio Grande do Sul;
- b) Investigar a capacidade estatal relacionada a implementação da PNPIC no Brasil;
- c) Identificar a percepção dos atores que construíram e que implementaram essa política no estado do Rio Grande do Sul quanto às Racionalidades Médicas;
- d) Contextualizar a implementação dessas práticas na cidade de Sant´Ana do Livramento – RS.

1.3 JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica principalmente por:

- a) Preencher uma lacuna de estudos recentes quanto às PICS e sua dimensão como política pública, as relacionando com o sistema de saúde vigente;

- b) Procurar identificar as divergências acerca das PICS segundo os diversos atores representativos deste debate;
- c) Retomar a categoria Racionalidades Médicas no processo de inserção das PICS junto ao Sistema Único de Saúde;
- d) Entender a dinâmica do tratamento de saúde em uma região de fronteira seca³, em que os cidadãos transitam pelos dois países, utilizando por vezes o serviço de saúde de ambos;
- e) Oferecer elementos para formulação e avaliação de políticas públicas voltadas ao fomento das PICS.

O texto conta com, além desta introdução ao tema, um capítulo de referencial teórico dividido em seções que discutem, especificamente: a categoria Racionalidades Médicas, demonstrando seu aporte teórico como tipo ideal weberiano; a avaliação de políticas públicas, para discutir as possibilidades de analisar a PNPIC a partir do Ciclo de Políticas Públicas e da capacidade estatal; as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde considerando seu conceito e pressupostos, dando suporte à discussão que relaciona as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde às políticas públicas, tema da seção seguinte; e os paradigmas de saúde e sua relação com as Racionalidades Médicas. No terceiro capítulo, apresentam-se os métodos que foram empregados, definindo os procedimentos de coleta, análise e as categorias utilizadas. Em seguida, exibimos a apresentação e discussão dos resultados em um capítulo dividido em quatro seções que abordam como as PICS foram implantadas no SUS, a capacidade estatal relacionada às PICS no Brasil, a percepção dos entrevistados sobre o conceito de saúde e, na última seção, o detalhamento do processo de implantação das PICS em Sant'Ana do Livramento. Por fim, seguem, ao final do trabalho, as considerações finais e referências utilizadas.

³ Fronteira demarcada por uma rua ou avenida e não por rio ou ponte (BÜHRING, 2015)

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo são discutidos os conceitos que permeiam a argumentação proposta na tese. Inicialmente, será apresentado o conceito de Racionalidades Médicas e como elas constituem um Tipo Ideal Weberiano, delineando a principal categoria de análise sugerida neste trabalho. A segunda seção aborda a Análise de Políticas Públicas, utilizando o Ciclo de Políticas Públicas e as Capacidades Estatais como sua base. Posteriormente, serão conceituadas as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e seu histórico de implementação no SUS. O penúltimo item deste capítulo traz uma reflexão sobre os conceitos de saúde das PICS presentes no Sistema de Saúde. Para finalizar, a última seção relaciona as Racionalidades Médicas a diferentes paradigmas em saúde. Espera-se refletir sobre a implantação das PICS no estado do Rio Grande do Sul e no município de Sant´Ana do Livramento a partir dos tópicos discutidos no presente capítulo.

2.1 RACIONALIDADES MÉDICAS: UM TIPO IDEAL WEBERIANO

A preocupação de Weber com a formação e consolidação de um campo de estudos das ciências sociais fez com que ele buscasse, na obra *Metodologia das Ciências Sociais*, delimitar, definir, agrupar e defender o papel dessa ciência (WEBER, 1993). Com isso, ele traz à tona um princípio que considera fundamental na metodologia das ciências sociais, a ausência de juízos de valor para o estudo da sociologia enquanto ciência. Assim, Weber propõe o uso do *tipo ideal* como uma alternativa metodológica a partir do qual seria possível analisar ações sociais sem a utilização de juízos de valor por parte do pesquisador, mantendo, dessa forma, o caráter imparcial da ciência.

O objeto de estudo das ciências sociais, para Weber, é a ação social, que compreende os sentidos dados pelos sujeitos referentes à conduta de outros (WEBER, 1993, 2012). De forma que a ação social é orientada por ações de outros sujeitos, podendo ter ocorrido no passado, no presente ou ser esperada como futura. Assim, o tipo ideal é proposto como uma metodologia para a análise da ação social, ele consiste em determinar características “puras”, que não necessariamente são encontradas dessa forma, mas, a partir desses tipos, é possível analisar ações sociais. Um exemplo, são os tipos de dominação propostos na obra *Economia e Sociedade* (WEBER, 2012). Nessa obra, Weber descreve a dominação racional legal, a carismática e a tradicional como tipos ideais, ou categorias de análise de ações sociais. A partir

desses tipos de dominação, é possível direcionar um olhar crítico para a sociedade, tentando entender as ações sociais.

As bases de legitimidade são os aspectos que diferenciam essas formas de dominação. A dominação racional legal tem sua legitimidade baseada na técnica e na formação profissional, nos cargos, na estrutura, leis e normas codificadas, tendo sua forma mais pura expressa na organização burocrática. Já as dominações tradicional e carismática são voltadas a valores, sendo a primeira legitimada por costumes arraigados e aceitos na sociedade, e a segunda, por sentimentos e emoções.

A racionalidade é o conceito básico que articula a teoria social weberiana. Ela está ligada à racionalização que consiste no crescente domínio da realidade ou da busca metódica de um determinado fim, mediante conceitos cada vez mais precisos. Assim, “a racionalização da vida social é um processo geral que produz estruturas de consciência típicas dos contextos da modernidade” (GOMES; MAGALHÃES, 2008, p. 79), e a racionalidade é relativa a ação do homem nesse contexto.

Weber caracteriza o racionalismo ocidental como racionalismo de dominação do mundo. Onde existe um “comportamento coletivo que favoreceu a ocorrência de uma ciência, uma jurisprudência, uma arte, uma política, e um sistema econômico específicos, racionalizados ao máximo com base no cálculo e na previsibilidade” (GOMES; MAGALHÃES, 2008, p. 82).

É importante, porém, destacar que este conceito, sendo um tipo ideal, não existe puro na sociedade e é constantemente observado em conjunto com outras características. A racionalidade é associada à forma de dominação racional legal, onde ela é exercida com base em justificativas racionais. Para este autor, a racionalidade se divide em racionalidade formal e material. A primeira se relaciona com uma ação social orientada a fins, a segunda ocorre quando a ação social é orientada a valores (éticos, estéticos, religiosos).

Chamamos racionalidade formal de uma gestão econômica o grau de cálculo tecnicamente possível e que ela realmente aplica. Ao contrário, chamamos racionalidade material o grau em que o abastecimento de bens de determinados grupos de pessoas (como quer que se definam), mediante uma ação social economicamente orientada, ocorra conforme determinados postulados valorativos (qualquer que seja sua natureza) que constituem o ponto de referência pelo qual este abastecimento é, foi ou poderia ser julgado. Esses postulados têm significados extremamente variados (WEBER, 1993, p. 52)

Alguns autores discutem o conceito de racionalidade em Weber, como Sell (2012), para quem esse conceito está relacionado a sua institucionalização social: “a ação racional referente

a fins seria produzida apenas pelo controle das ações mediante as ideias”. Nesse sentido, Olivo (2002) mostra como a racionalidade, denominada por Guerreiro Ramos como formal, sugerindo o mesmo sentido da racionalidade weberiana, está relacionada à lógica ocidental e “continua sendo cega às riquezas culturais da sociedade, pois desconsidera saberes milenarmente acumulados e não consegue dar conta da complexidade do viver humano e suas necessidades” (OLIVO, 2002, p. 90). Da mesma maneira, Motta (2001) mostra que a lógica da razão instrumental se traduz em uma lógica de dominação, de forma que “o processo de justificação torna-se muito mais poderoso na medida em que se apresentando como neutro torna-se força produtiva” (MOTTA, 2001, p. 103).

Sobre o caráter racional da ciência, Madel Luz (1988) faz uma análise sócio-histórica da racionalidade científica moderna, de seus efeitos políticos, de sua inserção e intervenção na vida social a partir de duas disciplinas: medicina e sociologia. A referida autora mostra que “os efeitos da ordenação racional da realidade são de natureza política e social. Neste sentido, toda disciplina científica moderna é social, embora nem sempre tematize o social nos seus enunciados teóricos e conceitos” (LUZ, 1988, p. 4). De modo que, ao considerar a medicina como uma “disciplina do social” (LUZ, 1988), é possível questionar em que medida a razão médica combate e elimina dela categorias, conceitos e teorias divergentes e concorrentes, através de estratégias de produção de discursos e políticas sociais.

A marca da ciência moderna é a especialização e a burocratização (GOMES; MAGALHÃES, 2008, p. 87), então, o indivíduo só alcança êxito com rigorosa diferenciação. Não significa que o homem é dotado de maior conhecimento, mas que estão disponíveis explicações científicas e racionais para todos os fenômenos, assim, o indivíduo sabe que não tem poderes místicos ou sobrenaturais interferindo na vida. Havendo a possibilidade de domínio por meio da previsão.

A partir desse entendimento, Luz (1988) sugere existir uma rede que estabelece uma certa ordem social racionalizada a partir da ciência moderna, e isso se materializa através de instituições, discursos e políticas sociais. Assim, fica evidente que a ciência moderna é uma forma de legitimação de diversas ações, principalmente no âmbito público, uma vez que a ciência produz concepções de mundo e regula as ações individuais na medida em que os indivíduos a consideram legítima (GOMES; MAGALHÃES, 2008). Isso justifica-se pelo fato de que, a partir do final do século XVIII, quando do triunfo da razão científica, “nenhuma teoria ou conceito pode mais fugir dos limites da morfologia do modelo científico, sob pena de ser considerada não científica, portanto, não *verdadeira*” (LUZ, 1988, p. 120, *grifo da autora*). É importante ressaltar que, para Gomes e Magalhães (2008), a ciência não é suficiente para a

tomada de decisão e exige a consideração de valores situados em contextos sociais específicos, sendo que o que possibilita controle é o cálculo gerador de previsibilidade.

A racionalidade científica na medicina dificulta ou impossibilita o reconhecimento de outras “verdades”, teorias ou outros conceitos contrários ao reducionismo da clínica anatomopatológica e da fisiologia mecânica, baseada na química analítica do enciclopedista Lavoisier. Ao trazer essa reflexão, Luz (1988) apresenta o *vitalismo homeopático* como outra Racionalidade Médica, que trata a doença como um desequilíbrio da força vital. Nesse sentido, essa racionalidade pode ser observada em diferentes paradigmas de saúde.

Essa aproximação da racionalidade hegemônica no campo da saúde, é confirmada também por Olivo (2002, p. 91), ao demandar a necessidade de um paradigma que “dê conta das diversidades do viver humano, tendo foco na sustentabilidade” (OLIVO, 2002, p. 96). Esse paradigma, é condizente com o conceito de promoção de saúde, uma proposta mais abrangente e próxima da melhoria da qualidade de vida para a sociedade. Assim, a racionalidade biomédica, predominante na sociedade atual, seria um entrave ao modelo de saúde sustentável. Olivo (2002) sugere, ainda, a necessidade de estabelecer políticas de promoção de saúde que coloquem os sujeitos de forma mais ativa em sua construção, e que valorizem conhecimentos e demandas locais.

Laplantine e Raberyon (1989) abordam algumas questões que tangenciam a racionalidade presente nos paradigmas de saúde ao mostrar questões epistemológicas em torno das Medicinas Paralelas⁴. Os autores evidenciam características do cuidado complementar ou alternativo que demonstram uma diferença profunda entre este tipo de cuidado e o biomédico e demonstram que este debate sobre o que é considerado cuidado médico abrange além de questões fisiológicas, questões sociais (LAPLANTINE E RABERYON, 1989, p. 10). Assim, os autores analisam o que chamam de práticas médicas marginais, considerando aspectos epistemológicos, históricos e teóricos deste corpo de práticas, denominando-as de Medicinas Paralelas.

Converge com a concepção de Medicinas Paralelas, a Participação Social em Saúde (PSS) proposta por Mendes (1996). Este paradigma que, segundo o autor, se inicia após o SUS, propõe uma mudança gradual em quatro dimensões na saúde pública: a concepção de saúde-doença, o paradigma sanitário, a prática sanitária e a ordem governativa da cidade. Uma vez que esse paradigma tem seu foco em uma visão positiva de saúde, converge com a proposta de

⁴ Medicinas Paralelas constituem cuidados alternativos de saúde. Neste trabalho, tratamos esse termo como sinônimo de Práticas Integrativas e Complementares (PICS).

Promoção à Saúde, a qual considera a saúde como o bem-estar integral do indivíduo. Esse conceito se encontra em um polo oposto ao conceito de saúde presente no paradigma flexneriano⁵ ou biomédico, que tem a visão da saúde com a atenção centrada no tratamento de doenças existentes e que procura tratar o problema de saúde não tendo as atenções voltadas para o indivíduo de forma integral.

Mendes (1996) propõe que a concepção de saúde, consensual entre profissionais e cidadãos, seja uma visão não centrada na doença, mas que parta de saúde como um conceito positivo, o que não seria somente a ausência de doença, mas um “estoque” de saúde na sociedade. Para tal, a sociedade precisa modificar os hábitos de vida para que não se precise curar as doenças. Esse conceito corrobora o conceito de saúde de Laplantine e Raberyon (1989) anteriormente descrito, que adiciona questões sociais às questões físicas no cuidado do indivíduo.

Percebe-se que hoje no Brasil, as PICS, apesar de não estarem implementadas em todos os municípios, vêm ganhando aceitação e legitimidade no âmbito do SUS. Laplantine e Raberyon (1989) mostram a constituição de uma cultura formada por elementos que mostram a amplitude desse fenômeno social, como as associações de doentes, as lojas naturalistas, imprensa especializada e a publicação de livros sobre diferentes tratamentos naturais. Contextualizando para o Brasil, percebe-se que esses elementos continuam em expansão: o número de lojas especializada e de livros disponíveis, as notícias em várias mídias, incluindo o acesso à internet e, com isso, a vídeos, blogs pessoais e redes de relacionamento facilitam o compartilhamento de dados sobre esses meios de tratamento.

Agrega-se a tudo isso mais dois elementos, já citados no livro de Laplantine e Raberyon (1989), que ocorrem no contexto atual através de uma parcela da sociedade, são as reivindicações sociais e uma recusa a vários fatores ligados à medicina convencional, tais como: o racionalismo científico, o movimento de massificação e uniformização das sociedades, o modelo patriarcal que assume uma natureza repressiva, o espaço urbano, a recusa de uma cultura elitista e de uma sociedade de consumo. Com isso, surge uma demanda crescente por diferenciação, a reivindicação de uma simplicidade e revalorização da vida cotidiana, pretendendo modificar a sociedade. Isso leva a uma exigência de individualização, buscando terapias mais personalizadas e configurando uma “crise do racionalismo social” (LAPLANTINE; RABEYRON, 1989, p. 37). Ainda que, no Brasil, ela se propague a partir da

⁵ Modelo flexneriano ou “medicina científica”, cujos componentes se encontram na página 38.

classe média intelectualizada, isso pode refletir uma tendência de expansão, disseminando as PICS para uma parcela maior da população.

O tratamento individualizado proposto pelas PICS possibilita uma abordagem que contempla a totalidade do indivíduo, considerando os hábitos, o meio em que ele está inserido e o histórico de tratamento de doenças. Enquanto a medicina convencional concebe a doença como uma entidade exógena e a cura, por consequência, como o seu estrangulamento (LAPLANTINE; RABEYRON, 1989).

Mendes (1996) destaca que, para atender ao Paradigma da Produção Social da Saúde, é necessário que a cidade seja governada com políticas transversais que possibilitem tratar a saúde de forma integral. Mais do que isso: só é possível criar um estoque de saúde na população quando vários fatores socioeconômicos que se relacionam a ela forem igualmente tratados.

Ao tentar alcançar um entendimento para além do paradigma biomédico, surge, no início da década de 1990, uma ferramenta que traz importantes debates no âmbito da saúde pública: a categoria de análise Racionalidade Médica (NASCIMENTO et al., 2013). Ela nasce em um momento marcado pela valorização da promoção da saúde e de uma série de cuidados que utilizam a força da natureza. Para essa contextualização, Nascimento *et al.* (2013) reportam-se à Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978), momento que “preconizou a legitimação de práticas tradicionais, alternativas ou complementares” (NASCIMENTO et al., 2013, p. 3596) e, ainda, à criação do SUS em 1988, quando o tratamento integral, as atividades preventivas e a participação da comunidade se tornam parte relevante desse processo de estruturação de um sistema nacional de saúde.

Nesse contexto, a Racionalidade Médica propõe uma alternativa para se comparar as medicinas homeopática, tradicional chinesa, ayurvédica, antroposófica e ocidental contemporânea, evidenciando que distintas Racionalidades Médicas coexistem na cultura atual. A categoria foi construída como um tipo ideal weberiano, em que, mesmo não se podendo realizar de forma pura, permite a comparação teórica de dimensões dos sistemas médicos estudados, evitando incorrer no erro da padronização desses, uma vez que são heterogêneos (LUZ, 1993).

De acordo com Nascimento et al. (2012), essas distintas racionalidades são analisadas segundo cinco dimensões principais:

- a) Morfologia humana, que define a estrutura e a forma de organização do corpo;
- b) Dinâmica vital humana, que define o movimento da vitalidade, equilíbrio ou desequilíbrio do corpo, suas origens e suas causas;

- c) Doutrina médica, a qual define o que é o processo saúde-doença, o que é doença ou adoecimento, suas origens e causas, o que é ou não passível de tratar;
- d) Sistema da diagnose, pelo qual se determina se há ou não um processo mórbido, sua natureza, fase, evolução, origem ou causa;
- e) Sistema terapêutico, pelo qual se determinam as formas de intervenção adequadas a cada processo mórbido identificado pela diagnose;
- f) A Cosmologia, que é colocada como uma sexta dimensão “que embasa teórica e simbolicamente todas as outras cinco” (NASCIMENTO et al., 2013, p. 3597). Essa dimensão qualifica as raízes filosóficas das Racionalidades Médicas.

Embora essas racionalidades se organizem teoricamente como sistemas médicos distintos e comparáveis pelas dimensões citadas, elas tendem a incorporar traços umas das outras e a absorver ou rejeitar traços culturais específicos de outros momentos históricos. Então, as quatro Racionalidades Médicas definidas inicialmente por Luz (1993) são: Medicina Ocidental Contemporânea, Medicina Homeopática, Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Ayurvédica. Posteriormente, a Medicina Antroposófica foi considerada uma Racionalidade médica com as seis dimensões definidas por Luz e Wenceslau (2014). De forma que constam hoje, cinco Racionalidades Médicas:

- a) Medicina Ocidental Contemporânea: Tem sua cosmologia baseada na física newtoniana (clássica). Das racionalidades aqui estudadas, é a única que tem como objeto a doença, estruturando um sistema envolvendo a etiologia (anamnese), o diagnóstico (exames físicos e complementares), tratamento e prognóstico. Essa racionalidade vê o corpo como macro e microsistemas orgânicos, e o tratamento da doença se dá pelo emprego de procedimentos (cirurgia), medicamentos e mudanças comportamentais (ex.: dieta, exercícios).
- b) Medicina Homeopática: Primeiro sistema médico alternativo a ser implementado nos serviços de saúde brasileiros, sendo considerada uma especialidade médica desde 1980. Essa racionalidade tem como doutrina a teoria da energia vital, apresentando como objeto o sujeito que está em desequilíbrio, e a morfologia como um organismo material (sistemas orgânicos) e uma força vital animadora. Ela baseia seu diagnóstico na semiologia e anamnese do desequilíbrio individual, empregando no tratamento medicamentos e mudanças comportamentais.
- c) Medicina Tradicional Chinesa: A cosmologia dessa racionalidade considera a geração do microcosmo a partir do macrocosmo. Considera a fisiologia dos sopros

vitais e a dinâmica do yin-yang no organismo com o meio ambiente. Como sua doutrina médica dá-se a partir de teorias do Yin-Yang, das cinco fases e do seu equilíbrio nos sujeitos individuais, ela faz o diagnóstico pela anamnese do desequilíbrio desses fatores e trata o indivíduo através de mudanças comportamentais, exercícios, dietética, fisioterapia, massagens acupuntura e moxabustão.

- d) Medicina Ayurvédica: A partir da cosmologia indiana de geração do microcosmo a partir do macrocosmo, essa racionalidade parte da teoria dos cinco elementos e das constituições humorais (Tridosha) nos sujeitos individuais. Com isso, a fisiologia baseia-se na circulação do “prana” e das demais energias dos corpos, buscando o equilíbrio do “tridosha”. Tem seu sistema diagnóstico pela anamnese do desequilíbrio do “tridosha”, sistema de observação dos oito pontos e do desequilíbrio dos sujeitos. Seu tratamento se dá principalmente por técnicas de eliminação e purificação, exercícios como yoga e meditação, massagens, fisioterapia e emprego de medicamentos (vegetais, minerais e animais).
- e) Medicina Antroposófica: É uma Racionalidade Médica estruturada a partir de princípios de holismo, vitalismo, espiritualismo e considera que as configurações sistêmicas e os períodos vitais humanos reproduzem fases naturais evolutivas do planeta. Tem a doutrina médica baseada na sintonia dos elementos constitutivos da estrutura humana. Assim, tem seu sistema terapêutico operando nos três sistemas constitutivos do indivíduo (Neurosensorial, rítmico e metabólico-locomotor) e nos quatro corpos (físico, elétrico, astral e Eu).

É apresentado no Anexo 1 deste trabalho um quadro comparativo dessas racionalidades, enumerando as principais características de cada uma delas em cada uma das dimensões analisadas a partir do quadro elaborado por Luz (1993), adicionando o quadro da medicina antroposófica elaborado por Luz e Wenceslau (2014). A partir do detalhamento das diferentes Racionalidades pode-se observar que, enquanto a Medicina Ocidental Contemporânea tem como objeto a doença e como objetivo a sua eliminação, as outras quatro racionalidades (Medicina Homeopática, Tradicional Chinesa, Ayurvédica e Antroposófica) têm como objeto o sujeito em desequilíbrio (ou doente) e como objetivo o reestabelecimento ou até mesmo a expansão de sua saúde. Logo, “há uma finalidade básica teórica e prática comum a todo sistema médico, que é restabelecer a saúde dos seres humanos, ou pelo menos combater as doenças que os afligem” (LUZ, 1993, p. 3).

O estudo das Racionalidades Médicas tem a importante função de reafirmar a existência de outras racionalidades, que não somente o modelo hegemônico (biomédico), que se apresenta como “racional”. Luz (2000) aponta que existe uma descontextualização das Racionalidades Médicas orientais e uma hegemonização da biomedicina ou da Medicina Ocidental Contemporânea sobre as outras, por um desprezo do significado filosófico e médico das orientais. Isso corrobora a afirmação de que:

Existem, em todas as atuais sociedades, três maneiras de estrangular a desordem (biológica, psicológica, social), de retribuir significado a comportamentos, de adquirir e beneficiar-se de poderes: pela submissão a uma onipotência (a um absoluto) da qual só devemos nos aproximar por intermédio de tiros e no âmbito de uma comunidade organizada: a religião; pelos conhecimentos das leis experimentais e do determinismo natural: a ciência; pela transgressão daquilo que podemos chamar de tabu de obediência, transgressão tanto das leis religiosas (que exprimem os valores morais do grupo) quanto das leis da causalidade científica: a magia (LAPLANTINE; RABEYRON, 1989, p. 50).

Assim, entende-se que as PICS se alinham a um paradigma de saúde vitalista, que não é o paradigma predominante no sistema de saúde atual. Essa predominância de outro paradigma ocorre, ainda que os pressupostos das PICS possam alinhar-se a uma das diretrizes doutrinárias do SUS, do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988a, art. 198).

2.2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

As políticas públicas são ações do Estado ou de diferentes atores, orientadas por determinados objetivos. Isso envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas. Lasswell (1936), sugere que a análise política inclui o entendimento de interesses de diferentes grupos. Para Santos (2010, p. 3), “políticas públicas são disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público”. Deve ser considerado também que a decisão política consiste na escolha dentre um leque de alternativas e o estudo sobre essa decisão (SOUZA, 2006). As políticas públicas, para Secchi (2012), tratam tanto dos conteúdos concretos e simbólicos de decisões políticas quanto do processo de construção e atuação dessas decisões, sendo, portanto, diretrizes elaboradas para enfrentar um problema público (SECCHI, 2012, p. 2). Já Saraiva (2006, p. 28) destaca que “trata-se de um

fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade”.

Existem duas abordagens mais comuns sobre o protagonismo do estabelecimento de políticas públicas: a estatista e a multicêntrica. A primeira defende que as políticas públicas devem ser elaboradas e implementadas por atores estatais. A segunda afirma que, se o problema a ser resolvido for público, mesmo que o ator a propor essas políticas seja organizações, instituições, redes de atores e atores estatais, trata-se de uma política pública (SECCHI, 2012). Dessa forma, o conceito de políticas públicas é mais abrangente do que o de políticas governamentais.

Assim, o campo de conhecimento de políticas públicas busca analisar tanto a relação dos governos com a sociedade e os produtos gerados dessa relação, quanto ações governamentais e formas de colocar os governos em ação, considerando que “o desenho das políticas públicas e as regras que regem suas decisões, elaboração e implementação, também influenciam os resultados dos conflitos inerentes às decisões sobre política pública” (SOUZA, 2006, p. 21). Percebe-se, portanto, que a formulação, a implementação e a análise dessas políticas são determinantes para a transformação da sociedade em questão. Além disso, tanto a identificação do problema público quanto a chegada desse problema ao sistema político dependem de uma articulação entre os atores envolvidos, por intermédio de instituições que delimitam as regras que modelam a decisão e a implementação da política.

Desta forma, a análise de políticas públicas consiste em utilizar métodos de investigação de modo que se possa utilizar essas informações para resolver problemas políticos. Sendo assim, ao permitir perceber falhas e corrigi-las, senão nessa política, em ações futuras, a análise de políticas públicas mostra-se de relevância social. Para Souza (2006) existem quatro grandes fundadores da área de políticas públicas:

- a) Laswell (1936), introduziu o conceito de análise de política pública e com isso aproxima a produção científica da produção empírica dos governos;
- b) Simon (1970) introduziu o conceito de racionalidade limitada aos decisores políticos;
- c) Lindblom (1959), contrapondo Simon e Laswell, propôs a criação de outras variáveis para a análise de políticas públicas, como as relações de poder; e
- d) Eastone, em 1965, contribuiu definindo a área de políticas públicas como um sistema, relacionando a formulação, os resultados e o ambiente.

Desde suas origens, na década de 1950, o campo de análise política foi intimamente ligado com uma perspectiva que considera o processo político evoluindo através de uma

sequência de etapas ou fases distintas. Nesse sentido, o Ciclo de Política Pública tem servido como um modelo básico que permite sistematizar e comparar os diversos debates, abordagens e modelos e avaliar a contribuição individual das respectivas abordagens à disciplina.

Lasswell (1956) introduziu um modelo de 7 estágios do processo político: inteligência, recomendação, prescrição, promoção, aplicação, avaliação e finalização. Posteriormente, autores como Souza (2006) estruturaram o ciclo de políticas públicas em 6 etapas: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação. Já Secchi (2012) sugere o ciclo com sete etapas, próximas das propostas por Lasswell: identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção.

É importante salientar que, em alguns casos, as etapas não se apresentam de forma claramente dividida, elas podem se encontrar sobrepostas. Entretanto, para fins de análise de política pública, a proposta do ciclo com sete etapas facilita a discussão. O fato de posicionar as etapas em ciclo, permite uma ênfase no *feedback* das etapas, de modo que, a partir de uma análise, é possível identificar novas necessidades de políticas públicas e refazer o ciclo. Em todas as etapas do Ciclo de Políticas Públicas, o Estado relaciona-se com grupos de interesses e instituições que partiripam do processo decisório.

Para Souza (2006), a análise por meio do Ciclo de Políticas Públicas enfatiza a definição de agenda, focando em entender o motivo de algumas pautas serem aceitas e outras negadas enquanto problema público. Secchi (2012) ressalta que a própria identificação do problema, envolve percepção, delimitação e possibilidade de resolução da questão. O autor salienta, ainda, que a definição da agenda é realizada por atores específicos, não sendo uma seleção racional de questões em termos de relevância como um problema para a sociedade em geral.

Numerosos estudos empíricos e debates teóricos têm se preocupado com estágios individuais do ciclo de política e têm contribuído substancialmente para uma melhor compreensão dos pré-requisitos, elementos e das consequências da decisão política. Eles também têm provocado uma crítica crescente, desafiando o quadro do ciclo de política subjacente. Algumas pesquisas de implementação, por exemplo, revelam uma separação clara entre a formação e a implementação de políticas, no entanto, essa separação é teórica, nem sempre se refletindo no mundo real, nem em termos de qualquer hierarquia ou sequência cronológica (primeira formação, em seguida, a execução), nem em termos de atores envolvidos. Os estudos sobre a fase de implantação de políticas públicas tentam elucidar o processo de transformação de programas em resultados (SUBIRATS, 1992).

Existem várias metodologias avaliativas de políticas públicas. Elas servem para orientar ajustes em programas; determinar até que ponto foram alcançados os objetivos; apontar as razões dos êxitos e fracassos; e investigar os efeitos imprevistos. Porém, a possibilidade de avaliação de uma política depende de: objetivos facilmente identificáveis; especificação da clientela visada e do grau de cobertura; disponibilidade e confiabilidade das informações relevantes; elaboração do projeto de avaliação e definição da estratégia metodológica.

Diversos aspectos podem afetar os resultados da avaliação, tais como a história, a maturação (mudanças que ocorrem naturalmente, dada a passagem do tempo), o pré-teste (pode contaminar as repostas futuras ao teste, após o tratamento recebido), a instrumentação (mudar os métodos de medida pode afetar o que está sendo medido), entre outros fatores. Por isso é importante ter clareza de que a avaliação é a fase em que são produzidos os *feedbacks* que possibilitam a melhoria de outras políticas. Dessa forma, alguns autores sugerem que aqui se encerre o ciclo de políticas públicas, fazendo com que se inicie um outro com novas identificações de problemas. De acordo com Secchi (2012), a última fase do ciclo consiste na extinção da política pública.

Percebe-se que em relação às políticas públicas, primeiramente, deve-se definir os problemas, que são as necessidades ou oportunidades de melhoria de um grupo social, e depois verificar as possíveis causas desse problema, ou seja, as condições anteriores. No entanto, existem várias causas para um problema, devendo ser, portanto, identificadas as prioridades, fazendo-se um mapa de relação causal. Em seguida, se definem as alternativas ou estratégias de intervenção que irão solucionar o problema, ocasionando a mudança. Neste período, é necessário definir os indicadores, que são as medidas de desempenho desses processos. Depois de implementadas as alternativas ou estratégias, é o momento de se fazer o monitoramento, verificando se os resultados alcançados até o momento correspondem aos objetivos traçados. Após um certo tempo, faz-se a avaliação para verificar se os resultados estão de acordo com o esperado, decidindo se o programa será encerrado, mantido ou se serão feitas modificações.

Para a efetiva implementação da política, as fases anteriores a esta no ciclo de políticas públicas, de identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas e tomada de decisão, são de extrema importância. Essas etapas passam por discussões com grupos de interesse, estudos sobre as possibilidades burocráticas e outros fatores que impactam diretamente na implementação.

Sobre a implementação das políticas públicas, o conceito de capacidades estatais torna-se relevante, visto que ele aborda a forma como o Estado efetiva as políticas públicas através de articulação de recursos, processos e relações (GOMIDE; PEREIRA, 2018). Esse conceito

relaciona-se tanto à qualidade das burocracias públicas, quanto ao funcionamento de canais de relacionamento entre o Estado e a sociedade civil. Uma vez que são os arranjos institucionais que dotam o estado de capacidade de execução dos objetivos, Gomide e Pires (2014, p.19) ressaltam que “compreender o processo das políticas públicas requer aprofundar o olhar nos arranjos institucionais que dão sustentação à implementação destas”. Isso é importante, pois gera legitimidade às ações do Estado e mobiliza os atores (GOMIDE, 2016). Souza e Fontanelli (2020) ressaltam a importância desse tema, apesar de não haver consenso sobre os métodos para mensurar as capacidades estatais.

Nesse sentido, Pires e Gomide (2016) mostram como diferentes tipos e níveis de capacidades estatais afetam o resultado de políticas públicas. Os referidos autores definem a Capacidade Estatal como a habilidade e as competências do Estado de estabelecer seus objetivos e realiza-los. Isso porque a produção de políticas públicas requer arranjos e estruturas mais complexas em que a tomada de decisão é compartilhada por atores estatais e não estatais. São citadas, então, pelo estudo, as capacidades técnico-administrativas e político-relacionais.

A dimensão técnico-administrativa envolve as capacidades do Estado percebidas através da existência e do funcionamento de burocracias competentes e profissionalizadas. Já a capacidade político-relacional está associada às habilidades e aos procedimentos de inclusão dos múltiplos atores (sociais, econômicos e políticos) de forma articulada nos processos de políticas públicas. Gerando consensos mínimos, coalisões de suporte aos planos, programas e projetos governamentais. As duas dimensões estão relacionadas à eficiência e eficácia, legitimidade, aprendizagem e inovação nas ações do Estado (GOMIDE; PIRES, 2014; PIRES; GOMIDE, 2016).

É importante destacar a complexidade que envolve a análise de políticas públicas de saúde. Por isso, na avaliação em saúde, é necessário pensar em metodologias que possibilitem entender o problema no sistema em que está inserido, mas também na sua perspectiva de unidade (HARTZ, 1997).

Especificamente relacionadas às PICS, Losso e Freitas (2017) propõem um modelo para avaliar sua implantação na Atenção Primária à Saúde (APS) que considera as seguintes dimensões para a ampliação do acesso às PICS: assistência, recursos humanos e materiais e gestão. A dimensão assistência relaciona-se à oferta de PICS no município, os recursos humanos referem-se a ações de educação com a comunidade, os recursos materiais avaliam a disponibilidade de materiais necessários ao atendimento, e a gestão é referente à responsabilização da gestão para investir na capacitação dos profissionais.

Assim, apesar da saúde pública ser considerada um problema público e estar presente na agenda, de serem selecionadas e delineadas políticas para atender a esse direito, existe a percepção de que ela não é um direito plenamente atendido. Independente dos princípios do SUS, existem cidadãos que não têm acesso à saúde, e quando têm, podem não ser tratados de forma integral. Isso demonstra um problema na implementação das políticas públicas de saúde ou uma falha no próprio delineamento da política, que não consegue atingir seus objetivos. Podendo, assim, sugerir uma falta de capacidade estatal para implementar as políticas de saúde por diversos fatores, como estrutura, investimentos, formação de profissionais e legitimação de algumas formas de cuidado.

Neste trabalho, é utilizada a análise formativa onde, a partir dos indicadores, analisa-se a capacidade estatal (GOMIDE; PEREIRA; MACHADO, 2017) e argumenta-se que, através das PICS, as políticas de saúde pública aproximam-se de um conceito de saúde relacionado às Racionalidades Médicas vitalistas, sendo ajustadas aos objetivos do SUS. A seguir, são descritas as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

2.3 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

O termo Terapias Complementares é um descritor de saúde que inclui uma série de nomenclaturas utilizadas para designar um tipo de cuidado com a saúde que foge do cuidado baseado no modelo biomédico, entre as quais estão: Medicina Alternativa, Terapias Alternativas e Complementares e Medicina Alternativa e Complementar (MAC). Esta última constitui um tipo de atenção à saúde que tem o tratamento integral do indivíduo como base, e é muito comum ela ser relacionada a uma medicina mais natural. Isso ocorre porque, quando comparada à medicina convencional, ela diferencia-se pelo maior uso de substâncias naturais.

Uma das definições de Medicinas Alternativas e Complementares é apresentada pelo *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), que as interpreta como: “diferentes sistemas médicos de saúde, práticas e produtos que não são atualmente considerados parte da medicina convencional” (MORALES, et al., 2015, p. 241). A Organização Mundial da Saúde define a Medicina Alternativa e Complementar (MAC) como práticas sanitárias que não fazem parte da cultura local, mas que são incorporadas às práticas de cuidados com a saúde (OMS, 2002). Para Tesser e Barros (2008, p. 916), “as MAC podem ser definidas como um grupo de sistemas médicos e cuidado à saúde, práticas e produtos que não são presentemente considerados parte da biomedicina”. O grupo de MAC é amplo, contendo algumas PICS bastante conhecidas, como a homeopatia, a medicina ayurvédica,

massagens, meditações e orações. Essas práticas podem ser consideradas complementares, quando utilizadas em conjunto com práticas biomédicas, e alternativas, quando utilizadas em substituição a elas.

Também relacionada às Terapias Complementares, a Medicina Tradicional (MT) é um termo que pode tornar-se um pouco confuso, devido a semântica da palavra. Como o cuidado biomédico é o tipo de cuidado hegemônico, muitas vezes, ele pode ser confundido como ‘tradicional’. No entanto, a Medicina Tradicional constitui-se de cuidados que incorporam conhecimentos diversos, utilizando práticas relacionadas a plantas, terapias espirituais, técnicas manuais e atividades com o corpo, que são parte da cultura e do contexto local. Reside, então, na proximidade com a cultura local e no uso em conjunto das práticas biomédicas, a diferenciação entre a Medicina Tradicional e a Medicina Alternativa e Complementar (OMS, 2002). De maneira geral, esse tipo de cuidado é percebido como:

[...] parte de uma estratégia pragmática de manutenção da saúde, adotadas como forma de diminuir efeitos colaterais de tratamentos convencionais e como estratégia de aumentar a qualidade de vida. Além de representar uma escolha mais saudável quando comparada à medicina convencional (SPADACIO et al., 2010, p. 11).

Luz (2005) sugere que, mesmo quando se trata especificamente da medicina alternativa, no Brasil existem três diferentes grupos: a medicina tradicional indígena, a de origem afro-americana e as derivadas de sistemas médicos complexos, como as tradicionais orientais. Esses grupos de diferentes medicinas relacionam-se com o perfil dos usuários e com a aceitação e legitimação deles na sociedade. As que, segundo a autora, têm mais chance de legitimação, são as derivadas de sistemas médicos com sua própria racionalidade, como a medicina tradicional chinesa, a homeopatia ou a medicina ayurvédica, “por sua ‘tradutibilidade terapêutica’ em termos de medicina ocidental” (LUZ, 2005, p. 157).

Nessa mesma linha de argumentação sobre a medicina tradicional, é importante atentar para o fato de que o que é aceito como alternativo em um país pode não ser em outro: “segundo a Organização Mundial da Saúde, medicina alternativa complementar é o que não faz parte da tradição de um país e, desta forma, não é integrado ao sistema de saúde prevalente” (GATTI et al., 2015a, p. 30). Logo, a medicina alternativa e complementar consiste em modelos de cuidado com a saúde que não constituem a base do sistema de saúde do país em questão. No entanto, quando se tem a medicina convencional e alternativa integradas, o conceito em questão é o de Medicina Integrativa, que consiste na

[...] combinação da Medicina Convencional com a Medicina Alternativa e Complementar, baseada em evidências científicas e com abordagem holística, entendendo o homem como um todo, com ênfase na cura, relacionamento profissional-paciente e práticas de prevenção e promoção de saúde (CRUZ; SAMPAIO, 2016, p. 486).

Essa definição de medicina integrativa é muitas vezes empregada em trabalhos que estudam a medicina alternativa e nos documentos do próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c, 2006d, 2017, 2018a). Ainda que utilizadas como forma de suprir as necessidades de tratamento de saúde da população, as práticas alternativas estão muito associadas ao cuidado integral do indivíduo, que constitui uma das diretrizes do SUS (BRASIL, 1988a, Art. 198).

A proximidade das práticas alternativas com o cuidado integral ocorre por tratarem-se de práticas que têm uma visão do indivíduo como um todo, tratando o indivíduo e não a doença. Como afirma Cruz e Sampaio (2016), esse cuidado engloba autoconhecimento, técnicas naturais, mudança de hábitos, crenças e costumes do paciente, proximidade com a comunidade em que vive, convivência em grupos, relacionando-se com um objetivo operacional do SUS, a participação social. Esses aspectos reforçam a aproximação da medicina alternativa e complementar e das práticas integradas com as políticas de atenção primária à saúde. Na Estratégia de Saúde da Família, uma das principais políticas de extensão de cobertura dos serviços de saúde no Brasil, percebe-se uma tentativa de mudança de cuidado curativista e biologicista - também conhecido como cuidado biomédico - para um cuidado onde o foco são os indivíduos e as famílias (CRUZ; SAMPAIO, 2016).

A medicina informal ou popular e a medicina alternativa sempre foram uma forma da população recorrer aos cuidados de saúde quando não havia a possibilidade de acesso ao cuidado biomédico. No Brasil, com a instituição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Brasil, 2006b), uma série de práticas foram incluídas no rol de atendimento do SUS, com algumas orientações em portarias e determinações posteriores para sua aplicação.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) revelam uma ampliação do campo da saúde, “acompanhada de uma multiplicação de sujeitos implicados nas práticas terapêuticas, e integram o processo de medicalização da saúde como a gestão social do sofrimento e do adoecer (NASCIMENTO et al., 2013, p. 3600). Essa ampliação envolve desde práticas que empregam profissionais específicos para a sua aplicação (ex.: acupuntura e homeopatia) até o uso de chás e plantas nos tratamentos, além de muitas serem gratuitas, como a imposição de mãos. Estas últimas viabilizando maior acesso à população.

Na próxima seção, serão discutidos os conceitos que permeiam a matriz das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e sua forma de aproximação com os objetivos do SUS.

2.4 AS PICS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A palavra saúde traz consigo vários significados e representações. No Brasil, garantida como um direito de todos os cidadãos, além de ser um desejo e uma necessidade, ela carrega o significado de uma possibilidade de viver melhor. Apesar de, em um primeiro momento, os conceitos de saúde parecerem próximos, eles trazem pressupostos muito diferentes no que tange à dimensão de políticas públicas e ao papel do indivíduo. É aí que reside a principal diferença entre as PICS e a Medicina Convencional ou os cuidados biomédicos, pois elas pertencem a diferentes paradigmas, que traduzem diferentes pressupostos sobre o conceito em questão. O paradigma predominante hoje no sistema de saúde brasileiro é o paradigma flexneriano, da medicina convencional e dos cuidados biomédicos.

Tanto o paradigma biomédico como o paradigma vitalista podem ser descritos no sentido sugerido por Kuhn (2009), no livro “A Estrutura das Revoluções Científicas”. Para o autor, o termo paradigma consiste em uma base conceitual que inclui teorias, matrizes e modelos compartilhados por todos os membros de uma comunidade científica em uma ciência normal. Assim, os paradigmas citados constituem essa base que integra os membros da comunidade científica e, a partir dela, criam tanto métodos próprios como problemas aceitos cientificamente.

Vilaça Mendes (1996), ao sugerir o Paradigma da Produção Social da Saúde como um novo paradigma para a saúde, deixa explícito que compartilha da mesma visão de Kuhn (2009), ressaltando a reconstrução paradigmática, “por forças de inovações na teoria geral da ciência, na teoria da saúde, nos métodos e nas práticas sanitárias” (MENDES, 1996, p. 237). Sua proposta de um novo paradigma, parte de uma mudança no sistema de saúde que está fundamentada em uma concepção do processo saúde-doença, prática sanitária e ordem governativa das cidades novas. Dessa forma, o Paradigma da Produção Social da Saúde substituiria o paradigma Flexneriano (ou biomédico) enquanto paradigma sanitário que, segundo Mendes (1996), é o vigente no sistema de saúde atual.

As bases conceituais do paradigma flexneriano são as bases da medicina científica e da Racionalidade Médica Ocidental Contemporânea, que apresentam os seguintes elementos estruturais (MENDES, 1984):

- a) **Mecanicismo:** consiste basicamente na analogia do corpo humano a uma máquina, isso rompe com a imagem de totalidade corporal, permitindo que se trate as falhas dessa máquina.
- b) **Biologismo:** essa característica foi legitimada pela elevação dos padrões de vida atribuída, erroneamente, pela descoberta de vacinas na década de 1870, na França e na Alemanha. O biologismo pressupõe o reconhecimento da natureza biológica das doenças e das suas causas, procurando absorver os fatores econômicos e sociais das causas das doenças.
- c) **Individualismo:** Mendes (1984) descreve essa característica como duplamente individualista. Primeiro porque o seu objeto é o indivíduo, não a sociedade como um todo, e, segundo, por excluir da sua vida os aspectos sociais, dando ao indivíduo a responsabilidade pela sua doença.
- d) **Especialização:** essa característica assume nesse paradigma uma maior dimensão qualitativa e quantitativa, tanto pela mecanização que impõe uma parcialização do objeto global (indivíduo), quanto pela necessidade econômica de fragmentação do processo de produção. Ela “acentua a complementaridade entre as diversas formas de trabalho, o que cria uma dependência entre os especialistas no sentido de tentar a restauração da globalidade do objeto” (MENDES, 1984, p. 33). Isso determina um grau de incremento muito grande no setor da saúde e ainda está ligado a mudança institucional no trabalho do médico.
- e) **Exclusão de práticas alternativas:** o paradigma da medicina científica foi viabilizado pela sua supremacia sobre as outras medicinas, através da comprovação da sua eficiência, ele procura anular ou restringir as formas populares de medicina.
- f) **Tecnificação do ato médico:** como forma de mediar a ação entre o homem e a doença, a medicina flexneriana estrutura a tecnificação do ato médico. Isso traz legitimação a esse paradigma, por promover a ideia de que qualquer problema de saúde pode ser resolvido com a tecnologia da medicina, desenvolvendo equipamentos com alta tecnologia, mas às vezes sem eficiência comprovada. Essa tecnologia, quando transferida de países desenvolvidos para periféricos, ainda cria uma incapacidade de desenvolvimento de novas ferramentas nesses países. Essa tecnificação faz com que os novos padrões de qualidade da saúde sejam o grau de densidade tecnológica, em detrimento da promoção ou restauração da saúde promovidas pela medicina.

- g) Ênfase na medicina curativa: Essa característica ocorre porque a cura das doenças é o setor mais suscetível de incorporar tecnologia. Então, procura-se curar as doenças existentes e não melhorar a qualidade de vida do indivíduo como forma de evitar adoecimento.
- h) Concentração de recursos: Percebe-se que a medicina torna-se urbanocêntrica e hospitalocêntrica, isso por uma exigência da sociedade industrial e da tecnificação do ato médico. O hospital se torna o *locus* da prática médica.

Nos textos do grupo de pesquisa “Racionalidades em Saúde: sistemas médicos e práticas complementares e integrativas” são citados dois paradigmas em saúde: o biomédico (ou da normalidade-patologia) e o vitalista (ou da vitalidade-energia). Esses paradigmas são colocados como opostos em relação a conceitos, mas coexistentes enquanto presentes em maior ou menor grau e influenciando profissionais da saúde (NASCIMENTO, et al., 2013). Diversos textos desse grupo consideram a possibilidade de reconhecimento do paradigma vitalista de saúde como forma de superar problemas no sistema de saúde vigente.

O paradigma biomédico e o vitalista citados nos textos do grupo têm o mesmo sentido do conceito de Kuhn (2009), a partir de um conjunto de conceitos, pressuposições, matrizes, esquemas e problemas. Define-se o paradigma biomédico como o que enfatiza concepções materialistas, mecanicistas, centradas na doença e no controle do corpo biológico e social, compatíveis com a visão de controle sobre a natureza presente na ciência contemporânea. Já o paradigma vitalista é descrito como centrado na saúde, valorizando a subjetividade individual, buscando a harmonia da pessoa com seu meio ambiente social e natural. Nesse sentido, abarca a promoção e a prevenção da saúde como parte do cuidado, bem como o conceito de integralidade (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

Assim, percebe-se que tanto o paradigma da Produção Social da Saúde quanto o paradigma Vitalista propõem um conceito de saúde relacionado com o ambiente social e econômico, abrangendo, dessa forma, vários aspectos da vida humana e da qualidade de vida. A principal diferença entre esses dois paradigmas é o foco. O Paradigma da Produção Social da Saúde sugere uma mudança sanitária, que caminha em conjunto com mudanças na concepção saúde-doença, na prática sanitária e na ordem governativa da cidade, com foco em um novo modelo de saúde. O paradigma Vitalista é utilizado para mostrar um contraponto ao modelo biomédico de forma a considerar outras racionalidades para o conceito de saúde vigente.

Logo, observa-se que tanto o Paradigma Vitalista quanto o Paradigma da Produção Social da Saúde são descritos e formulados a partir do conceito kuhniano. Em ambos os casos, é possível perceber que se tratam de paradigmas compartilhados por parte de uma comunidade científica. Conforme descrito por Kuhn: “um paradigma é aquilo que os membros de uma comunidade compartilham e, inversamente, uma comunidade científica consiste em homens que compartilham um paradigma” (KUHN, 2009, p. 221). Entende-se por comunidade científica grupos de áreas correlatas que compartilham do mesmo paradigma.

Uma comunidade científica é formada pelos praticantes de uma especialidade da ciência, sendo muito possível que esses membros tenham sido submetidos a uma educação profissional similar. Normalmente, as fronteiras dessa literatura-padrão marcam os limites de um objeto de estudo científico e, em geral, cada comunidade possui um objeto de estudo próprio (KUHN, 2009). No caso dos paradigmas citados, a comunidade científica consiste nos estudiosos de saúde, e áreas que se aproximam desses temas.

Além de resolver problemas característicos da sua área de estudos, os paradigmas devem orientar o futuro das pesquisas, definindo, inclusive, que problemas são considerados científicos. Assim, ao definir um paradigma e, portanto, os problemas que são passíveis de soluções, os outros problemas são considerados irrelevantes, parte de outra disciplina. Isso acontece mesmo que esses problemas sejam socialmente relevantes.

Quando a comunidade científica escolhe um paradigma e não existem confrontos em um determinado período, trata-se de uma ciência normal. Para Kuhn (2009), a comunidade científica, ao compartilhar o mesmo paradigma e, por tanto, compartilhar a mesma prática científica, possui “pré-requisitos para a ciência normal, isto é, para a gênese e a continuação de uma tradição de pesquisa determinada” (KUHN, 2009, p. 30). Nesse sentido, durante o período de ciência “normal”, são produzidos resultados que contribuem com o paradigma no que tange ao seu alcance e à sua precisão. Portanto, o objetivo da ciência normal é a ampliação contínua do alcance e da precisão do conhecimento científico.

Dentro de uma comunidade científica, “os paradigmas adquirem seu status porque são mais bem-sucedidos que seus competidores na resolução de alguns problemas que o grupo de cientistas reconhece como graves” (KUHN, 2009, p. 44). No entanto, a partir de uma descoberta que começa com o reconhecimento de que, de alguma maneira, a natureza violou as expectativas paradigmáticas que governam a ciência normal (ocorreu uma anomalia), inicia-se o ajuste do paradigma, de tal forma que o anômalo tenha se convertido no esperado. Até que o cientista tenha aprendido a ver a natureza de modo diferente, o fato é visto como não científico. Esse processo consiste em um aperfeiçoamento do paradigma.

É importante salientar que “rejeitar um paradigma sem simultaneamente substituí-lo por outro é rejeitar a própria ciência” (KUHN, 2009, p. 109). Desse modo, a partir do fracasso de regras para explicar a natureza, inicia-se a busca por regras mais amplas, mudanças construtivas-destrutivas de paradigmas, de forma que “uma teoria científica, após ter atingido o status de paradigma, somente é considerada inválida quando existe uma alternativa disponível para substituí-la” (KUHN, 2009, p. 107/108).

A troca de paradigmas acontece pelo foco de alguns cientistas em problemas que provocam crises. Essa revolução científica reconstrói os objetivos de grupo, alterando o paradigma vigente nele (KUHN, 2009). Essa substituição de paradigmas Kuhn (2009) denomina de revolução científica, entendendo como “episódios de desenvolvimento não-cumulativo, nos quais um paradigma mais antigo é total ou parcialmente substituído por um novo, incompatível com o anterior” (KUHN, 2009, p. 125).

Após a revolução paradigmática, o mundo a ser visto continua o mesmo, mas alguns conceitos param de fazer sentido e outros começam a fazer sentido para a ciência. Quando a tradição de ciência normal muda, a percepção do cientista sobre o seu ambiente deve ser reeducada. “Conseqüentemente, a recepção de um novo paradigma requer com frequência a redefinição da ciência correspondente” (KUHN, 2009, p. 138).

Nota-se uma mudança de paradigma quando se percebe que a medicina científica passa por uma crise, abrindo espaço para outros paradigmas em saúde (LUZ, 1988; MENDES, 1984). Uma das causas dessa crise é a ineficiência desse paradigma, uma vez que “não há correlação entre os investimentos em saúde e os níveis de saúde” (MENDES, 1984, p. 38). As mudanças nos níveis de saúde mostram-se muito mais como decorrências de mudanças no ambiente do que de novas descobertas tecnológicas. Outro fator destacado é que, além da demanda pela saúde ser infinita, os atos médicos e os programas sanitários resultam em outras doenças, as iatrogenias, podendo ser clínica (quando a dor, a doença e a morte resultam da provisão de cuidados médicos); social (que há uma desarmonia entre o indivíduo e seu meio social e físico); ou estrutural (que é o reconhecimento do mito de que a supressão da dor física e o recuo indefinido da morte são objetivos desejáveis e realizáveis através do uso ilimitado da medicina, o que impede as pessoas de se auto cuidarem) (MENDES, 1984).

A desigualdade é outro elemento da crise da medicina científica, ela pode referir-se a uma desigualdade relacionada às necessidades de saúde, ao risco de adoecer ou morrer ou à falta de acessibilidade aos serviços médicos. A população mais vulnerável é aquela que não possui recursos para custear os tratamentos de saúde e mesmo no Brasil, que o Estado assume a responsabilidade pela saúde de todos, este cuidado não é integral. Assim, a parcela da

população que depende do Estado para o cuidado em saúde, muitas vezes, fica desassistida de um cuidado integral.

O paradigma flexneriano, ou as práticas médicas convencionais, é o paradigma predominante na sociedade ocidental. Ele foi criado em países industrializados, serve de modelo para países de economia periférica e neles é instalado. Desse modo, nesses países, a medicina convencional tem um caráter de dependência em relação aos países centrais (MENDES, 1984). A proposta do paradigma da Produção Social da Saúde, é inscrever a saúde como um campo interdisciplinar de conhecimento, de forma que considere fatores econômicos e sociais como possibilidades de melhorar as condições de saúde da população (MENDES, 1996). Assim, mesmo que os problemas sociais e econômicos afetem a sociedade de alguma forma, para o paradigma flexneriano, esses não são problemas considerados nessa área do conhecimento, uma vez que ele tem seu foco no tratamento de doenças. Percebe-se, assim, que um problema pode não ser considerado parte dos problemas de dada comunidade científica, apesar de existir.

Logo, nota-se que tanto no Paradigma da Produção Social da Saúde quanto no Paradigma Vitalista existe uma proposição de transição entre paradigmas, a qual Kuhn define como revolução científica.

Os paradigmas citados neste trabalho (paradigma vitalista de saúde e paradigma da participação social em saúde) diferenciam-se do olhar dominante sobre os principais conceitos na área da saúde. No entanto, esses paradigmas ainda não substituem o paradigma vigente, ambos surgem como uma proposta para isso.

Luz (2005) apresenta uma agenda de pesquisa sobre as Racionalidades Médicas, que, apesar de ter diferenças conceituais importantes, conta com a possibilidade de evidenciar a oposição do paradigma vitalista e do biomédico e, assim, “auxiliar na reconstrução conceitual da medicina” (LUZ, 2005, p. 164). Com isso, percebe-se o caráter de revolução científica, uma vez que existe a intenção de substituir, na comunidade científica da saúde, o paradigma predominante biomédico pelo paradigma vitalista.

Outras autoras como Nascimento e Nogueira (2014) abordam conceitos relacionados a saúde, natureza e terapêutica desde a Roma e Grécia antigas para remontar os paradigmas biomédico e vitalista identificando a raiz destes conceitos (NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2014). Percebe-se, com isso, que o paradigma vitalista não é uma novidade na área da saúde, ele consiste em um resgate de conceitos de prevenção e integração do homem com a natureza, que remonta à noção grega de *physis* humana, conceito que integra a saúde humana à natureza. Em contrapartida, o paradigma biomédico tem seu lugar próximo das concepções do

renascimento, da razão científica moderna, centrado na doença e no controle do corpo (LUZ, 1988).

Nascimento e Nogueira (2014) citam alguns marcos a partir da década de 1970, que trazem de volta conceitos que se aproximam do paradigma vitalista, não só no campo da saúde, mas também no campo do desenvolvimento. Exemplos desses marcos são a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano (1972) e a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Eco 92), que “consagrou o conceito de desenvolvimento sustentável e propôs a agenda 21, tendo como meta um novo paradigma econômico e civilizatório que valorize a preservação e o fomento dos ecossistemas do planeta, da vida e da saúde” (NASCIMENTO e NOGUEIRA, 2014, p. 6).

Dessa maneira, percebe-se que o paradigma vitalista tem raízes que estão sendo ressignificadas e que ganham espaço na atualidade. Os anseios da sociedade atual por sustentabilidade nos níveis biológico, social e natural permitem esse resgate de conceitos do paradigma vitalista, como a prevenção e promoção da saúde e a integralidade do cuidado, de forma que o indivíduo seja visto como parte do ambiente em que vive, sendo tratados diversos aspectos da vida (NASCIMENTO e NOGUEIRA, 2014, p. 7).

Para Nascimento e Nogueira (2014), a categoria de análise Racionalidades Médicas tem se constituído em um instrumento de legitimação do paradigma Vitalista, uma vez que esses estudos fornecem subsídios à produção de normas e mais tarde à legislação específica, de forma a contribuir para a implementação e institucionalização de práticas desse paradigma.

2.5 RACIONALIDADES MÉDICAS E OS PARADIGMAS EM SAÚDE

Uma forma de entender as PICS é através do conceito de Racionalidades Médicas. Apesar de todas essas práticas não consistirem em sistemas médicos complexos e, portanto, não constituírem uma Racionalidade Médica (NASCIMENTO et al., 2013), a categoria proposta por Luz (2000) mostra-se útil para tal análise, porque auxilia a legitimar diferentes sistemas médicos complexos e, com isso, defende sua integração nos serviços públicos como prática multiprofissional, de forma integrativa e complementar. Nesse sentido, a Racionalidade Médica consiste em uma contribuição para ultrapassar a compreensão hegemônica da racionalidade biológica e para alertar ao “intercâmbio solidário entre diferentes sistemas culturais em saúde, no sentido de sua complementariedade” (NASCIMENTO et al., 2013, p. 3603).

No âmbito do SUS, é possível reconhecer, expandir e incentivar políticas públicas relacionadas a Racionalidades Médicas que fomentem a integralidade da saúde. Um desses exemplos é a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que é vista por Tesser e Luz (2008) como uma estratégia para ampliação, reconhecimento e legitimação dessas racionalidades.

Essa orientação do SUS para a integralidade é resultado da sua própria formação. De acordo com Misoczky (2002), a atenção à saúde no Brasil reconfigura-se como campo a partir da Constituição de 1988. Nesse momento, a atenção à saúde incorpora concepções do movimento de reforma sanitária que estão, principalmente, articuladas ao conceito de saúde como expressão de qualidade de vida, como um direito de todos e dever do Estado, e à reorganização do sistema de serviços em torno do SUS. Essa conceituação de saúde aproximada do conceito da qualidade de vida relaciona-se à integralidade almejada pelo SUS, pois ambos consistem em tratar o indivíduo integralmente, não só curando doenças, mas o tornando um agente ativo na busca de melhores condições de vida.

O Ministério da Saúde criou dois programas que tratam de práticas alternativas: A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), publicada na forma da Portaria Ministerial nº 971, em 03 de maio de 2006 (BRASIL, 2006d); e a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF), também publicada em 2006 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a). Esta última tem como objetivo principal articular os atores para garantir o acesso seguro a plantas medicinais e fitoterápicos e desenvolver “tecnologias e inovações, assim como ao fortalecimento das cadeias e dos arranjos produtivos, ao uso sustentável da biodiversidade brasileira e ao desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde” (BRASIL, 2006a, p. 10). A PNPIC tem como principal objetivo levar práticas integrativas e complementares para a população, principalmente via Estratégia Saúde da Família. Ambas políticas apresentam como objetivo tornar essas práticas acessíveis à população, além de fomentar sua pesquisa e desenvolvimento, o que leva a uma legitimação deste tipo de cuidado.

De acordo com o Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares à Saúde (BRASIL, 2009), a Organização Mundial da Saúde apoia essas práticas, uma vez que elas estão integradas, principalmente, à Atenção Primária à Saúde. Esse relatório ainda ressalta a diferença da medicina ocidental típica (modelo de cuidado biomédico) para a medicina tradicional, tratada como Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), mostrando que:

Na primeira, o objetivo é identificar e combater os agentes das doenças, de modo a obter o retorno às funções normais do corpo e à boa saúde. Já nas PIC's e na medicina tradicional de maneira geral uma abordagem totalizante (holística) é realizada, de forma a abranger aspectos físicos, emocionais, mentais e ambientais relativos ao paciente, de forma simultânea. Assim, o ato de curar pode ser visto como guerra ou como harmonização. Essa é a grande diferença entre os dois paradigmas (BRASIL, 2009, p. 10).

Como abordado no Relatório (BRASIL, 2009), as terminologias que a OMS e o Ministério da Saúde empregam como Medicina Tradicional difere do que é encontrado em vários estudos no Brasil. A justificativa para essa situação é a de que “no Ocidente, tende-se a chamar de Medicina Integrativa e Complementar justamente por, como indica o nome, integrar e complementar um sistema de saúde vigente, que se baseia, sobretudo, na alopatia” (BRASIL, 2009, p. 53 e 54). Neste contexto, o objetivo da PNPIC e da PNPMF não é substituir o cuidado biomédico, mas integrar esses tipos de cuidado ao sistema vigente.

Essa integração de cuidados complementares com os cuidados da medicina ocidental, hegemônica no SUS, oferece como principal contribuição o fato das PICS, além de apresentarem focos de atuação bem definidos (ex.: a acupuntura, o tratamento de dores musculoesqueléticas e manejo da dor), relacionarem-se com o bem-estar e ter seu processo centrado na saúde e não na doença (TESSER E BARROS, 2008), atraindo o significado mais amplo de saúde ao sistema de saúde vigente. Dessa forma, seria possível proporcionar benefícios à população e fortalecer dois princípios do SUS de forma mais direta: a extensão de cobertura (universalidade) e a integralidade das ações em saúde.

Em estudo com uma amostra de conveniência de 237 pacientes de uma instituição privada de médio porte da cidade de São Paulo, 197 (83%) respondentes referiram uso prévio de alguma terapia complementar, principalmente a acupuntura (75%), os florais (48%) e fitoterápicos (32%). Entre os usuários do SUS, houve predomínio de chás, fitoterapia e cura espiritual. O emprego de PICS foi indicado por profissionais de saúde em 29% dos casos (GATTI et al., 2015).

Pinhal e Borges (2019) destacam as tensões nas práticas cotidianas entre as PICS e a concepção biomédica predominante no sistema de saúde, abordando as dificuldades para a implementação dessas terapias no âmbito da Atenção Primária à Saúde. As autoras destacam entre os fatores mais evidentes dessas diferenças, a pressão por resultados de curto prazo, a estrutura das Unidades de Saúde e a resistência de alguns profissionais atuantes.

Vale lembrar que as Faculdades de Medicina brasileiras ainda não oferecem no currículo disciplinas que contemplem as PICS. Pesquisa realizada junto aos estudantes de

medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) encontrou a fitoterapia como a prática mais conhecida (90% dos 392 respondentes), com 85% afirmando que “apoiariam ou recomendariam PICS a seus familiares e pacientes” (MORALES et al., 2015). Em contrapartida, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou uma nota sobre a inclusão de novas práticas integrativas e complementares para pacientes do SUS, a Portaria nº 702/2018 (BRASIL, 2018a). Para o CFM, “as práticas integrativas feitas no SUS não têm resolubilidade e não têm fundamento na Medicina Baseada em Evidência” e, salvo a acupuntura e a homeopatia (especialidades médicas, no Brasil), nenhuma das demais possuem reconhecimento científico. Neste contexto, de acordo com o Conselho Federal de Medicina, “a aplicação de verbas nessa área onera o sistema, é um desperdício e agrava ainda mais o quadro do SUS com carências e faltas” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018). Isso mostra as divergências existentes sobre os próprios pressupostos das diferentes práticas em saúde. Assim, apesar do Ministério da Saúde integrar essas práticas ao sistema de saúde pública, mesmo sem o apoio da categoria médica, a qual tem uma legitimidade expressiva com os pacientes, essas práticas ficam em segundo plano ou com tratamentos paralelos e não complementares.

Para Gatti et al (2015), é necessário ampliar o conhecimento do profissional de saúde em relação a este tipo de cuidado. Com isso, ressalta-se a importância do reconhecimento das PICS nas políticas públicas, por todos os atores que nelas interferem, como capazes de atender aos objetivos do SUS. Visto que, no Ciclo de Políticas Públicas, tanto na fase de identificação do problema, quanto na formação da agenda e na formulação de alternativas, é necessário reconhecer uma diferença do que existe agora para o que poderia existir. Ademais, se os atores envolvidos não percebem a importância das PICS para o sistema de saúde, dificilmente a falta de conhecimento da população sobre esses tratamentos será vista como um problema público e estará na agenda.

Tendo em vista que a medicina ocidental se apoia em evidências empíricas, os estudos e a linguagem relacionados a ela, assim como a posição de destaque do profissional médico neste tipo de cuidado, são suas principais formas de legitimação perante a população que precisa de tratamentos de saúde. Ainda, pelo custo de algumas das PICS, muitas vezes, não ser coberto pelo SUS, ou pela impossibilidade de trabalhar de forma conjunta com o serviço médico, os usuários, quando precisam escolher entre algum desses tipos de tratamentos, optam pelo baseado na medicina convencional.

Mesmo assim, usuários mostram-se adeptos a esses cuidados, principalmente, por ser uma alternativa ao tratamento de enfermidades, por terem obtido resultados positivos em

experiência anterior e por ser um cuidado não medicamentoso. Em alguns casos, o custo é elevado, sobretudo quando os cuidados precisam de um profissional formado para atender, como é o caso da acupuntura e da homeopatia. Cruz e Sampaio (2016) mostram que quando são necessários cuidados com profissionais especializados a busca cai, porém isso poderia se justificar pela não prestação desse serviço no SUS. Os autores evidenciam, através de resultados de diversos estudos, que em torno de 70% das famílias no Brasil recorrem a cuidados alternativos, como benzedeiros e orações. Entretanto, quando esse cuidado passa a depender de um profissional especializado, somente as famílias com melhor condição de renda podem ser atendidas, o que reduz esse número para 9% das famílias. Isso reforça que o princípio da universalidade poderia ser influenciado pela oferta das PICS de forma efetiva no SUS, uma vez que nem todas as terapias tem um custo elevado, algumas oferecem, inclusive, tratamentos em grupos e outras podem reduzir o custo com medicamentos e cuidados secundários de custo mais elevado. A oferta estruturada faria com que todos os cidadãos tivessem a oportunidade de ter contato com PICS de forma gratuita pelo SUS.

Para Gatti et al. (2015), os principais fatores que atrapalham a maior disseminação dessas práticas são: a existência de público interessado, mas que não as utilizam pelo fato de não serem ofertadas por muitas instituições de saúde; o pouco envolvimento dos profissionais de saúde nessas práticas; a necessidade de estudos sobre essas práticas, fundamentados em evidências científicas; e a necessidade de avaliar os custos das PICS. Argumenta-se que, além desses fatores e atrelado a eles, existe o interesse de algumas organizações de que o sistema de saúde seja pautado somente em cuidados alopáticos. Para Secchi (2012), tanto na fase do Ciclo de Políticas Públicas de tomada de decisão, quanto na fase de implementação, é importante que a política seja respaldada por organizações responsáveis e que o desenho dessa política, bem como a sua avaliação sejam pensados de acordo com os objetivos aos quais ela vem a atender. Logo, é importante considerar que os cuidados biomédicos trazem mais vendas de remédios, equipamentos de alta tecnologia e tratamentos patenteados, por isso têm maior apoio de organizações privadas e de algumas classes de profissionais que se beneficiam com esses tratamentos. É evidente que esses tratamentos são igualmente necessários ao sistema de saúde, mas é fundamental que eles trabalhem de forma integrada, respeitando outras racionalidades e, portanto, outras formas de construir os saberes em saúde.

Para Cruz e Sampaio (2016), o aumento na demanda por práticas alternativas não se dá somente pelas limitações das práticas biomédicas, mas pela necessidade das pessoas por práticas que possibilitem maior contato com a espiritualidade, relações de afeto e de carinho. No entanto, Spadacio et al. (2010) ressaltam que a comprovação científica garante uma

legitimidade ao tratamento, o que também é considerado importante pelos usuários. Assim, diante das necessidades dos usuários, de legitimidade científica e de um maior contato com outras dimensões da saúde, constitui-se uma disputa mercadológica relacionadas às PICS. Tesser e Barros (2008) argumentam sobre a capitalização dos saberes:

Hegemonia político-epistemológica da Biociência e a disputa mercadológica atual no campo da saúde, cuja tendência é transformar qualquer saber/prática estruturado do processo saúde-doença em mercadorias ou procedimentos a serem consumidos, reforçando a heteronomia e a medicalização (TESSER; BARROS, 2008, p. 914).

Quatro das Racionalidades Médicas são PICS regulamentadas pelo Ministério da Saúde: a Medicina Homeopática tem a homeopatia regulamentada; a Medicina Tradicional Chinesa é realizada na acupuntura; a Medicina Ayurvédica tem o tratamento Ayurveda reconhecido como PICS e a Medicina Antroposófica constitui uma PICS (BRASIL, 2006d). Além disso, algumas PICS como a fitoterapia, musicoterapia e arteterapia, constituem parte do sistema terapêutico da Medicina Antroposófica, se relacionando a essa Racionalidade Médica. A única Racionalidade Médica que não tem tratamentos reconhecidos como PICS é a medicina ocidental contemporânea, que se realiza através dos cuidados biomédicos e é hegemônica. Ou seja, as demais são complementares a ela.

Isso ressalta que com a regulação e recente ampliação dessa política pública relacionada às PICS, na medida que, individualmente, elas forem se tornando sistemas complexos de cuidado, podem constituir novas Racionalidades Médicas. O propósito deste trabalho é evidenciar que as Racionalidades Médicas que se constituem PICS fazem parte de um paradigma vitalista de saúde, enquanto a quinta racionalidade (biomédica) constitui um paradigma biomédico. Esse último paradigma é o que, por razões já discutidas, tem uma maior legitimidade na sociedade ocidental, o que faz com que as políticas de saúde relacionadas a ele tenham mais facilidade de implementação, conforme os autores demonstram.

Com isso, pode-se entender que as dificuldades percebidas na implementação das políticas públicas relacionadas às PICS estão associadas à menor legitimidade desse paradigma na sociedade. No entanto, com o reconhecimento dos pressupostos conceituais das Racionalidades Médicas, seria possível uma maior legitimação das PICS e, com isso, a sua implementação no sistema de saúde. De modo que isso seria capaz de modificar e complementar tratamentos atuais, alcançando melhores indicadores de saúde e qualidade de vida, e atingindo os objetivos doutrinários de equidade, universalidade e integralidade do SUS.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, serão abordados os procedimentos metodológicos utilizados para se atingir os objetivos deste estudo. Nele constam as seções que descrevem especificamente o delineamento da pesquisa, as fontes de dados utilizadas bem como a forma de coleta, a estrutura da análise dos dados, um breve contexto do caso específico de Sant'Ana do Livramento - onde se busca elucidar a dinâmica local -, e a última seção apresenta os aspectos éticos desta pesquisa.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Esta pesquisa consiste na avaliação da implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Por ser uma pesquisa avaliativa, busca examinar as relações entre os diversos componentes dessa intervenção: o contexto, os atores, os efeitos e a pertinência de tal intervenção (CONTANDRIPOULOS et al., 1997).

A pesquisa avaliativa pressupõe seis tipos de análise, quais sejam: a análise estratégica, de intervenção, de produtividade, de implantação, do rendimento e dos efeitos (CONTANDRIPOULOS et al., 1997). Neste trabalho, realizou-se a análise estratégica e de intervenção da PNPIC, como forma de atender ao objetivo principal de demonstrar que as Racionalidades Médicas e as capacidades estatais demarcam a possibilidade de implantação de ações e programas relacionados à PNPIC e apresentar um estudo de caso de implantação da PNPIC no município de Sant'Ana do Livramento, Rio Grande do Sul.

Foi realizada uma análise estratégica, para verificar a adequação da intervenção à situação problema que a originou, e uma análise da intervenção, que analisa a relação existente entre os objetivos e os meios empregados (CONTANDRIPOULOS et al., 1997). Essas análises foram efetivadas ao discutir teoricamente os pressupostos do SUS, da PNPIC e das práticas sugeridas. Além disso, foram comparados os objetivos da PNPIC com a forma como ela tem sido implantada, através do caso de Sant'Ana do Livramento

Foi realizado um estudo de caso, ao investigar empiricamente um fenômeno que pode dificilmente ser isolado ou dissociado do seu contexto. É importante esclarecer que a escolha por um caso pressupõe uma delimitação clara e o seu estudo intensivo, possibilitando enfatizar o desenvolvimento desse caso e considerando sua relação com o meio ambiente (FLYVBJERG, 2005).

Entende-se que o estudo de caso não é uma escolha metodológica, mas uma escolha do que deve ser estudado. Neste trabalho, trata-se do estudo de um caso intrínseco, como descrito por Stake (2005). Ao escolher entender o caso da implantação da PNPIC em Sant´Ana do Livramento – RS, existe um interesse em entender este caso em particular devido a sua singularidade. Trata-se de um município que faz fronteira seca com Rivera, no Uruguai, a qual situa-se no centro das duas cidades. Assim, apesar de existir uma linha divisória, que separa inclusive os serviços de saúde, esta não divide os costumes locais dessas cidades.

3.2 FONTES DE DADOS E TÉCNICAS DE COLETA

Foram consultados os documentos que regulamentam a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul. Os principais documentos consultados foram:

- a) Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006 (BRASIL, 2006c).
- b) Portaria nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2006d).
- c) Portaria nº- 849, de 27 de março de 2017 (BRASIL, 2017).
- d) Portaria nº 702, de 21 de março de 2018 (BRASIL, 2018a).
- e) Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (BRASIL, 2015).
- f) Proposta de Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares PEPIC/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Além desses documentos, foram consultados sites e legislação específica dos estados e Distrito Federal. Também foram consultadas duas bases de dados como forma de coletar dados secundários que embasaram as análises. Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são referentes ao número de municípios por estado, ao número de habitantes dos estados, assim como à renda e ao Produto Interno Bruto (PIB) do município de Sant´Ana do Livramento. Já os dados coletados na base DEEDADOS referem-se a características socioeconômicas do município de Sant´Ana do Livramento.

Entende-se que os documentos referidos têm um conteúdo que deve ser analisado e que eles têm interação com os agentes que os construíram (PRIOR, 2004). Com isso, ressalta-se a importância de, além de estudar o conteúdo do documento, entender sua construção, elaboração, divulgação e o entendimento que os seus leitores têm do que é exposto nele. Por isso, neste estudo, também foram coletados dados através de entrevistas com os formadores das políticas estudadas e com os gestores municipais das mesmas.

A escolha da entrevista como método de coleta de dados deste trabalho deve-se à compreensão desse instrumento como um cenário onde opiniões divergentes e narrativas pessoais são produzidas através do contexto social (TANGGAARD, 2009). Isso permite considerar que o contexto da entrevista gera significado. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os formuladores das orientações para a inserção de práticas integrativas e complementares na rede de atenção à saúde com base na estrutura prévia que consta no Apêndice 2. Foram também realizadas entrevistas com funcionários da Atenção Primária à Saúde (APS) em Sant'Ana do Livramento, a partir do modelo de roteiro que consta no Apêndice 3.

Com ambos os públicos foi utilizada a técnica denominada “bola de neve”, onde um entrevistado indica o próximo. No caso dos gestores municipais, as entrevistas partiram da coordenadora da Estratégia de Saúde da Família no município; no caso dos elaboradores da política, elas partiram do grupo de trabalho que consta na Nota Técnica que institui a elaboração da PEPIC/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2017^a).

Para entender a percepção sobre saúde pelos formuladores da PEPIC/RS, foram entrevistadas cinco pessoas envolvidas com a PEPIC/RS, das quais quatro são servidores da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS) e uma recentemente aposentada. O contato inicial foi feito com a equipe que participou da elaboração da Nota Técnica PEPIC-RS/DAS nº1/2017 e, a partir dos que retornaram, outros informantes foram indicados. Ao final, cinco entrevistados participam ou participaram ativamente do processo de construção e/ou implantação da PEPIC/RS. Para preservar a identidade dos entrevistados, eles são referidos no estudo a partir de códigos (de E1 a E5). O entrevistado E2, que não participou da elaboração da PEPIC/RS, atua como referência nas práticas no estado no Departamento de Ações em Saúde (DAS).

Com o objetivo de identificar como ocorreu a implantação das PICS no município de Sant'Ana do Livramento, foram entrevistadas seis pessoas envolvidas nesse processo no município. Para a realização das entrevistas, inicialmente foi contatada uma profissional de saúde efetivada na secretaria municipal de saúde, identificada com um elo central da implantação das PICS no município. A partir das indicações dessa entrevistada, foram contatados outros servidores da saúde que, participam do processo de implantação das PICS no município. Ao todo, foram contatados oito servidores, dos quais dois não retornaram os contatos. Assim, foram realizadas seis entrevistas, com duração média de 26 minutos, totalizando 2 horas e 40 minutos de entrevistas.

A opção por iniciar o contato através da atenção primária deu-se pelo fato de que as PICS são implantadas em sua maioria nesse nível de atenção (BRASIL, 2020a) e, por

observação, foi constatado que não existe nenhum órgão independente da prefeitura que realiza essas práticas. Os entrevistados foram numerados como M1 a M6 e têm seu perfil descrito neste estudo enquanto grupo, como forma de preservar a identidade de cada um deles. O Quadro 1 evidencia quais métodos de coleta foram utilizados em cada etapa do estudo.

Quadro 1: Objetivos específicos e métodos de coleta

| Objetivos específicos: | Fontes de dados | Técnicas de coleta de dados |
|--|---|------------------------------------|
| a) Descrever o processo de construção e implementação da PNPIC e da PNPMF no Brasil e no Rio Grande do Sul; | Entrevistas com participantes da formulação do PEPIC/RS e documentos regulatórios das ações | Análise documental e entrevistas. |
| b) Investigar a capacidade estatal relacionada a implementação da PNPIC no Brasil; | Documentos regulatórios e dados secundários. | Análise documental. |
| c) Identificar a percepção dos atores que construíram e que implementaram essa política no estado do Rio Grande do Sul quanto às Racionalidades Médicas; | Entrevistas com participantes da formulação do PEPIC/RS | Entrevistas. |
| d) Contextualizar a implementação dessas práticas na cidade de Sant'Ana do Livramento – RS. | Documentos regulatórios dos programas, sites municipais e entrevistas com participantes da elaboração e implementação de uma política ou ações municipais relacionadas ao PEPIC/RS. | Análise documental e entrevistas. |

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Devido às restrições de acesso impostas pela pandemia de Covid-19, as entrevistas ocorreram de forma remota, sendo todas gravadas. No entanto, como este estudo utilizou dados de uma política de saúde, todos os entrevistados são servidores da saúde (municipal ou estadual), sendo afetadas diretamente pela pandemia. De forma que a coleta dos dados foi limitada pelo contexto pandêmico, uma vez que outros possíveis entrevistados, como membros dos conselhos estadual e municipal de saúde e gestores de saúde tinham restrição de tempo e não foi possível coletar dados no Uruguai dado as diferenças de possibilidade de locomoção e acesso ao país.

Utilizando as fontes e as técnicas de coleta de dados elencadas no

Quadro 1, os dados foram coletados e tratados. Como forma de atender aos objetivos do estudo, esses dados foram analisados conforme se relata a seguir.

3.3 ANÁLISE

Como se trata de um estudo de caso, foi feita uma triangulação de dados onde todos os dados do estudo foram confrontados entre eles, as informações encontradas nos documentos que regulamentam a política, as entrevistas e as informações de sites municipais realizadas

em Sant´Ana do Livramento. Esse confronto de informações se deu a partir das categorias de análise deste estudo.

A PNPIC e a PEPIC/RS foram analisadas em diferentes fases do Ciclo de Políticas Públicas. Como a pesquisa foi feita no nível estadual, foi investigada a PEPIC-RS, que é o desdobramento da PNPIC no estado do Rio Grande do Sul. Assim, as fases de identificação do problema, formulação da agenda, formulação das alternativas, tomada de decisão e implantação foram analisadas com base nos dados obtidos com documentos da PNPIC e PEPIC-RS e com as entrevistas concedidas pelos agentes que elaboraram a PEPIC-RS. A nível municipal, como não existe um programa específico, foram investigadas as fases de implementação e avaliação de ações relacionadas à PNPIC e  PEPIC-RS em Sant´Ana do Livramento.

3.3.1 Definição constitutiva das Categorias de análise

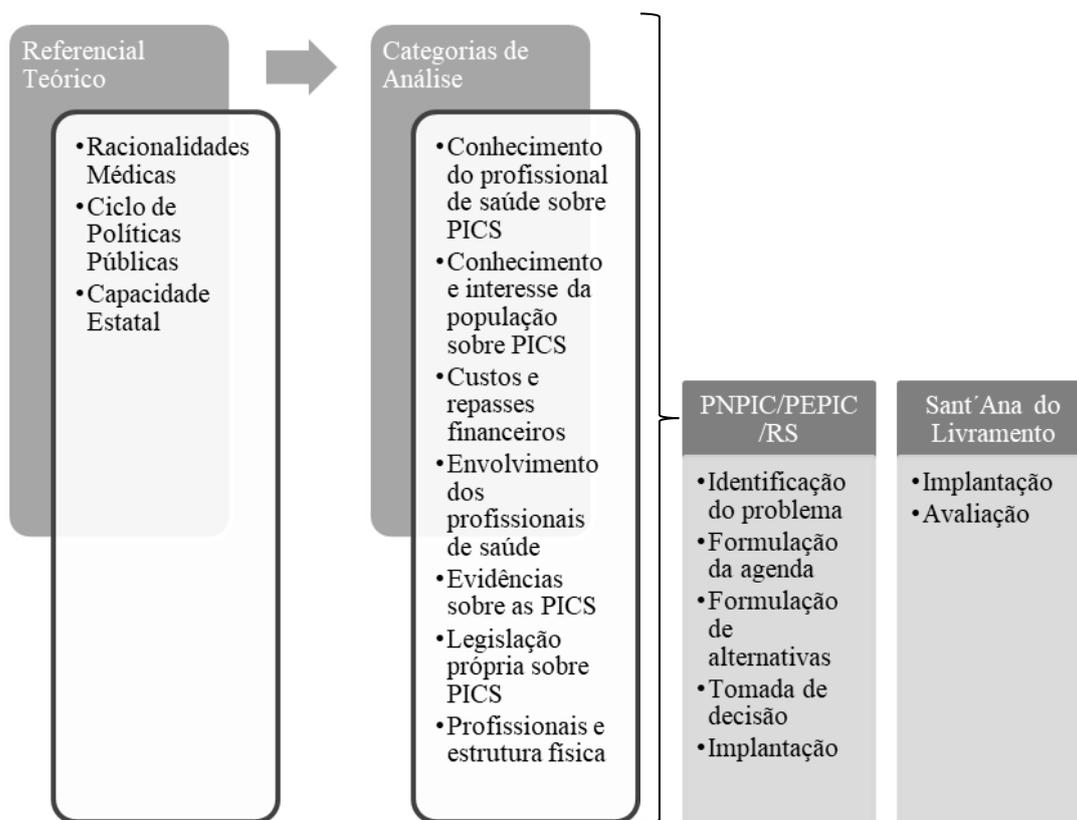
As Racionalidades Médicas são categorias de análise baseadas nos tipos ideias weberianos. Assim, elas são utilizadas para analisar ações relacionadas a tratamentos de saúde, que se aproximam mais ou menos das categorias propostas, a partir das dimensões de morfologia humana, dinâmica vital humana, doutrina médica, sistema da diagnose, sistema terapêutico e a cosmologia que embasa cada dimensão (NASCIMENTO et al., 2013). As Racionalidades tratam de quatro sistemas de saúde complexos e não abrangem todas as PICS, que são o foco deste trabalho. No entanto, elas fornecem os subsídios para analisar essas práticas como políticas públicas capazes de contribuir para o alcance dos objetivos do SUS. Isso porque as Racionalidades Médicas evidenciam que existem outros sistemas de saúde complexos organizados, além da Racionalidade Médica ocidental contemporânea – a medicina convencional -, que contm pressupostos sólidos que permitem organização e constituição de formas de tratamentos legítimas para a população.

Neste trabalho, pretende-se analisar a percepção dos atores envolvidos no processo de implementação da PEPIC/RS a partir das Racionalidades Médicas, considerando as fases do Ciclo de Políticas Públicas como forma de sustentar o argumento de que a legitimidade dessa política é influenciada pelo paradigma de saúde vigente. Percebe-se que  possível relacionar as PICS consideradas pelo SUS como parte de seu atendimento ao paradigma vitalista de saúde, que engloba três das quatro Racionalidades Médicas. No entanto, existem dificuldades de implementar as PICS em conjunto com os tratamentos biomédicos, porque eles partem de pressupostos diferentes e têm bases de legitimação distintas. Essas dificuldades podem se

relacionar à legitimação do paradigma vitalista de saúde perante à população em geral e perante aos profissionais que delineiam e aplicam as políticas públicas de saúde.

Enquanto os cuidados biomédicos são legitimados com demonstrações empíricas, o paradigma vitalista legitima-se pela aceitação dos indivíduos, pois respeita a individualidade, a história de vida e o corpo de cada pessoa como um todo. Porém, essa forma de cuidado só vem ganhando espaço recentemente e ainda há muito para caminhar até que se tenha um sistema de saúde integrado, que considere mais Racionalidades Médicas, além da ocidental contemporânea.

As categorias de análise elaboradas a partir do referencial teórico são: Conhecimento do profissional de saúde sobre PICS; Conhecimento e interesse da população sobre PICS; Custos e repasses financeiros; Envolvimento dos profissionais de saúde; Evidências sobre as PICS; Legislação própria sobre PICS; Profissionais e estrutura física. A análise é realizada a partir das categorias definidas em dois grupos: A PNPIC e PEPIC/RS e o caso de Sant'Ana do Livramento em diferentes dimensões do Ciclo de Políticas Públicas. A Figura 1 detalha o processo de análise realizado no estudo.

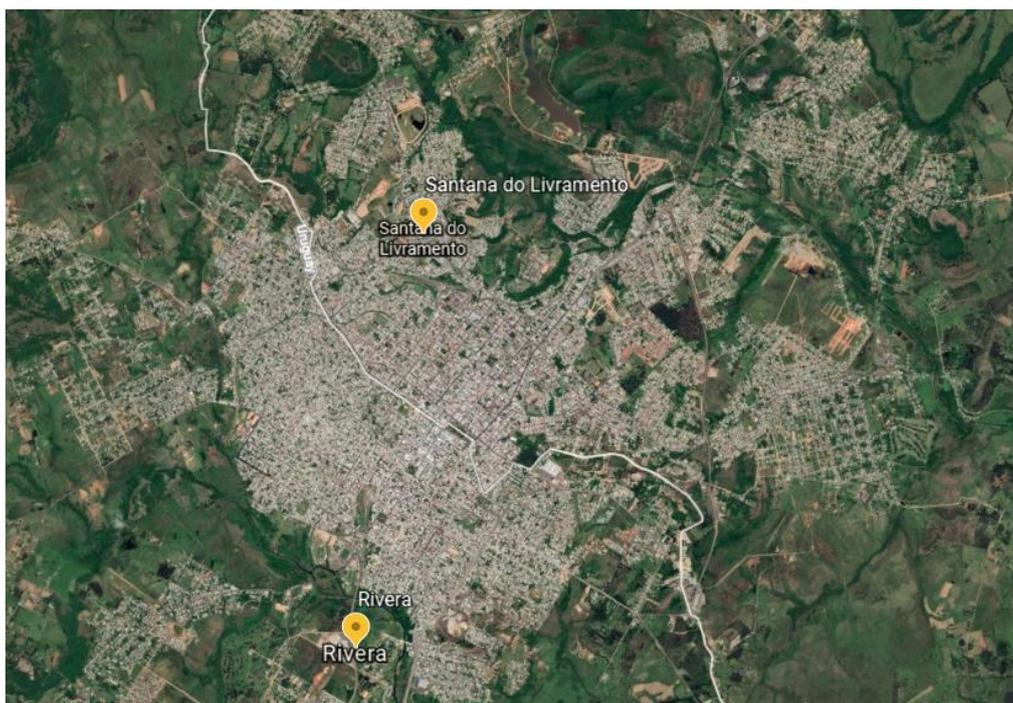
Figura 1: Categorias de Análise

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

3.4 CONTEXTO DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO

Sant'Ana do Livramento é um município localizado na microrregião da campanha central no sudoeste rio-grandense. Teve sua população estimada em 76.321 habitantes em 2020 (IBGE, 2021). O que se destaca nesse município é o fato de ser uma das doze cidades-gêmeas do Rio Grande do Sul, fazendo fronteira com Rivera, no Uruguai.

As duas cidades têm uma relação muito próxima pelo fato de seus centros comerciais estarem localizados na fronteira entre os dois países, sendo separados apenas por uma linha divisória e pelo Parque Internacional, emblemático símbolo da fronteira da paz, como esta é conhecida. Não existe nenhum controle migratório entre as duas cidades, sendo a entrada no Uruguai registrada somente para as pessoas que visitam outros municípios além de Rivera. A Figura 2 mostra a linha divisória do Brasil com o Uruguai, destacando a proximidade dos centros das duas cidades citadas: Sant'Ana do Livramento e Rivera.

Figura 2: Mapa de Sant'Ana do Livramento e Rivera

Fonte: Google Earth (2021).

Além da língua compartilhada, das corriqueiras transações de câmbio em todo comércio e de costumes gerais, como alimentação e lazer, a população utiliza serviços das duas cidades e transita neste território de forma livre. A partir de dados do censo de 2010, o IBGE (2010) aponta que dos 82.464 habitantes então residentes em Sant'Ana do Livramento, 5.089 apontavam como local de nascimento um país estrangeiro. Ainda, nesse sentido, 3,84% dos respondentes ocupados tinham seu local de trabalho em um país estrangeiro e 1% trabalham em mais de um município ou país (IBGE, 2010), o que ressalta a integração econômica e cultural de Sant'Ana do Livramento com o Uruguai.

O município de Sant'Ana do Livramento apresentou em 2010 um IDH de 0,727 contando com uma população predominantemente urbana (90,23%), em grande parte sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto (48,05%) (IBGE, 2010).

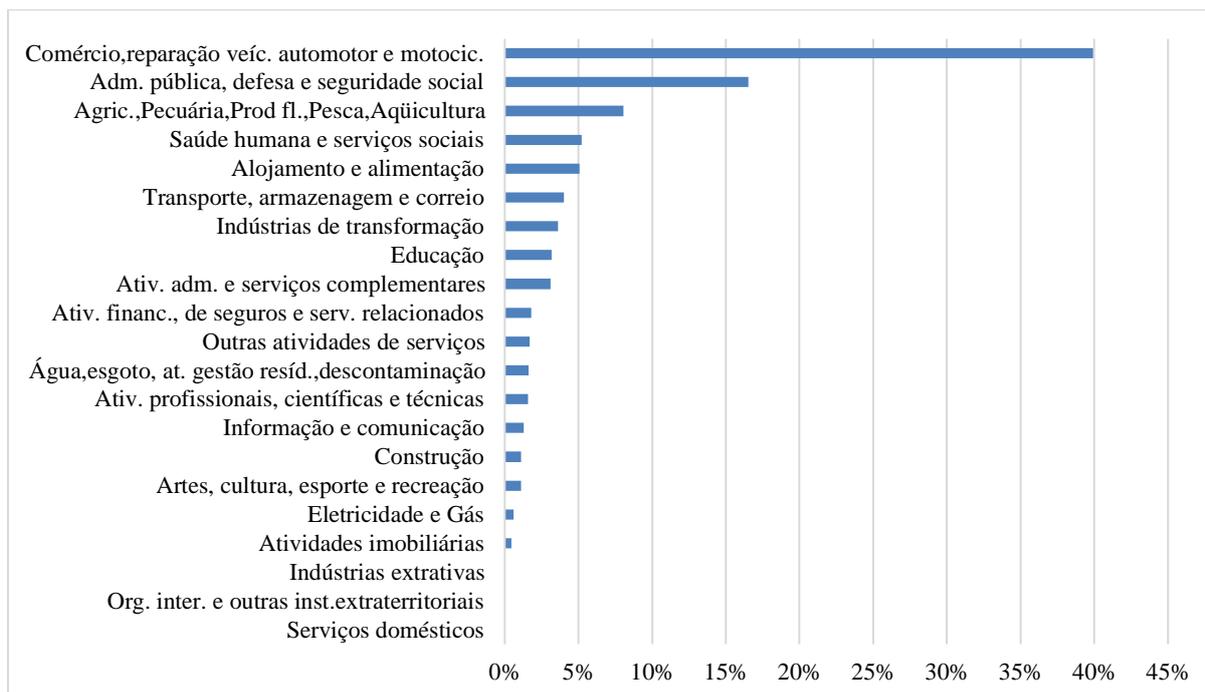
Em 2018, a participação do setor de serviços no valor adicionado no PIB foi de 40,52%, seguido pela indústria (33,40%), administração, defesa, educação, saúde pública e seguridade social (15,96%) e agropecuária (10,12%) (IBGE, 2021). Apesar de a Indústria obter uma participação maior do que a agropecuária, a distribuição das ocupações ativas por setor (Quadro 2) demonstra que 8,07% dos trabalhadores estão ocupados no setor de Agricultura, Pecuária, Produção florestal, Pesca e Aquicultura. Isso indica que, seguida dos setores que abrangem os serviços, a agropecuária constitui uma das bases econômicas do município.

A participação da indústria no valor adicionado ao PIB pode estar relacionada com a implantação de parques de geração de energia eólica no município, uma vez que parte significativa dos investimentos nesta fonte energética passaram a operar entre 2014 e 2015. No entanto, essa atividade que agrega valor ao PIB municipal não altera o modo de vida dos cidadãos de Sant'Ana do Livramento, visto que o setor não é responsável por expressiva taxa de ocupação. Assim, a população continua tendo sua principal fonte de renda em ocupações relacionadas aos serviços e à agropecuária, fato que pode ser observado na Figura 3.

Quadro 2: Ocupações ativas por setor da Classificação Nacional de Atividade Econômica

| Divisões de atividades CNAE | Número de ocupações | Porcentagem de ocupações |
|--|----------------------------|---------------------------------|
| 01.Agricultura, Pecuária, Produção florestal, Pesca e Aquicultura | 1114 | 8,07% |
| 02.Indústrias extrativas | 5 | 0,04% |
| 03.Indústrias de transformação | 501 | 3,63% |
| 04.Eletricidade e gás | 82 | 0,59% |
| 05.Água, esgoto, atividades de gestão resíduos e descontaminação | 225 | 1,63% |
| 06.Construção | 150 | 1,09% |
| 07.Comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas | 5510 | 39,91% |
| 08.Transporte, armazenagem e correio | 556 | 4,03% |
| 09.Alojamento e alimentação | 701 | 5,08% |
| 10.Informação e comunicação | 179 | 1,30% |
| 11.Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados | 250 | 1,81% |
| 12.Atividades imobiliárias | 64 | 0,46% |
| 13.Atividades profissionais, científicas e técnicas | 219 | 1,59% |
| 14.Atividades administrativas e serviços complementares | 427 | 3,09% |
| 15.Administração pública, defesa e seguridade social | 2280 | 16,52% |
| 16.Educação | 439 | 3,18% |
| 17.Saúde humana e serviços sociais | 721 | 5,22% |
| 18.Artes, cultura, esporte e recreação | 150 | 1,09% |
| 19.Outras atividades de serviços | 231 | 1,67% |
| 20.Serviços domésticos | 0 | 0,00% |
| 21.Organismos internacionais e outras instituições extraterritoriais | 1 | 0,01% |
| Total | 13805 | 100,00% |

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da DEEDADOS (2021).

Figura 3: Distribuição de ocupações por setor do CNAE

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da DEEDADOS (2021).

Em 2017, no município de Sant'Ana do Livramento, 9,4% das pessoas eram cobertas por planos de saúde suplementar, enquanto no Brasil essa taxa de cobertura era de 22,7%. Fato que faz com que mais de 90% dos cidadãos dependam do SUS para atender integralmente às suas necessidades de saúde ou custeiem todos os serviços. Ainda, em 2010, 39,7% dos ocupados nesse município tinham rendimento de até um salário mínimo (IBGE, 2010), essa realidade se mantém e, em 2019, 67,6% dos trabalhadores ativos tinham sua remuneração entre 1 e 2 salários mínimos (DEEDADOS, 2021). Assim, presume-se, a partir da renda da população, que os serviços de saúde públicos da cidade atendem de forma integral uma grande parcela da população.

Acordos na área da saúde permitem que os cidadãos fronteiriços recebam tratamento de ambos os lados da fronteira (LEMOS, 2010). Conforme citado nas entrevistas deste trabalho, para tratamento no Brasil, é necessário que os usuários apresentem CPF, fato que é corriqueiro entre os cidadãos da fronteira, visto que muitos possuem famílias com dupla nacionalidade.

Os dois países apresentam alguns projetos pontuais compartilhados relacionados à saúde, como ações observadas durante a pandemia de COVID-19 (COMÉRCIO, 2020) e relações de cooperação. Lemos (2010) aponta que:

essa indeterminação dos limites entre os dois países gerou intercâmbios econômicos e culturais próprios, definindo uma hibridez das duas nacionalidades, brasileira e uruguaia, além de uma identificação dessa fronteira como “fronteira viva”. Famílias compostas por brasileiros e uruguaiois, investimentos econômicos dos dois lados da fronteira e apropriações culturais de ambas as partes fazem parte desse cenário (LEMOS, 2010, p. 33).

Percebe-se que os traços dessa proximidade e desse compartilhamento cultural marcam diversos aspectos da dinâmica do município de Sant’Ana do Livramento. Esses elementos reforçam que “enquanto a fronteira pode ser um fator de integração, uma zona de interpenetração mútua e de constante convivência entre portadores de traços sociais, políticos e culturais distintos, o limite é um fator de separação entre unidades políticas soberanas” (GOULART; MISOCZKY; FLORES, 2017, p. 9).

Dessa forma, pretende-se destacar que o município de Sant’Ana do Livramento, por ser um município fronteiriço, com características de permeabilidade e troca com o país vizinho, carrega aspectos culturais compartilhados com o Uruguai. O argumento desse estudo é de que isso torna o caso bastante particular, não sendo cogitada a generalização deste para outros municípios brasileiros.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto da tese foi submetido ao comitê de pesquisa da Escola de Administração (protocolo nº 37708), posteriormente registrado e aprovado na Plataforma Brasil (protocolo nº 27113519.1.0000.5347).

4. RESULTADOS

Este capítulo apresenta a análise dos dados coletados, a partir das categorias de análise previamente elencadas. Ele está organizado tendo em vista os objetivos específicos do trabalho, de forma que cada seção responde a um objetivo. A primeira seção descreve a implantação das PICS no SUS e, em seguida, analisa-se a capacidade estatal da PNPIC. A terceira seção apresenta a percepção dos gestores da PEPIC/RS acerca dos conceitos de saúde e das Racionalidades Médicas. Por fim, a última seção do capítulo aborda o caso específico do município de Sant´Ana do Livramento.

4.1 IMPLEMENTAÇÃO DAS PICS NO SUS

Nesta seção pretende-se apresentar o processo de construção e de implementação de duas políticas nacionais que regulamentam as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no âmbito do SUS: a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), bem como seus desdobramentos no estado do Rio Grande do Sul: A Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul (PEPIC-RS) e a Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PIPMPF).

4.1.1 A construção da PNPIC

A PNPIC tem início em 2006, a partir da aprovação da Portaria número 971/2006, do Ministério da Saúde, que a regulamenta. No entanto, a elaboração dessa política é fruto de um debate amplo estabelecido anteriormente, no qual são pontuadas questões sobre a integração da medicina tradicional ao sistema de saúde e as garantias de segurança e eficácia de tais práticas (BRASIL, 2015).

O uso das PICS sempre esteve difundido no cotidiano da população que recorre a práticas tradicionais, como chás, acupuntura, homeopatia e fitoterápicos (RODRIGUES NETO; FARIA; FIGUEIREDO, 2009). Entretanto, essas práticas sempre estiveram à margem do sistema de saúde público. Assim, a PNPIC foi criada para incluir práticas tradicionais ao sistema de saúde como uma das alternativas de acesso aos serviços e ações de saúde presentes no elenco do SUS.

De acordo com o texto da PNPIC, publicado em 2006 e atualizado em 2015, a PNPIC visa garantir a integralidade na atenção à saúde através do apoio às experiências que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública (BRASIL, 2015). Além do fato de integrarem às justificativas temas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural, tem-se o caráter simbólico de regulamentar tais práticas, de acordo com o que já havia sido recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir do documento Estratégias para medicina tradicional 2002-2005 (OMS, 2002).

O processo de construção da PNPIC revela uma ampla discussão técnica e política que permeia o tema da saúde. Três Conferências Nacionais de saúde anteriores a 2006 (ano da publicação da primeira portaria que regulamenta a PNPIC) são citadas no texto da PNPIC como forma de explicitar a demanda e a legitimação social de tais práticas, para que fossem incorporadas ao SUS, nomeadamente: a 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária – 2001, a 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica – 2003 e a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – 2004.

A partir de uma reunião do então Ministro da Saúde, Humberto Sérgio Costa Lima, com representantes das associações nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, foi formado um grupo de trabalho em 2003 para discutir e implementar ações, no sentido de elaborar uma política nacional. Logo após, foram criados subgrupos de trabalho, de acordo com as especificidades das áreas. Os subgrupos funcionaram de forma independente, com o apoio de diversos setores do Ministério da Saúde, bem como de associações relacionadas às práticas, utilizando-se da elaboração de fóruns nacionais para a ampla participação da sociedade civil organizada, de reuniões técnicas, de documentos da OMS, entre outras estratégias, para, ao final, consolidar um documento técnico para a política nacional.

Dentre as atividades desenvolvidas pelos subgrupos, foi realizado um diagnóstico situacional através do envio de 5.560 questionários a todos os gestores estaduais e municipais de saúde, com o objetivo de conhecer as experiências que vinham sendo desenvolvidas na rede de saúde pública em relação às práticas tradicionais. A partir das respostas de 1.340 questionários, foi identificado que 232 municípios tinham essas práticas estruturadas, entre estes, 19 das 26 capitais estaduais (BRASIL, 2015). As respostas sinalizaram a presença de algumas práticas que, posteriormente, passaram a integrar a política, entre elas a acupuntura, a homeopatia, a medicina antroposófica, a fitoterapia e a crenoterapia.

A acupuntura já havia sido introduzida no Brasil em 1988, pela Resolução nº5/88 da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) (BRASIL, 1988b), com a consulta médica em acupuntura inserida no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)

em 1999. De acordo com dados do levantamento, em 2003, foram registradas 181.983 consultas de acupuntura em todo território nacional, ocorridas em 19 estados e 107 municípios (BRASIL, 2015).

Outra prática referida nos questionários foi a homeopatia, que apresenta um histórico de implementação no Brasil desde 1979, quando foi instituída a Fundação Médica Homeopática Brasileira (AMHB). Um ano após, em 1980, a homeopatia foi registrada como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução nº1000), pelo Conselho Federal de Farmácia (Resolução nº232) e pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (Resolução nº625). Em 1999, foi incluída no SIA/SUS a consulta médica em homeopatia, tendo a resolução nº4/88 como normativa para esse atendimento. O relatório aponta que, em 2003, a homeopatia estava presente na rede pública em 20 estados e 158 municípios, além de 12 estados possuírem cursos de formação de especialistas em homeopatia (BRASIL, 2015).

Consta ainda no relatório a Medicina Antroposófica como sistema médico complexo ou Racionalidade Médica, pois é mais ampla do que uma terapia, caracterizando-se pela ampliação clínica e busca da integralidade do paciente. Nela se integram o uso de medicamentos homeopáticos e de fitoterapia atrelados ao trabalho médico. Essa Racionalidade Médica tem sua prática reconhecida com ressalvas pelo Parecer do Conselho Federal de Medicina nº 21, de 23 de novembro de 1993 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1993), mas estima-se que sua prática foi introduzida no Brasil há 60 anos. O relatório destaca as experiências de São João Del Rei, Belo Horizonte e São Paulo, que utilizavam essa prática através de suas prefeituras municipais respectivamente há 6, 10 e 25 anos (BRASIL, 2015).

A Crenoterapia e a Fitoterapia igualmente apareceram nas respostas dos questionários. A primeira, também conhecida como Termalismo, consiste no uso de águas minerais com finalidade terapêutica. Ela foi trazida ao Brasil já na época da colonização portuguesa e foi disciplina em escolas médicas, como na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (BRASIL, 2015). No Brasil, o termalismo já estava presente nas regulações de 1988 da Ciplan e nº 343 de 2004, do Ministério da Saúde. Já a Fitoterapia caracteriza-se “pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” (BRASIL, 2015, p. 22). Essa terapia tem sua importância reconhecida pela OMS, que considera que 80% da população utiliza plantas medicinais, manifestando a necessidade de valorizar a utilização dessas plantas no âmbito sanitário. Através dos questionários, verificou-se que a fitoterapia estava presente em 22 estados e 116 municípios em 2003, ano de realização do

Seminário Nacional de plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2015).

Após o diagnóstico elaborado pelos grupos de trabalho, o qual confirmou a utilização das terapias citadas, o documento - até aquele momento denominado Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares - foi finalizado e avaliado pelas Câmaras Técnicas dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite. Em setembro de 2003, esse documento foi apresentado ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e submetido à Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiológica para avaliação e recomendações. Após modificações, o documento retornou ao CNS, que nomeou uma subcomissão para discutir e elaborar a proposta final a ser novamente avaliada pelo Conselho. A proposta foi aprovada em fevereiro de 2006, consolidando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, publicada nas portarias nº 971 e nº 1.600, respectivamente em maio e julho de 2006 (BRASIL, 2006c, 2006d, 2015).

A Portaria nº 971 instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovando as terapias: Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia e Termalismo social ou Crenoterapia (BRASIL, 2006c). Já a Portaria nº 1.600 atua como complementar à anterior, criando o Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS, como forma de desenvolver metodologia apropriada e materiais informativos para essa prática (BRASIL, 2006d).

O Ministério da Saúde, a partir da publicação dessas portarias em 2006, regulamenta a implementação de ações relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e recomenda a adoção dessas práticas às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Nesse sentido, a PNPIC apresenta os seguintes objetivos:

Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso. Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades. Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (BRASIL, 2006b, p. 6).

Assim, tendo em vista os objetivos supracitados, foram elaboradas diretrizes específicas envolvendo os processos necessários para a implantação de cada uma das práticas no sistema de saúde. Apesar das diretrizes envolverem aspectos particulares de cada PICS, há pontos comuns relacionados à contratação e ao treinamento de profissionais, ao acesso para a população, ao acompanhamento e à avaliação da inserção dessas práticas. Consta entre as suas diretrizes o fortalecimento de iniciativas existentes, o estabelecimento de mecanismos de financiamento e ações direcionadas à formação de especialistas, bem como o incentivo à pesquisa em PICS. No entanto, as diretrizes não determinam como os estados e municípios devem fazer isso, apenas sugerem a necessidade de criação da normatização de procedimentos para possibilitar o financiamento, o treinamento dos profissionais e a avaliação dessa política. Assim, cabe aos gestores municipais e estaduais especificar as ações a serem feitas na sua região de atuação.

A portaria nº971/2006 também define as responsabilidades institucionais do gestor federal, estadual e municipal, que são similares, variando somente o nível de amplitude de suas ações. Ficam a cargo do gestor federal ações no nível estratégico da política, envolvendo a elaboração de normas técnicas para a PNPIC, a definição de recursos orçamentários, o estímulo a pesquisa, a elaboração de diretrizes de educação permanente, a articulação intersetorial, o estabelecimento de instrumentos e de indicadores que possibilitem acompanhamento, a avaliação da implementação da política e a criação e divulgação de um banco de dados. Assim, percebe-se que essas ações demandadas a nível federal têm função de fomentar, regulamentar e acompanhar a política nacional. Já aos gestores estaduais, cabe definir as estratégias de implementação, articular os atores e acompanhar a política nos seus respectivos estados, assim como cabe aos gestores municipais articular essas ações em seus municípios.

Na realidade, a principal contribuição da portaria nº 971 de 2006, que institui a PNPIC, é respaldar os gestores estaduais e municipais que têm a intenção de implementar as PICS. Contudo, essa implementação exige, além desse respaldo, recursos financeiros, servidores treinados e estrutura que muitos estados e municípios não possuem, e a PNPIC não garante esses recursos. Além de estrutura, é preciso profissionais com conhecimento, o que demandaria uma mudança na formação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, Gatti et al. (2015) revelaram que, apesar da aprovação da portaria que inaugurou a PNPIC em 2006, ainda em 2015 as instituições de ensino não vinham apresentando projetos pedagógicos que favorecessem o olhar holístico para o paciente e havia uma escassez de trabalhos científicos que explicassem a utilização das PICS.

Apesar disso, alguns estudos revelam um crescimento da utilização de PICS a partir de 2006. Como por exemplo Telesi Jr. (2016), ao mostrar que o número de unidades de saúde na Secretaria de Saúde de São Paulo que oferecem meditação passou de 45 em 2006 para 85 em 2015. Ademais, de acordo com o Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, 8.200 UBSs (19% do total) ofertavam alguma PICS em 2017, de forma que essas práticas estavam presentes em 3.018 municípios (54% do total) e em 100% das capitais. Ainda, o Ministério da Saúde aponta um crescimento no número de atendimentos de consultas de acupuntura, sendo realizadas, em 2012, mais de 850 mil sessões e havendo, em 2013, 908 estabelecimentos cadastrados para ofertar essa prática (BRASIL, 2013). Outro dado relevante aponta que em 2016 foram registrados 2.203.661 atendimentos individuais em PICS e 224.258 atividades coletivas, que envolveram mais de 5 milhões de pessoas (BRASIL, 2018b).

Após onze anos da criação da PNPIC, que até então abarcava cinco terapias, em março de 2017, o Ministério da Saúde aprova a Portaria nº 849, que inclui na PNPIC outras quatorze terapias: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2017). Nesse documento, o Ministério afirma que a PNPIC promoveu o aumento da utilização das Práticas Integrativas e Complementares nos seus dez anos, desde a Portaria 971 de 2006. Além disso, a Portaria justifica que as quatorze práticas incluídas já estariam presentes no serviço de saúde, de acordo com o segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), porém não eram regulamentadas pelo SUS.

Quase um ano após a ampliação da PNPIC, pela Portaria nº 849 de 2017, o Ministério da Saúde inclui mais dez práticas a essa Política através da Portaria nº 702 de 21 de março de 2018: Aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Medicina Antroposófica/Antroposofia Aplicada à Saúde, Ozonioterapia, Terapia de Florais e Termalismo Social/Crenoterapia (BRASIL, 2018a). A Portaria de 2006 já regulamentava as práticas de antroposofia aplicada à saúde e de termalismo social, no entanto, em 2018, elas foram atualizadas a partir do documento Estratégias da OMS sobre Medicinas tradicionais para 2014-2023.

Após a implementação da PNPIC em 2006, e a inclusão de PICS em 2017 e 2018, essa política passa a contemplar 29 PICS. A seguir, apresenta-se a lista (Quadro 3) de todas as PICS que fazem parte da PNPIC e as Portarias correspondentes, como forma de facilitar a visualização do que é abarcado por essa política atualmente.

Quadro 3: Lista de portarias e práticas inseridas na PNPIC

| Portaria | Terapia |
|---|--|
| Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006 (BRASIL, 2006c) | 1. Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura |
| | 2. Plantas Medicinais e Fitoterapia |
| | 3. Homeopatia |
| | 4. Termalismo Social/Crenoterapia |
| Portaria nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2006d) | 5. Medicina Antroposófica |
| Portaria nº- 849, de 27 de março de 2017 (BRASIL, 2017) | 6. Arteterapia |
| | 7. Ayurveda |
| | 8. Biodança |
| | 9. Dança Circular |
| | 10. Meditação |
| | 11. Musicoterapia |
| | 12. Naturopatia |
| | 13. Osteopatia |
| | 14. Quiropraxia |
| | 15. Reflexoterapia |
| | 16. Reiki |
| | 17. Shantala |
| | 18. Terapia Comunitária Integrativa (TCI) |
| | 19. Yoga |
| Portaria nº 702, de 21 de março de 2018 (BRASIL, 2018a) | 20. Apiterapia |
| | 21. Aromaterapia |
| | 22. Bioenergética |
| | 23. Constelação Familiar |
| | 24. Cromoterapia |
| | 25. Geoterapia |
| | 26. Hipnoterapia |
| | 27. Imposição De Mãos |
| | 28. Ozonioterapia |
| | 29. Terapia de Florais |

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

A partir do **Quadro 3** é possível perceber que, apesar da PNPIC ter sido instituída em 2006, é nos anos de 2017 e 2018 que ela agrega a maior parte das PICS em seu escopo. Antes da publicação da Portaria nº976/2006, o diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde apontava que apenas 6,52% dos estados e/ou municípios dispunham de lei ou ato institucional sobre a criação de PICS (BRASIL, 2015), enquanto em 2018 eram oferecidas PICS em quase 54% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2018b). Além disso, de acordo com o terceiro ciclo de avaliação do PMAQ, em 2016, 31,48% das equipes cadastradas ofereciam o serviço de práticas integrativas e complementares. Houve também uma maior concentração de serviços relacionados a PICS na Atenção Básica; hoje, 78% são oferecidos neste nível de atenção, 18% na média complexidade e 4% na alta complexidade (BRASIL, 2020b), enquanto antes da Portaria nº976/2006, 42,5% das PICS eram ofertadas na Atenção Básica (BRASIL, 2015).

Grande parte das PICS podem ser implementadas por diversos profissionais de saúde como educadores físicos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, enfermeiros,

dentistas, entre outros. A capacitação necessária direcionada às PICS pode ser feita pela Educação permanente em saúde (BRASIL, 2018b). Mesmo observando algum aumento na oferta de PICS a partir da promulgação da política nacional, para que as práticas sejam implementadas, cabe aos estados a apresentação de proposta de inclusão das Práticas Integrativas e Complementares aos Conselhos Estaduais de Saúde (CES). Nesse sentido, como o objetivo deste trabalho é investigar especificamente o estado do Rio Grande do Sul, a seguir é apresentado o processo de construção da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no Rio Grande do Sul (PEPIC/RS).

4.1.2 A construção da PEPIC/RS

No estado do Rio Grande do Sul (RS), o processo de implantação da PEPIC/RS é resultado de uma busca por outras formas de cuidado, mais integrativas e promotoras de saúde no SUS (TERRA, 2018). Para Czermaiński, Bilhhalba e Dresch (2017), uma vez que o RS se destaca na produção de conhecimento científico em saúde, nele se tem pouco espaço para práticas contra hegemônicas relacionadas a este tema. No entanto, existem recomendações em conferências estaduais de saúde e um clima político de maior acolhida dessas PICS, de forma que a Secretaria Estadual de Saúde (SES) se mostrou receptiva a essas práticas. Segundo os autores, a implementação no governo estadual da PIPMF, abre um espaço na agenda política voltada para as PICS. Os trabalhos relacionados à PEPIC/RS iniciam-se com a criação de um comitê para a formulação de uma política estadual de PICS, do qual participavam servidores da SES e representantes das Coordenadorias Regionais de Saúde.

Alguns desses servidores da SES já tinham experiências com as PICS e tais experiências pessoais influenciaram o interesse profissional em implantá-las no SUS (TERRA, 2018). A vontade de profissionais e de gestores que percebem a potencialidade da oferta de terapias com maior integralidade fortalece a implantação das PICS. Isso destaca a importância do alinhamento das concepções de saúde dos profissionais e gestores com os conceitos que orientam a PNPIC relacionados à integralidade do cuidado.

O interesse de muitos profissionais em oferecer uma PICS⁶ acontece ao identificar que os recursos disponíveis no sistema de saúde não são suficientes para a necessidade daquele indivíduo que está sendo tratado. Diante disso, Thiago e Tesser (2011) revelam que os

⁶ A sigla PICS é apresentada no trabalho para se referir tanto a Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, no plural, quanto no singular, como nesse caso em que se refere a uma Prática Integrativa e Complementar em Saúde.

profissionais que implantam as PICS são profissionais sensíveis a elas, que entendem que estas possibilitam uma abordagem mais ampla do processo saúde-doença do que outras Racionalidades Médicas, de modo que buscam em suas experiências pessoais uma alternativa de tratamento. Esses profissionais se declaram autodidatas e muitos buscam, por conta própria, conhecimento sobre a PICS que desejam aplicar, fora do horário de trabalho (MÜLLER, 2016). Assim, a oferta da PICS depende do direcionamento que o profissional dá para a prática e de como ele se vale deste recurso.

A partir da nomeação do comitê de formulação da PEPIC/RS, em 2012, são agendadas reuniões periódicas para desenvolver essa proposta com o objetivo de implementar Práticas Integrativas e Complementares em Saúde neste estado. Essa proposta foi submetida e aprovada, em dezembro de 2013, pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), como Resolução nº 695/2013 (RIO GRANDE DO SUL, 2013). A aprovação da resolução por essa comissão foi o que possibilitou que ela fosse aprovada antes da troca de gestão do estado, garantindo a continuidade da política. Isso porque, uma vez que a cada quatro anos a gestão é trocada, ocorrem redefinições de prioridades e o curso de algumas ações pode ser comprometido. Nesse sentido, a partir da sugestão de um membro do comitê de elaboração da PEPIC/RS, a proposta foi aprovada na CIB, o que registrou a proposta da política antes da transição (TERRA, 2018). No entanto, como cabe aos Conselhos Estaduais de Saúde a responsabilidade de implementação das políticas estaduais, em dezembro de 2014 o CES/RS aprova a Resolução nº14/2014 (RIO GRANDE DO SUL, 2014). Para Terra (2018), o fato de a política ter sido aprovada no CIB e no CES a conferiu importante legitimação social e retrata a importância do engajamento político dos atores envolvidos na sua construção.

Para a formulação da PEPIC-RS, a comissão responsável reconheceu a necessidade de realização de um diagnóstico que buscou: mapear quais municípios gaúchos já vinham oferecendo PICS no âmbito de sua rede pública de atenção à saúde; identificar profissionais do SUS-RS com capacitação em PICS; e conhecer quais PICS, presentes ou não na PNPIC, eram oferecidas pelas instituições públicas municipais de saúde no estado. Para isso, foram enviados questionários para os 497 municípios, dos quais, 130 responderam, constatando que em 83 municípios não eram ofertadas PICS, em 36 já existiam PICS implantadas e em 11 existiam profissionais capacitados, mas sem oferta.

Czermainski, Bilhalba e Dresch (2017) destacam que a fase estruturante da PEPIC/RS se deu em 2015 e 2016, quando ela foi incluída no Plano Plurianual (PPA) 2016-2019 e no Plano Estadual de Saúde. Logo após, em 2017, com a inserção de mais práticas na política nacional, e maior divulgação das PICS, inicia-se uma fase em que emergem dúvidas sobre o

processo de implantação dessas práticas a partir do crescimento do interesse da população e dos gestores municipais. Com isso, foi instituído o comitê gestor da PEPIC/RS, que se reunia mensalmente para debater e estudar estratégias de implantação das PICS (RIO GRANDE DO SUL, 2017a). Além disso, foram criados grupos de trabalho organizados por PICS, que têm o objetivo de regulamentar determinada prática no estado, elaborando Notas Técnicas que são disponibilizadas no site da Secretaria Estadual de Saúde e auxiliam na implantação das PICS nos municípios (RIO GRANDE DO SUL, 2020a).

Quadro 4: Notas Técnicas Elaboradas para a PEPIC-RS

| Nota Técnica | Orientações | Referência |
|---|--|----------------------------|
| Nota Técnica PEPIC-RS / DAS N° 01/2017 | Dispõe de orientações gerais para a implantação das PICS. Nela constam, além das diretrizes para a elaboração e implementação de um Plano de Ação, orientações sobre o financiamento das PICS no SUS e o registro das PICS nos sistemas de informação. | (RIO GRANDE DO SUL, 2017a) |
| Nota Técnica PEPIC-RS/DAS n° 01/2018 | Sobre a Terapia Floral na Rede de Atenção à Saúde. | (RIO GRANDE DO SUL, 2018a) |
| Nota Técnica PEPIC-RS/DAS n° 02/2018 | Sobre a Yoga na Rede de Atenção à Saúde. | (RIO GRANDE DO SUL, 2018b) |
| Nota Técnica PEPIC-RS/DAS n° 03/2018 | Sobre a Biodança na Rede de Atenção à Saúde. | (RIO GRANDE DO SUL, 2018c) |
| Nota Técnica Saúde Mental/DAS n°01/2018 | Sobre a inserção de PICS nas atividades das Oficinas Terapêuticas de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. | (RIO GRANDE DO SUL, 2018d) |
| Nota Técnica PEPIC-RS/DAS n° 01/2019 | Inserção de práticas corporais da tradição chinesa na Rede de Atenção à Saúde. | (RIO GRANDE DO SUL, 2019a) |
| Nota Técnica PEPIC-RS/DAS n° 02/2019 | Orientações para a implantação da Homeopatia na Rede de Atenção à Saúde. | (RIO GRANDE DO SUL, 2019b) |
| Nota Técnica PEPIC-RS/DAS n° 03/2019 | Inserção das PICS nos Grupos de Apoio à Cessação do Tabagismo da Rede de Atenção à Saúde. | (RIO GRANDE DO SUL, 2019c) |
| Nota Técnica PEPIC-RS/DAS n° 01/2020 | Orientações para a implantação do Reiki na Rede de Atenção à Saúde. | (RIO GRANDE DO SUL, 2020b) |

Fonte: Elaboração da autora (2021).

A partir do Quadro 4, é possível perceber que a equipe designada pela Secretaria Estadual de Saúde se preocupou em estruturar manuais de implantação das PICS para que os municípios pudessem executar essas ações e passar a ofertar essas práticas aos seus usuários. No entanto, é importante ressaltar que tanto a PNPIC quanto a PEPIC-RS não criam obrigatoriedade de implantação das PICS, tampouco geram benefícios financeiros. A única contrapartida existente é relacionada ao PMAQ, que possui algumas variáveis relacionadas à implantação de PICS e, sendo um programa de incentivo à qualidade na Atenção Básica, “eleva

o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Com isso, as Notas Técnicas criadas pela equipe geram uma influência indireta para a implantação, pois facilitam esse processo para os municípios que têm a intenção de fazê-la. Entretanto, elas nem sempre fomentam a oferta de PICS ou mobilizam gestores e profissionais que não têm predisposição ou aceitação às PICS, uma vez que não há essa obrigatoriedade.

4.1.3 A implementação da PNPIC e da PEPIC/RS

Reis, Esteves e Greco (2018) ressaltam como fatores positivos da implementação das PICS a normatização dessas práticas, bem como de produtos e serviços relacionados a elas. Os autores enfatizam, também, o aumento das ações pelos estados e municípios, a integração nos sistemas oficiais de saúde, o desenvolvimento de conhecimento na área, a qualificação dos profissionais, a melhoria da atenção à saúde da população e a ampliação das opções terapêuticas aos usuários. Entre as possíveis dificuldades para a implementação da PNPIC, os mesmos autores destacam: a formação e qualificação de profissionais em número suficiente, o fornecimento de insumos, a estrutura e o investimento em desenvolvimento de tecnologias. Corroborando esses autores, o Ministério da Saúde aponta que, apesar do crescimento da oferta e da demanda pelas PICS, tanto no âmbito privado quanto público, ainda existem alguns desafios “como a ampliação do acesso e da oferta a essas práticas, a sustentabilidade desses serviços a partir de financiamento envolvendo as três esferas de gestão, e a evolução no campo legislativo que garanta o direito de cuidar e ser cuidado” (BRASIL, 2018b, p. 13).

Para atenuar esses desafios enfrentados para a implantação da PNPIC, o Ministério da Saúde publica em 2018, mesmo ano da promulgação da Portaria nº 972 na qual foram agregadas 10 PICS à PNPIC, o Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS. Este tem o objetivo de apresentar aos gestores do SUS um modelo de plano de implementação das PICS. O modelo não é obrigatório, porém surge com a intenção de facilitar a criação e o desenvolvimento dessas práticas, uma vez que após a promulgação da PNPIC, apesar de os estados e municípios saberem da inserção dessas práticas no SUS, houve dificuldade de inseri-las nos atendimentos de saúde. (BRASIL, 2018b).

O Manual apresenta algumas estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde para auxiliar e incentivar os gestores a implementar as PICS, tais como: a oferta de cursos para gestores e profissionais da saúde, através da plataforma de formação continuada em saúde; a inserção das PICS em documentos técnicos do Ministério; a inserção de indicadores

relacionados à implantação de PICS no PMAQ e de campos para registros de informação sobre a produção em PICS no e-SUS AB⁷; e a inserção das PICS nas ações de comunicação do Ministério (BRASIL, 2018b).

Além disso, de forma bastante detalhada, ele traz passos sugeridos para a implementação de PICS, entre os quais, recomenda-se um diagnóstico inicial, onde cada município deve fazer um mapeamento dos profissionais capacitados e que têm interesse em se capacitar quanto das práticas mais demandadas pela população ali atendida. No que diz respeito ao financiamento, que é um ponto frágil da política constantemente citado por autores que estudam o tema, a sugestão é incluir as necessidades, ofertas e possibilidades de oferta de PICS (previamente mapeadas) no Plano Municipal de Saúde e na Lei de Diretrizes Orçamentárias do município (BRASIL, 2018b, p. 19). Como não existe um repasse específico para as PICS aos estados e municípios, cabe a cada gestor programar esse financiamento a partir do plano de saúde local.

Uma das sugestões do Ministério da Saúde para a implantação de PICS é o cadastro da Unidade Básica de Saúde e dos profissionais no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos (SCNES), assim como no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SUA/SUS). Disponibiliza-se também informações importantes para os gestores, como o Código Brasileiro de Ocupação (CBO), para que eles registrem esses serviços no SCNES (BRASIL, 2018b). Esse cadastro possibilita o planejamento, monitoramento e avaliação das ações relacionadas às PICS e contribui com a qualidade dessa informação para estudos sobre o tema e outras iniciativas relacionadas. No entanto, como é uma prática recente, sem metas atreladas a ela que gerem benefício financeiro para os municípios, existe uma precariedade nesses dados, fato que dificulta a avaliação dessas políticas.

Para capacitar os profissionais interessados em ofertar algum serviço relacionado às PICS, o Ministério da Saúde sugere que se utilize as atividades em Educação Permanente em Saúde, onde já existem cursos direcionados a essa capacitação. Ademais, sugere a cooperação horizontal entre diferentes municípios e estados. Nesse sentido, um passo importante para facilitar a implantação da PNPIC foi a oficialização da Rede PICS Brasil, “um espaço aberto de colaboração, articulação, debate, reflexão e divulgação para fortalecimento das práticas integrativas, complementares e tradicionais no Sistema Único de Saúde” (REDE NACIONAL PICS, 2020). Ela é formada por atores sociais, usuários, gestores, trabalhadores, pesquisadores

⁷ E-SUS AB consiste em um sistema que estrutura as informações da Atenção Primária à Saúde. Em 2021, o sistema consta como e-SUS APS e está disponível no portal: <https://aps.saude.gov.br/noticia/7396>

e instituições de todo país (BRASIL, 2018b), tendo como objetivo “integrar e organizar os diversos atores sociais que trabalham, pesquisam, ensinam, estudam e/ou utilizam as práticas integrativas no SUS para fortalecer as práticas. Também promover inclusão dos das medicinas tradicionais brasileiras” (REDE NACIONAL PICS, 2020). Isso reforça o protagonismo de atores sociais e profissionais da saúde engajados com a temática das PICS e possibilidades de parcerias com a sociedade civil organizada como entidades representativas dos profissionais relacionados às PICS, conselhos municipais e estaduais de saúde, universidades e instituições de pesquisa.

Barbosa et al. (2020a) fizeram uma análise sobre inserção das PICS a partir de dados de um inquérito nacional, coletados entre 2015-2016, e do PMAQ, entre 2013-2014, sendo ambos referentes à mesma gestão municipal (2013-2016). Esse estudo atenta primeiro para a ausência de dados consistentes no DataSUS sobre as PICS, apontando problemas na qualidade de registro desse banco de dados, como desatualização, falta de fiscalização e preenchimento descentralizado pelos gestores municipais. A pesquisa confirma, ainda, a inserção das PICS na Atenção Primária à Saúde e aponta a região sudeste como a região com maior número de municípios com a oferta de PICS, com 3,06 consultas por habitante enquanto a média nacional é de 2,77. Os autores apontam que isso pode ser reflexo do contexto socioeconômico do estado.

Ainda nesse estudo, os autores apontam que existe uma baixa institucionalização na implementação das PICS na maioria dos municípios. Um dos fatores que contribui para isso é o protagonismo dos profissionais de saúde, e não dos gestores, na oferta de PICS, uma vez que essa oferta está atrelada a iniciativas dos profissionais e não da gestão (BARBOSA et al., 2020a, p. 1). Esse fato pode levar a uma difusão da PNPIC apenas pontualmente nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em que há sensibilidade do profissional para as PICS e alguma competência nelas, o que causa uma insustentabilidade da política e a restringe apenas aos usuários daquela unidade, contrariando o princípio do SUS de universalidade do acesso (BARBOSA et al., 2020a, p. 10). Além disso, a prática implementada fica vinculada a um profissional, de forma que, caso este profissional seja deslocado do seu local de trabalho, a oferta fica comprometida. Dessa forma, os autores apontam a necessidade de apropriação por parte dos gestores do que é desenvolvido na ESF em termos de PICS e de mobilização de recursos institucionais como forma de implementar a PNPIC.

No âmbito estadual, Terra (2018) ressalta o protagonismo dos profissionais e afirma que a formulação da política relacionada às PICS do Rio Grande do Sul foi um “movimento de pessoas, profissionais da gestão, da atenção e de usuários com experiência em PICS tanto na clínica quanto pessoal/familiar” (TERRA, 2018, p. 31). Esse processo de formulação reforça a

necessidade da legitimidade dos saberes populares, uma vez que o diálogo entre eles e os saberes técnicos gera um maior potencial de enfrentamento dos complexos problemas de saúde pública (TERRA, 2018).

Ainda no Rio Grande do Sul, em um estudo realizado no município de Porto Alegre, Muller (2016) reafirma que a responsabilidade da oferta de PICS recai exclusivamente sobre a iniciativa de profissionais de saúde. Esse fato ocorre porque mesmo os gestores reconhecendo as limitações do modelo biomédico, eles frequentemente reproduzem essa concepção no direcionamento das ações em saúde. Desse modo, apesar do incentivo do gestor, não existe uma estratégia organizada para a oferta das PICS. No estudo nacional de Barbosa et. al. (2020a), essas constatações ficam igualmente evidentes, o que reafirma a necessidade de se alinhar as estratégias e as ações acerca das práticas relacionadas às PICS entre gestores e profissionais de saúde.

Ao longo de dez anos de implantação da PNPIC, existe dificuldade em desenvolver ações e estratégias que possam operacionalizar essa política nos diferentes serviços do sistema de saúde. O que ocorre é uma oferta informal, de forma descontinuada e com pouca valorização. Apesar dos profissionais estarem distantes do processo de articulação da implementação da política, é deles a iniciativa de executar as ações relacionadas às PICS. De forma que, não basta criar uma política para que a inserção das PICS ocorra no SUS, é necessário dar visibilidade e legitimidade às práticas que já acontecem nos serviços de saúde e potencializar e viabilizar as práticas já desenvolvidas pelos profissionais (MÜLLER, 2016).

Além disso, outros elementos não contribuem com a implementação da PNPIC, como condições estruturais, formação profissional, financiamento adequado e disponibilidade profissional (BARBOSA et al., 2020a). Outro fato que prejudica a implementação completa da PNPIC é a ausência de indicadores próprios para a mesma que deem conta de responder e se adequar às necessidades e especificidades das práticas de dimensão vitalista (BARBOSA et al., 2020a). Isso dificulta a mensuração do impacto da PNPIC e dos seus reflexos para a saúde. Com isso, destaca-se que ampliação não significa institucionalização e sustentabilidade da política e, por esse motivo, é necessário voltar a atenção à implementação de indicadores e intensificar o monitoramento da PNPIC.

Müller (2016) aponta a concepção de saúde e a invisibilidade das PICS como dificultadoras da oferta dessas práticas. A concepção de saúde do modelo médico-assistencial do SUS não contribui para a efetiva implantação das PICS, porque toda lógica de cuidado da rede de assistência à saúde leva o usuário a uma forma de tratamento curativa e medicamentosa. Assim, para que as PICS sejam efetivas nesse sistema, é necessário que a lógica do próprio

SUS (na prática) consiga abarcar esse outro significado de saúde, considerando diferentes Racionalidade Médica e integralizando essas formas de cuidado.

Apesar das dificuldades, a PNPIC revela uma possibilidade de incorporação das PICS. Além dela, outra forma de autorizar e viabilizar a prática de PICS é através da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), em âmbito nacional, e a Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PIPMPF), em âmbito estadual, no Rio Grande do Sul. Tais políticas atuam em conjunto com a PNPIC e terão seus processos de formulação e implantação descritos na próxima seção.

4.1.4 Construção e Implementação da PNPMF

No mesmo ano em que o Ministério da Saúde aprova a Portaria que regulamenta a PNPIC, menos de um mês depois, um decreto presidencial cria a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) (BRASIL, 2006f). Essa Política faz parte de uma agenda relacionada às PICS que foi incentivada por diversas conferências, políticas e leis que antecedem o ano de 2006 (CZERMAINSKI; BILHALBA; DRESCH, 2017). Ainda em 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) introduz a Fitoterapia e outras práticas, como a homeopatia e a acupuntura, nos serviços de saúde (BRASIL, 1988c), demonstrando o reconhecimento da eficácia da fitoterapia (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014).

Além desse importante marco, merecem destaque as Conferências Nacionais de Saúde de 1986, 1996, 2000 e 2003, que recomendaram a “implantação da Fitoterapia e de outras práticas integrativas e complementares no SUS” (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014, p. 385). Outros eventos importantes foram os fóruns para a discussão da Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, que ocorreram em 2001, e o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, em 2003. Estes foram marcos catalisadores do processo de elaboração da proposta que culminou na PNPMF, em 2006, como forma de incentivar e regular as Plantas Medicinais e Fitoterapia, atuando de maneira complementar à PNPIC (BRASIL, 2006e). A partir desse debate, integram essa agenda de políticas públicas relacionadas às PICS, juntamente com a PNPIC e a PNPMF, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTICS) e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) (BRASIL, 2006e). Essas

políticas reforçam que o conceito de saúde, para as políticas públicas, vinha sendo ampliado, considerando outras Racionalidades Médicas além da ocidental contemporânea.

O objetivo da PNPMF é “garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional” (BRASIL, 2006e, p. 20). Para isso, ela articula ações com diversos ministérios, atuando sobre toda a cadeia produtiva das plantas medicinais. O foco da PNPMF não é somente o incentivo à utilização dos fitoterápicos como prática de saúde, mas também o desenvolvimento dessa cadeia de forma sustentável. Com isso, ela pretende desenvolver tecnologias nessa área e reduzir o gasto de medicamentos do governo. Entendendo o Brasil como um país rico em recursos naturais, a PNPMF pressupõe que desenvolvendo tecnologias capazes de converter esses recursos em medicamentos, é possível desenvolver toda a cadeia, fortalecendo os produtores e a indústria local, além de beneficiar usuários do SUS.

Nesse sentido, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional aparecem como protagonistas no objetivo da PNPMF, ressaltando que o foco dessa política não é sobreposto ao da PNPIC. A PNPMF e a PNPIC apresentam-se como políticas complementares, na medida que ambas surgem a partir da legitimidade de Racionalidades Médicas não dominantes. Portanto, nas diretrizes da PNPMF é destacado que a relação entre ela e a PNPIC se dá no que tange ao acesso às Plantas Medicinais e aos Fitoterápicos (BRASIL, 2006e).

Como se trata de uma política transversal, as responsabilidades da PNPMF são compartilhadas por diversos ministérios. Além do Ministério da Saúde, com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Fundação Oswaldo Cruz, constam na lista da comissão interministerial que constrói a política os Ministérios do Meio Ambiente, da Integração Nacional; da Ciência e Tecnologia; do Desenvolvimento Agrário; da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2006e). Ficando a cargo do Ministério da Saúde, além de coordenar o processo de acompanhamento e de avaliação, promover a inserção do uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS em harmonia com três políticas já vigentes nesse Ministério: a Política Nacional de Saúde, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a PNPIC (BRASIL, 2016).

Após a aprovação da PNPMF como política direcionadora de ações do Governo Federal, em 2008, a Portaria Interministerial nº 2.960/2008 implanta o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Com isso, pretende-se propor ações mais focadas em cumprir com os objetivos

da PNPMF, além de traçar diretrizes relacionadas à inserção de fitoterápicos no SUS. Essas diretrizes estão relacionadas principalmente a duas vertentes: capacitação dos profissionais quanto ao reconhecimento de saberes tradicionais; e cadeia produtiva dos medicamentos, com foco na inclusão de agricultura familiar, na promoção do uso sustentável da biodiversidade local e no regulamento das etapas da cadeia produtiva (BRASIL, 2008). O fato dessas diretrizes serem amplas ressalta a relação da PNPMF com outras áreas e sua relação interministerial e transversal enquanto política pública. Já o Comitê Nacional, também criado a partir dessa portaria, tem a função de monitorar e avaliar o Programa (BRASIL, 2008). Segundo o documento que descreve a política:

As ações decorrentes desta política, manifestadas em um Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos, serão imprescindíveis para a melhoria do acesso da população aos medicamentos, à inclusão social e regional, ao desenvolvimento industrial e tecnológico, além do uso sustentável da biodiversidade brasileira e da valorização, da valorização e preservação do conhecimento tradicional associado das comunidades tradicionais e indígenas (BRASIL, 2016, p. 21).

Interessante notar que, apesar da utilização de plantas medicinais e fitoterápicos ser uma prática antiga e difundida em grande parte da população, essa articulação do Ministério da Saúde com outros Ministérios para a criação tanto da PNPMF quanto de outras políticas relacionadas à PICS e à cadeia produtiva de plantas medicinais, consiste em uma novidade, por legitimar tais práticas ao inseri-las no sistema de saúde (CASTRO; FIRME; RAUPP, 2017). No entanto, somente a legitimidade que essas políticas e essa articulação trazem não é suficiente para que as PICS sejam implantadas de fato no sistema de saúde. A partir do direcionamento da PNPMF, assim como da PNPIC, cabe aos estados e municípios organizarem a inserção das PICS em seus territórios.

No Rio Grande do Sul, a Política Intersetorial de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PIPMF-RS) foi instituída em 2006, por meio da Lei Estadual de nº12.560, de 12 de julho, naquela época denominada Política Intersetorial de Plantas Mediciniais, Aromáticas e Condimentares e de Medicamentos Fitoterápicos do Rio Grande do Sul. Essa política ficava inserida na Política de Assistência Farmacêutica do estado e seguia as diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, bem como da PNPMF, que havia sido aprovada um mês antes (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

A política estadual já se inicia com um caráter intersetorial e regulador de práticas relacionadas a plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, tendo seus objetivos iniciais relacionados à pesquisa científica, produção e desenvolvimento de material didático, inovação,

formação de profissionais, ao estímulo à produção agroecológica e desenvolvimento tecnológico (RIO GRANDE DO SUL, 2006). Assim, nota-se sua conformidade com a política nacional, uma vez que ambas demonstram em seus objetivos um direcionamento ao melhoramento de toda a cadeia produtiva das Plantas Medicinais, com foco na produção sustentável, na inclusão social, no desenvolvimento de tecnologias bem como no incentivo para a formação e para o uso de tais práticas.

Terra (2018) relata que, de 1999 a 2002, uma Comissão Inter secretarial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos havia formulado uma proposta para a Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e que, em 2001, foi iniciada a Rede de Implementação da Cadeia Produtiva de Fitoterápicos (Rede Fito), que “é uma articulação entre o Estado, universidades, centros de pesquisa, empresas e agricultores, para promover e fortalecer a base tecnológica local para a produção do medicamento” (“Rede Fito-RS completa cinco anos”, 2006). A partir disso, ocorrem, em 2003, recomendações de inserção da fitoterapia no SUS, com início no Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica e na 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, culminando na Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PIPMF), em 2006 (TERRA, 2018). Nesse sentido, Czermainski et al. (2017) salientam que a partir da implementação da PIPMF, inicia-se no estado do Rio Grande do Sul, uma agenda relacionada às PICS motivada, entre outros fatores, pelo interesse dos gestores de saúde deste estado.

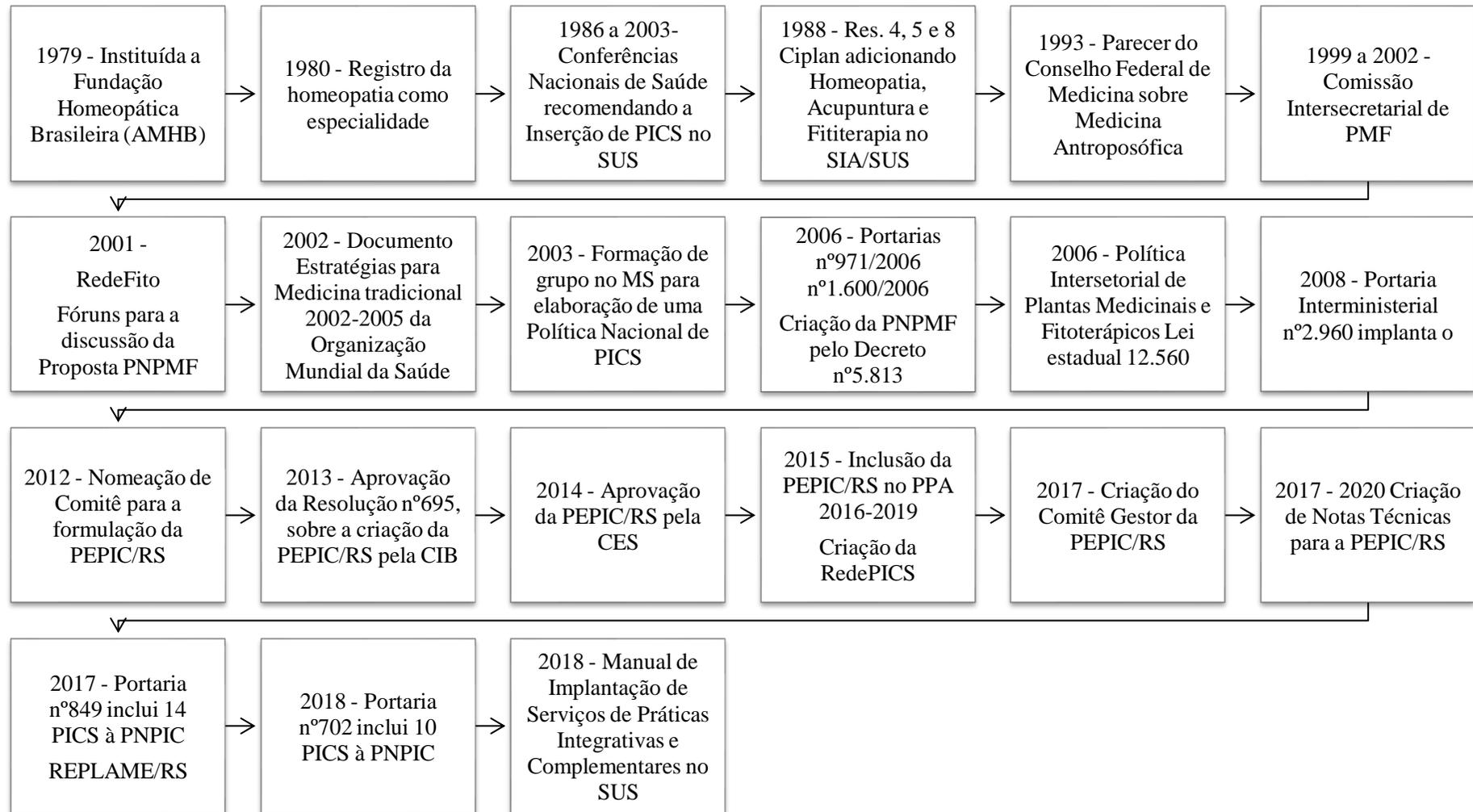
A partir da criação da PIPMF e da sua articulação com a Rede Fito, em 2017, a Secretaria Estadual de Saúde publica a Relação Estadual de Plantas Medicinais de interesse do SUS no Rio Grande do Sul (REPLAME/RS), que consiste em uma listagem das “espécies nativas mais utilizadas pela população do Rio Grande do Sul” (RIO GRANDE DO SUL, 2017b Art. 3º), devendo esta ser incluída junto às recomendações de implantação da PNPIC e da PNPMF. De forma semelhante, em nível Nacional, o Ministério da Saúde reafirma a relevância da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), um elemento técnico-científico que oriente a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos nos serviços do SUS onde incorpora plantas medicinais em seu escopo.

No entanto, apesar do RENAME conter 12 plantas medicinais e fitoterápicos, Mattos et al. (2018) revelam que é a postura do médico que confere credibilidade ao tratamento e que, muitas vezes, o profissional de saúde acredita no efeito de plantas medicinais e fitoterápicos, mas não em substituição aos tratamentos alopáticos. Assim, a população se mostra mais à vontade para compartilhar percepções sobre as plantas medicinais e fitoterápicos com outros profissionais, como agentes de saúde e enfermeiros. Com isso, é importante ressaltar que o fato

de o estado do Rio grande do Sul e o Ministério da Saúde elaborarem listas com recomendações de plantas medicinais traz legitimidade para as PICS e auxilia ou possibilita que os profissionais que têm interesse em recorrer a essas práticas as indiquem aos usuários. Entretanto, isso não basta para que os usuários do SUS tenham acesso às PICS, uma vez que entre eles e a lista de Plantas medicinais existem os profissionais, que são o contato do usuário com o SUS e que, algumas vezes, não demonstram conhecimento ou interesse de indicar esse tratamento (MATTOS et al., 2018).

Com o detalhamento da construção da PNPMF, percebe-se que ela consiste, assim como a PNPIC, em uma política pública que é fruto de uma ampla discussão no campo da saúde e que agrega conceitos de Racionalidades Médicas vitalistas. Nesse sentido, a partir da elaboração da Figura 4, que contém os principais marcos legais sobre PICS no Brasil e no Rio Grande do Sul, pretende-se demonstrar que apesar das PICS não ocuparem um lugar de protagonismo no sistema de saúde, elas têm sua importância evidenciada a partir da tentativa de implementação dessas práticas, sendo uma construção que vem conquistando espaço e legitimidade na sociedade.

Figura 4: Marcos Legais sobre PICS no Brasil e no Rio Grande do Sul



Fonte: Elaborada pela autora (2021)

Nesse sentido, a PNPMF e a PNPIC convergem e caminham próximas no que tange aos objetivos, às facilidades e dificuldades de implantação. Fato é que a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos é fruto de uma discussão sobre medicamentos no âmbito da saúde pública e, com isso, ela vem para regulamentar o uso dos fitoterápicos, que uma vez incluídos na PNPIC, constituem Práticas Integrativas e Complementares e têm sua implementação discutida por essa outra política. Enquanto a PNPIC tem objetivos mais amplos relacionados à implantação de diferentes PICS no sistema de saúde, a PNPMF concentra seus esforços em regulamentar toda a cadeia produtiva de medicamentos, desenvolvimento de ciência e tecnologia, pesquisas, sustentabilidade e desenvolvimento, como forma de aprimorar o tratamento em saúde e fortalecer o mercado local de medicamentos. Por esse motivo, o foco do trabalho enquanto desenho e avaliação será a PNPIC como política nacional e a PEPIC-RS enquanto estadual.

4.2 CAPACIDADE ESTATAL DA PNPIC

Esta seção do trabalho atende ao segundo objetivo específico da tese: investigar a capacidade estatal relacionada à implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. A capacidade estatal consiste na aptidão do Estado para implementar políticas públicas, considerando fatores técnico-administrativos e político-relacionais (GOMIDE; PEREIRA; MACHADO, 2017). Sendo assim, “diferentes tipos e níveis de capacidades estatais afetam diferentemente o resultado de políticas públicas” (PIRES; GOMIDE, 2016, p. 121).

A partir de uma abordagem reflexiva, a capacidade estatal manifesta-se nos indicadores da política pública em questão (GOMIDE; PEREIRA; MACHADO, 2017). Dessa forma, acreditando que a capacidade estatal influencia na efetivação das políticas relacionadas às PICS, este estudo pretende descrever capacidades técnico-administrativas e político-relacionais da PNPIC. Por capacidade técnico-administrativas entende-se as variáveis relacionadas aos recursos físicos, tecnológicos e aos profissionais capacitados, que aumentam a possibilidade de funcionamento da política pública. Assim, foram levantados dados referentes ao número de estabelecimentos que ofertam PICS, ao número de profissionais e aos recursos repassados a essas práticas, a partir do relatório do Ministério da Saúde de 2020 (BRASIL, 2020a). Já as variáveis relacionadas a habilidades e procedimentos que incluem diferentes atores nos processos de tomada de decisão serão consideradas parte da capacidade político-relacional, que traz legitimidade à política, a partir da classificação de Pires e Gomide (2016).

4.2.2 Capacidade Técnico-Administrativa da PNPIC

A capacidade estatal técnico-administrativa está relacionada à possibilidade de o Estado gerar desenvolvimento em determinada área e, também, reflete a autonomia das estruturas organizacionais (OLIVIERI; MARTINELLI, 2016), portanto, demonstra a capacidade de realizar determinada ação.

Em julho de 2020, foi publicado pela Coordenação Nacional de PICS o Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde, que apresenta informações sobre a oferta de PICS no Brasil a partir de dados dos sistemas de informação ligados ao SUS (SISAB, SAI e SCNES), trazendo dados dos anos de 2017, 2018 e parciais de 2019 (BRASIL, 2020a).

Este relatório mostra que dos 16.007 serviços nos quais as PICS estiveram presentes em 2018, 90% deles era na Atenção Primária à Saúde (APS), reforçando tanto a relação das PICS com a universalidade, que se realiza principalmente na APS, quanto o atendimento ao objetivo da PNPIC de enfatizar a atenção primária⁸ como forma de incorporação das PICS ao SUS.

O relatório mostra ainda que houve um crescimento da quantidade de municípios brasileiros com oferta de PICS entre os anos de 2017 (n=3.994), 2018 (n=4.159) e 2019 (n=4.297), mesmo considerando dados parciais de 2019. Nesse mesmo ano foram ofertadas PICS em 77% dos municípios brasileiros e em 100% das capitais, o que revela não só um crescimento de oferta das PICS como uma grande abrangência dessas práticas. No entanto, entende-se que o fato de haver oferta de alguma prática em 77% dos municípios brasileiros não demonstra que todos os cidadãos, mesmo desses municípios que apresentam a oferta, têm acesso a elas e tampouco que são ofertadas PICS variadas. Para a coleta desses dados do relatório, foi considerado que um município oferta PICS mesmo que ela ocorra somente em uma Unidade Básica de Saúde.

A partir de dados do Relatório de Monitoramento Nacional das PICS e do número de municípios em cada estado com oferta de PICS para os anos de 2017, 2018 e dados parciais de 2019, foi elaborada a Tabela 1, onde é possível visualizar a porcentagem de municípios de cada estado com oferta de PICS.

⁸ O termo Atenção Básica em alguns documentos do Governo Federal, é utilizado como sinônimo de Atenção Primária à Saúde.

Tabela 1: Porcentagem de municípios com oferta de PICS, por Unidade da Federação, Brasil, de 2017 a 2019*

| Unidade da Federação | 2017 | 2018 | 2019 |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Acre | 73% | 91% | 86% |
| Alagoas | 91% | 87% | 92% |
| Amapá | 75% | 88% | 100% |
| Amazonas | 82% | 89% | 89% |
| Bahia | 86% | 86% | 89% |
| Ceará | 86% | 86% | 90% |
| Distrito Federal | 100% | 100% | 100% |
| Espírito Santo | 72% | 77% | 72% |
| Goiás | 67% | 70% | 69% |
| Maranhão | 82% | 82% | 78% |
| Mato Grosso | 75% | 79% | 77% |
| Mato Grosso do Sul | 82% | 85% | 89% |
| Minas Gerais | 70% | 73% | 76% |
| Pará | 81% | 88% | 83% |
| Paraíba | 70% | 72% | 79% |
| Paraná | 47% | 49% | 57% |
| Pernambuco | 91% | 91% | 94% |
| Piauí | 68% | 70% | 72% |
| Rio de Janeiro | 84% | 80% | 88% |
| Rio Grande do Norte | 86% | 84% | 84% |
| Rio Grande do Sul | 60% | 65% | 72% |
| Rondônia | 69% | 85% | 83% |
| Roraima | 67% | 87% | 87% |
| Santa Catarina | 77% | 82% | 83% |
| São Paulo | 61% | 68% | 70% |
| Sergipe | 85% | 87% | 79% |
| Tocantins | 74% | 66% | 73% |
| Média | 76% | 80% | 82% |

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados de Brasil (2020) e IBGE (2020)

(*) Dados parciais de 2019.

Através da Tabela 1, considerando a média dos estados, percebe-se que de 2017 a 2019 eles passam de 76% dos municípios registrando alguma oferta de PICS para 82%, demonstrando um aumento do número de municípios que ofertam PICS na maioria dos estados. Comparando números de 2017 para 2019, nota-se que 21 estados apresentaram crescimento no número de municípios que disponibilizam PICS, quatro apresentaram diminuição e o Espírito Santo e o Distrito Federal se mantiveram com o mesmo percentual.

O Relatório de Monitoramento Nacional das PICS também aponta que, entre 2018 e 2019, 23.480 novas unidades de APS passaram a ofertar alguma PICS, isso ocorre após a ampliação da PNPIC em 2018. Destaca-se que os números apresentados pelo relatório são inferiores à realidade, visto que existe a possibilidade de subnotificação no SCNES, o que ressalta a necessidade de melhoramento no registro dos dados para um efetivo monitoramento da política (BRASIL, 2020a).

Na APS, houve um crescimento de 324% nos procedimentos relacionado a PICS (148.152 em 2017 para 628.239 em 2019). Nas atividades coletivas, esse crescimento foi de 314% (chegando a 104.531 atividades em 2019), com destaque para as plantas medicinais, fitoterapia e práticas corporais da MTC (BRASIL, 2020a), as quais já fazem parte do escopo da PNPIC desde a sua primeira edição, em 2006 (BRASIL, 2006c). Já em relação aos atendimentos individuais, houve uma diminuição de 51% (passando de 1.416.607 atendimentos em 2017 para 693.650 em 2019) (BRASIL, 2020a). Na média e alta complexidade, houve igualmente um crescimento entre os anos de 2017 e 2019, tanto de estabelecimentos que ofertam (passando de 1.382 em 2017 para 1.734 em 2019) quanto de procedimentos (de 940.078 em 2017 para 1.463.183 em 2019) (BRASIL, 2020a).

Uma das justificativas para o aumento na oferta das PICS, principalmente no caso da auriculoterapia, é a capacitação de profissionais da APS feita através de uma parceria do Ministério da Saúde com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (BRASIL, 2020a). Isso demonstra a necessidade de treinamento do profissional de saúde para a aplicação das PICS e o impacto dessa formação na oferta dessas práticas. Com isso, se ressalta a importância do treinamento, promoção e divulgação relacionados às capacitações. Uma vez que para a aplicação da maioria das PICS não é necessária uma graduação específica, os profissionais protagonistas nessa implementação são profissionais de saúde que trabalham no Nasf e na ESF como enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros. Assim, a partir de uma capacitação relacionada a uma PICS, eles poderiam aplicar essa prática.

O relatório também destaca a possibilidade de registro nos sistemas de saúde como parte essencial para a implementação da PNPIC, visto que possibilita o monitoramento das ações e subsidia a tomada de decisões dos gestores (BRASIL, 2020a). Esse fato vem ao encontro da literatura sobre a capacidade estatal, ao demonstrar que, com mais profissionais capacitados e maior institucionalização das práticas, os gestores podem ofertar as PICS com mais facilidade.

A partir desses resultados, destaca-se uma melhoria na capacidade estatal técnico-administrativa relacionada a PNPIC. Isso porque é notável um aumento dos municípios e de unidades de APS que ofertam PICS, assim como um aumento dos atendimentos dessas práticas e de profissionais capacitados. No entanto, ainda é necessário aprimorar os registros no sistema de saúde, para que o monitoramento relacionado às PICS seja efetivo. Assim, com o aumento da capacidade estatal técnico-administrativa, espera-se uma melhoria na implementação da PNPIC.

4.2.3 Capacidade Político-Relacional da PNPIC

Entende-se que a criação de uma política estadual reflete um aumento da capacidade político-relacional ligadas às PICS, tendo em vista que a PNPIC traz essa recomendação aos gestores, e essa criação necessita de apoio de diferentes atores que atuam mais próximos à população. Nesse sentido, para analisar a capacidade político-relacional foram levantados os estados que possuem política estadual referente às PICS.

Apesar de todos os estados e o Distrito Federal possuírem pelo menos uma PICS implantada, nem todos os estados possuem uma política estadual relacionada a essas práticas. O fato de alguns deles apresentarem políticas estaduais específicas demonstra a relevância do tema e a legitimidade que as PICS têm nesses territórios. Além disso, a política estadual, facilita a implantação da PNPIC e estimula a utilização e implantação de novas PICS nos municípios. Por esse motivo, considera-se que a existência de política estadual relacionada às PICS gera capacidade político-relacional para a implantação da PNPIC, conforme o modelo analítico elaborado por Gomide e Pires (2016).

Em levantamento feito em março de 2019, constatou-se que os estados de Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e o Distrito Federal possuíam legislação própria referente a PICS (ALMEIDA, 2019). Atualizando esses dados em outubro de 2020, foi verificado que os estados de Amapá, Bahia, Pernambuco e Rondônia também possuem legislação própria, sendo que Bahia e Rondônia aprovaram a legislação em 2019 e Pernambuco em 2020. O Amapá, apesar de não constar no levantamento de 2019, teve legislação aprovada em 2016, provavelmente não foi considerada no levantamento de 2019 por se tratar de um centro de referência em PICS estadual. Os estados de Acre, Alagoas, Amazonas, Ceará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Piauí, Rio de Janeiro, Roraima, Sergipe e Tocantins ainda não possuem uma política estadual relacionada às PICS. O Quadro 5 foi elaborado a partir desses dados.

Quadro 5: Estados que possuem legislação própria relacionadas a PICS

| | |
|---|--|
| Estados que, segundo o levantamento de 2019, possuíam legislação própria referente à PICS (n= 9 + DF) | Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Distrito Federal. |
| Estados que possuem legislação própria e não constavam no estudo de 2019 (n= 4) | Amapá, Bahia, Pernambuco e Rondônia. |
| Estados que não apresentam legislação própria (n= 13) | Acre, Alagoas, Amazonas, Ceará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Piauí, Rio de Janeiro, Roraima, Sergipe e Tocantins. |

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa (2021).

Alguns estados possuem legislação própria referentes às PICS, conforme apresentado no

Quadro 5, mas não apresentam programas estaduais, de modo que essa legislação não é divulgada na página da secretaria de saúde do estado. Neste trabalho, foram consideradas como capacidade estatal as políticas estaduais relacionadas às PICS, porque entende-se que a articulação política e a legitimação necessárias para a aprovação e implantação de uma são maiores do que para a aprovação de uma lei estadual que somente ressalta a existência de uma política nacional (como é o caso dos estados de São Paulo e Mato Grosso). Mato Grosso do Sul cita um plano de implantação de PICS que ocorreria em 2020, no entanto nada foi encontrado sobre isso.

Além destes, outros estados não apresentam políticas estaduais, mas contam com uma grande divulgação de ações relacionadas às PICS. O Sergipe é um exemplo de estado que tem uma grande divulgação das PICS, que se baseia na PNPIC, no entanto não possui uma política estadual para tal.

Apesar de a política nacional ser suficiente enquanto regulamentação das PICS, a existência de uma política estadual, confere legitimidade às práticas, além de ser respaldada pelas diretrizes da PNPIC, que afirma que uma das funções do gestor estadual é “elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede de saúde” (BRASIL, 2015, p. 60). Outra função do gestor estadual é se responsabilizar por ações relacionadas ao financiamento, monitoramento e avaliação, articulação entre a PNPIC e a educação permanente, divulgação e coordenação com outras políticas (fitoterápicos e medicamentos), bem como a aprovação no conselho estadual de saúde.

Além dos fatores citados, a existência de uma política estadual permite a elaboração de diretrizes mais próximas e mais apropriadas à realidade de cada município, considerando uma articulação com os coordenadores regionais. Por esse motivo, ressalta-se a importância dessa capacidade estatal para a implantação da PNPIC.

Pode ser percebido um aumento dos estados que possuem legislação própria e política estadual sobre as PICS, que ocorre principalmente após a ampliação das PICS, em 2018. Isso confere à PNPIC uma maior capacidade estatal político-relacional, uma vez que essa capacidade se refere à legitimidade e a aprendizagem das ações dos governos (PIRES; GOMIDE, 2016).

Isso ocorre porque as políticas estaduais regulamentam as ações de implantação de maneira mais próxima dos gestores municipais que, a partir dessa política, traçam ações de implantação das PICS. O fato de as políticas estaduais serem desenhadas de maneira mais próxima dos gestores, que, por sua vez, articulam formas de implementar PICS no seu território, possibilita que municípios que ainda não ofertam PICS passem a ofertar. Por essa razão, esse aumento da capacidade estatal político-relacional pode ocasionar uma maior implantação das PICS no território nacional.

A partir das capacidades estatais técnico-administrativa e político-relacional, foi construído o Quadro 6 apontando diferentes graus de maturidade dos estados em relação às PICS. Sendo considerado um estado com alta capacidade estatal aquele que possui legislação própria e crescimento no número de municípios que ofertam PICS. O Distrito Federal apresenta manutenção no número de “municípios” por ser um território autônomo, não possui municípios, então, como ele possui a implantação de PICS, se considera 100% do seu território possui a oferta dessas práticas. Os estados que apresentaram crescimento no número de município com oferta de PICS mas não têm legislação própria, ou que tem legislação própria mas apresentaram uma diminuição no número de municípios com oferta de PICS são considerados com média capacidade estatal relacionadas às PICS. E os estados que apresentaram diminuição no número de municípios com oferta de PICS e não apresentam legislação própria para elas.

Quadro 6: Capacidade estatal dos estados brasileiros e Distrito Federal relacionada às PICS

| Unidade da Federação | Relação no nº de municípios com PICS (2017/2019) | Existe política/legislação própria | Capacidade estatal relacionada às PICS |
|----------------------|--|------------------------------------|--|
| Acre | Crescimento | Não | Média |
| Alagoas | Crescimento | Não | Média |
| Amapá | Crescimento | Sim | Alta |
| Amazonas | Crescimento | Não | Média |
| Bahia | Crescimento | Sim | Alta |
| Ceará | Crescimento | Não | Média |
| Distrito Federal | Manutenção | Sim | Alta |
| Espírito Santo | Diminuição | Sim | Média |
| Goiás | Crescimento | Sim | Alta |
| Maranhão | Diminuição | Não | Baixa |
| Mato Grosso | Crescimento | Sim | Alta |
| Mato Grosso do Sul | Crescimento | Não | Média |
| Minas Gerais | Crescimento | Sim | Alta |
| Pará | Crescimento | Não | Média |
| Paraíba | Crescimento | Não | Média |
| Paraná | Crescimento | Sim | Alta |
| Pernambuco | Crescimento | Sim | Alta |
| Piauí | Crescimento | Não | Média |
| Rio de Janeiro | Crescimento | Não | Média |
| Rio Grande do Norte | Diminuição | Sim | Média |
| Rio Grande do Sul | Crescimento | Sim | Alta |
| Rondônia | Crescimento | Sim | Alta |
| Roraima | Crescimento | Não | Média |
| Santa Catarina | Crescimento | Sim | Alta |
| São Paulo | Crescimento | Sim | Alta |
| Sergipe | Diminuição | Não | Baixa |
| Tocantins | Diminuição | Não | Baixa |

Fonte: Elaboração da autora (2021)

A partir do Quadro 6 se percebe que muitos estados apresentam uma média capacidade estatal relacionada à implementação das PICS porque mesmo que eles apresentem um crescimento no número de municípios com oferta de PICS, eles não possuem legislação própria. De modo que é necessária uma maior articulação dos atores para que essas práticas sejam de fato implementadas, e não somente se tenha a oferta das mesmas.

4.3 A PERCEPÇÃO SOBRE A SAÚDE NA PEPIC/RS

Esta seção atende a um objetivo específico deste trabalho de identificar a percepção dos atores que construíram e que implementam a PNPIC no estado do Rio Grande do Sul quanto às Racionalidades Médicas. Dessa forma, ela está dividida em duas subseções, onde na primeira são caracterizados os entrevistados e na próxima é discutida a percepção destes sobre o conceito de saúde e sobre as Racionalidades Médicas.

4.1.2 Perfil dos entrevistados

Fazem parte do grupo de entrevistados quatro mulheres e um homem (E2). Todos os entrevistados foram contratados através de concurso pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) e possuem formação mínima de graduação, sendo três graduadas em farmácia (E1, E3 e E4), uma em nutrição (E5) e um entrevistado formado em educação física (E2). Quatro entrevistados possuem mestrado e citam diversas especializações. Percebe-se que é um grupo com alto nível de formação acadêmica direcionada na área da saúde e de gestão pública. Além da formação acadêmica, eles demonstram um grande interesse em se aprimorarem, citando cursos de curta duração, formações complementares, entre outros.

Nenhum médico foi entrevistado neste estudo. Nessa fase da pesquisa, os agentes gestores e formuladores da PEPIC/RS não possuem formação médica, apesar de existirem relatos de alguns médicos que participaram em grupos de trabalho para a elaboração da Nota Técnica sobre a implementação da homeopatia, eles não foram indicados como protagonistas nessa política.

Todos os entrevistados são concursados e, a partir da sua contratação, pelo seu perfil de interesse e pelo contato com outros colaboradores da secretaria, foram convidados a participar da elaboração ou da gestão das PICS no estado.

Existe um interesse profissional e pessoal nas PICS apontado nas falas de todos eles. A entrevistada E3 mostra que conheceu as PICS e a PNPIC somente após o ingresso na secretaria estadual de saúde, através do contato com atores relevantes no processo de construção da política. Outros apontam que sempre tiveram afinidade com este tema através da sua formação (E2), ou tiveram contato com as PICS em suas trajetórias profissionais; seja por acompanhar trabalhos de colegas próximos que utilizavam e encaminhavam para tratamentos, seja por fazer parte da gestão nas coordenadorias regionais de saúde (E4 e E5), ou mesmo por fazer uso das PICS em âmbito pessoal e ver a possibilidade de as integrar com outras práticas no sistema de saúde (E1).

Nota-se com isso, uma influência de valores pessoais dentro de uma estrutura burocrática formal. A contratação acontece de forma impessoal e técnica, através de concurso, já o trabalho com as PICS inicia-se a partir de convite, a partir da percepção de valores comuns.

A trajetória profissional da entrevistada E1 confunde-se com a trajetória das PICS no estado do Rio Grande do Sul. Ela relata que sempre utilizou as PICS na família e de forma

particular, demonstrando seu interesse por essas práticas. Tem graduação em farmácia, duas especializações relacionadas a gestão e saúde e mestrado. Atua há mais de 40 anos no serviço de saúde, com interesse nas áreas de gestão e tecnologia, foi a grande entusiasta das PICS no estado a partir da sua atuação nas políticas de ciência e tecnologia relacionadas à fitoterapia. Além disso, todos os entrevistados a citaram em suas entrevistas como uma pessoa central no processo de implantação das PICS no Rio Grande do Sul.

O entrevistado E2 atualmente é a referência sobre as PICS no estado. Ele possui formação em educação física, residência com ênfase em saúde mental e mestrado em saúde coletiva, através do qual teve contato com as Racionalidades Médicas e interessou-se pelas PICS. Fez um curso de auriculoterapia oferecido por um convênio do estado do RS com a UFSC e, posteriormente, uma especialização em acupuntura. Está na SES/RS desde 2018, no departamento de ações em saúde sendo responsável por responder pelas PICS.

A entrevistada E3 possui graduação em farmácia e mestrado em ciências biológicas. Após o ingresso na SES/RS, conhece atores centrais no processo de construção da PEPIC/RS e interessa-se pelas PICS. A partir do convite para trabalhar na elaboração da PEPIC/RS, ela divide seu turno de trabalho entre seu setor de origem (farmácia) e a implantação das PICS.

A entrevistada E4 possui graduação em farmácia, especialização em vigilância sanitária, mestrado em ensino na saúde e cursos de formação complementar. Possui 15 anos de experiência na secretaria estadual de saúde, em uma coordenadoria regional que implantava PICS e, então, recebeu o convite para integrar a equipe gestora da PEPIC/RS.

A entrevistada E5 é graduada em nutrição, com mais de 25 anos de experiência em uma coordenadoria regional da SES/RS, sempre atuando na atenção primária. Já tinha uma perspectiva profissional voltada às PICS, mas formalmente começou a trabalhar com elas em 2010. Foi convidada por uma colega que sabia do seu interesse nas PICS para participar da elaboração da política.

4.3.2 A percepção dos entrevistados

Os cinco entrevistados apresentam uma percepção de saúde que abrange diferentes aspectos da vida humana, ultrapassando o entendimento de saúde como ausência de doença, como sugere os princípios da Racionalidade Médica ocidental. Assim, essas dimensões de saúde citadas pelos entrevistados revelam uma aproximação com as Racionalidades Médicas vitalistas, que se diferem do modelo biomédico.

São citações recorrentes o bem-estar (E1, E3 e E5), trazendo uma visão mais integrativa da saúde, considerando fatores ambientais (E1 e E4) e condições de vida (E3 e E5). Percebe-se que a integralidade é outra dimensão da saúde recorrente entre os entrevistados. Todos eles apontam conceitos que se relacionam à integralidade. Como a entrevistada E1 ao dizer que:

saúde é bem-estar [...] pra mim é quando tu consegue ter a tua máxima potencialidade humana. É quando teus sentidos estão ótimos quando a tua energia tá ótimo, tua vitalidade, o teu humor, o teu emocional, a tua sensação de amorosidade, a tua sensação de paz. Que é quando tu tá tão integrado nas tuas dimensões, que eu acho que são raros os seres que nesse planeta, humanos. Que nesse planeta conseguiram chegar a essa, mas é o que a gente busca. [...] Então, quando a tua coluna tá bem, tu já respira melhor, a tua meditação te ajuda na, na coluna, quando tu consegue fazer um uma caminhada, tu consegue ter o ir e vir a tuas relações são, não são prejudicadas pelo teu estado ou físico ou emocional ou espiritual (E1).

Essa visão integral da saúde aproxima o olhar para a qualidade de vida, onde existe um equilíbrio das suas condições de vida. A relação de equilíbrio é destacada pela entrevistada E1, que ressalta a relação da saúde com o equilíbrio das capacidades de diferentes dimensões: física, emocional, a social, a espiritual, a ambiental e relacional. Isso também é citado pela entrevistada E4, reforçando as dimensões espiritual, mental e biológica. Incluindo o ambiente, educação e cultura. Ainda, a entrevistada E3 reafirma essa relação de equilíbrio nas dimensões da vida.

Além delas, o entrevistado E2, ao afirmar que: “eu promover ações que prolongam a vida, não é sinônimo de cuidar das pessoas. A pessoa pode ser curada e não se sentir cuidada: É diferente.”. E a entrevistada E5, ao concluir que: “as pessoas podem até viver muito mais tempo, mas elas não vivem com saúde.” (E5), demonstram a importância de diferentes dimensões da qualidade de vida, inclusive do cuidado para conceituar a saúde.

Essa percepção é compartilhada também pela entrevistada E3, ao afirmar que “saúde pra mim é bem-estar, é alegria, é felicidade, é vida. Não somente a ausência de doenças. Eu acho que algo é algo que vai muito além de um corpo físico” (E3). A entrevistada E5 diferencia o conceito de saúde em relação ao que se encontra no sistema de saúde. Segundo ela, a saúde consiste em:

relações que um ser mantém consigo, com a família, com a sociedade e com os biomas planetários. No tempo e espaço da vida. É a genética e a epigenética conversando. Os fatores externos ferindo com os órgãos internos. Na homeostase singular de cada um. E de cada ser, pra mim, que saúde pra mim não é só a questão humana. Eu vejo todos os outros seres e que a gente vive todos interligados. Então, é um completo bem-estar felicidade e sabedoria espiritual de cada um e de uma coletividade de seres também. [...] Então, assim ó, é poder nutrir-se bem, vestir-se adequadamente [...] é morar abrigado, sabe? [...] amar e reproduzir-se, reproduzir-se e alcançar a paz. E a sabedoria de bem viver (E5).

A entrevistada E4 adiciona a este debate as categorias de bem-estar mental e espiritual relacionadas ao conceito de saúde. Ela afirma que:

então, eu acho que é algo que, que dá conta de todas as, as, as faces do ser humano. A gente tem que olhar pro biológico, pro mental, pro espiritual e psicológico, enfim, todos os as nossas dimensões. E como ser humano. E a saúde, ela, ela decorre disso, decorre de hábitos, decorre de onde você foi criado, com que condições ela tem, tanto que não usa mais esse termo, mas os determinantes saúde que trazem, assim, então, tudo influencia, acho que é um, é complexo, é um meio ambiente, é a educação, é o teu eh, é o de onde você veio é a tua cultura, tudo isso impacta, acho que de alguma forma na saúde (E4).

Ressalta-se que na visão da entrevistada E4, a dimensão espiritual não consiste em uma dimensão religiosa, como ela mesmo destaca:

ela traz a questão da espiritualidade, ela traz a questão do da dimensão espiritual e não, não só religiosa, também religiosa, porque a religião ajuda muitas pessoas. Mas a dimensão espiritual da fé, da pessoa, da fé no tratamento, da fé pra que a gente não possa melhorar e melhorar a sua, sua condição. Eu acho que as PICS transbordam, transpõe também o indivíduo, elas trazem reflexos e propõe, trazer reflexos para a comunidade, onde elas são utilizadas. Então, acho que tem, com certeza, os PICS elas, elas ajudam a gente a, a conseguir a integralidade que a gente tanto busca (E4).

O entrevistado E2 traz um conceito de saúde bastante amplo, que perpassa por diferentes categorias encontradas na fala de outros entrevistados. Segundo ele, a saúde é:

Adoecer e se curar, de comer quando tem fome, de se agasalhar quando tem frio, de se locomover de maneira digna, de morar, um lugar adequado, assim, que ofereça um mínimo de conforto, que tu acesso a bens de consumo que vão te dar dignidade no teu dia a dia de viver, eu acho que de estar protegido da violência. De não estar exposto a bala perdida, a bala achada, enfim, de não sofrer de não estar exposto a violências relacionadas às minorias, seja por causa da cor da pele, ou da sua preferência sexual ou enfim, todas as mulheres assim também. Que as questões de gênero. Então, saúde é isso, assim, não estar à mercê dessas condições, assim, você ter uma autonomia pra te gerenciar na vida e conseguir minimamente tá protegido dessas violências cotidianas (E2).

Nessa fala, o entrevistado E2 faz referência a autonomia e à promoção da saúde de forma que o indivíduo tenha os meios para cuidar do seu corpo. Meios estes que incluem condições de alimentação, de moradia, de educação, indo além do corpo físico.

Os entrevistados, ao tecerem sobre o conceito de saúde, foram unânimes em citar características e dimensões emocionais, como o caráter energético, emocional, espiritual, relacional e social, o humor, a paz e a vitalidade. Incluíram, da mesma forma, as dimensões da alegria e felicidade, indo além do corpo físico. Com isso, mostram uma visão centrada no

acolhimento, no vínculo, empatia e humanização do cuidado. A complementariedade citada no conceito de saúde mostra a importância de utilizar-se variados sistemas de saúde como forma de oferecer ao indivíduo essa autonomia citada diversas vezes.

Como os entrevistados ou participaram da construção da PEPIC/RS ou atuam na sua execução, eles mencionaram princípios norteadores dessa política. Esses princípios, na visão dos entrevistados, fazem com que a PEPIC/RS auxilie na busca por um melhor sistema de saúde. Segundo os entrevistados, a construção da PEPIC/RS foi motivada pela “necessidade de mudar um modelo individualista, medicocêntrico, hospitalocêntrico, que não tem sustentabilidade” (E1). Os princípios que guiaram essa construção, além de integralidade, equidade e universalidade (citados por todos os entrevistados) relacionam-se a uma visão mais ampla de saúde do que a proposta da Racionalidade Médica Ocidental.

Uma das categorias presentes nas falas de todos os entrevistados sobre os princípios da PEPIC/RS é a ampliação de possibilidades de tratamento oferecidos no SUS. A entrevistada E1 relata um caso de doença grave, apontando que deveriam ter sido utilizadas outras abordagens e que isso poderia ter dado uma sobrevida maior ao paciente, mesmo que não dispensasse a cirurgia. Ela enfatiza: “é culpa do sistema que não produziu, que não informou, que não, que não propiciou, que não ofereceu e disponibilizou esses outros recursos” (E1).

Na seguinte fala da entrevistada E1, percebe-se que, apesar da redução de custo do tratamento ser um fator considerado quando se trata das PICS, os principais valores, para os entrevistados não é este:

Enfim, muitas coisas que a gente pode fazer, que eu acho que são outros valores. A redução de custo? Sim, é importante, mas não é a primeira decisão. A primeira decisão é humanização, eficácia e segurança [...] e assim ó, as pessoas têm direito a opção terapêutica, entende? E o SUS lá, é, o que se diz ali? Que é [...] direito de todos e dever do Estado, inclusive a assistência farmacêutica! Que se tu não tem condições, tu tem que oferecer um leque de possibilidades que aumente o acesso à saúde. [...] Então, as práticas, quem tem, quem é que vem contra as práticas? Quem fatura em cima da doença. E quem não teve oportunidade de perceber ou que tem preconceito, tendeu? (E1).

O entrevistado E2 também aponta que as PICS constituem uma outra possibilidade de cuidado, “aumentando o escopo de práticas que ela entendia como possíveis de ser executada no SUS e trazendo algumas noções que não eram comuns a gente ver nesses documentos” (E2). Nesse mesmo sentido, a entrevistada E3 aponta que a PEPIC/RS possibilita o aumento do leque de opções terapêuticas.

Em consonância com essa percepção, a entrevistada E1 ressalta a necessidade de complementar práticas alopáticas sem excesso de remédios que podem trazer outros efeitos adversos. Nessa afirmação emerge o uso racional de medicamentos, como algo que ela defende como farmacêutica, e cita diversas vezes o uso das PICS como uma alternativa para auxiliar aos usuários do sistema de saúde neste uso racional. Essa questão também é reafirmada pelas entrevistadas E3 e E4, graduadas em farmácia. Este uso racional dos medicamentos, segundo a entrevistada E1 levaria a uma economia de recursos, que poderiam ser utilizados para ampliar as opções terapêuticas e os tratamentos.

Essa ampliação de opções terapêuticas traria, segundo a entrevistada E1, a redução na judicialização dos medicamentos, fator apontado por ela como causador de sofrimento: “Quem é que mede o sofrimento que traz para as pessoas, a carga de sofrimento que traz para as pessoas?” (E1). Segundo essa entrevistada, a judicialização dos medicamentos traz um alto custo para o governo e sofrimento aos usuários.

Os entrevistados mostram que, ao conhecerem as PICS que já vinham sendo executadas nos municípios antes da PEPIC/RS, notavam resultados positivos na população, e que através de pequenas modificações de rotinas, como rodas de conversa com outros pacientes, era percebida uma melhoria nas condições de saúde. De acordo com a entrevistada E4: “Então, pequenas ações, gente, olha, acho muito pequeno. Que você e ver depois acabam tendo toda uma transformação na comunidade, no jeito que eles se relacionam. E eu acho que a integralidade é muito forte” (E4). Dessa forma, foi apontado como vantagens da PEPIC/RS sobre os tratamentos convencionais o menor custo para o sistema (E1) e a maior eficiência para o sistema de saúde (E2).

É importante ressaltar que nenhum dos entrevistados falou da PEPIC/RS ou das PICS como uma possibilidade de substituição dos tratamentos oferecidos. Todos eles consideram a PEPIC/RS uma possibilidade de ampliação do cuidado, de forma complementar. A entrevistada E1 ressalta que não se trata de uma substituição, mas sim de uma complementariedade, como o próprio nome dado ao programa nacional e estadual ressaltam. Portanto, percebe-se que reforçar a necessidade de complementariedade pode ser uma estratégia para que as PICS coexistam no sistema de saúde, tendo em vista as limitações apontadas para a aceitação dessas terapias. Percebe-se essa disputa na fala da entrevistada E5:

[...] são inúmeras as tecnologias disputando um campo de atuação com interesses particulares e coletivos. Uns visando lucro, com a ausência da saúde das populações. E outros elaborando projetos de experiências exitosas até. E um conhecimento, assim, crescente em busca de preservar a saúde (E5).

Então, assim, ó, a gente luta cotidianamente com os sistemas de saúde, tá? Um sistema hegemônico centrado na assistência farmacêutica, pra a gente não ver o ser humano como um todo, a gente vê ele compartimentalizado. É com cada doença específica e um protocolo de atuação e ao contrário a gente tá na área, na área práticas integrativas [...] Mas existem essas disputas. E esses lucros. Eu acho que nós queremos lucrar com a saúde e tem outros. por aí que querem lucrar com a doença. Embora a gente tenha uma tecnologia muito avançada, atualmente, de que é pra doenças, doenças agudas, essa tecnologia centrada na hegemonia farmacêutica ela é ela é ótima, mas nas doenças crônica já está provado que não é bem assim (E5).

A entrevistada E4 reafirma que “por isso a gente encontra tanta dificuldade de barreiras na implantação dela, ou lá, temos as Racionalidades Médicas e temos bastante ceticismo em algumas áreas e as PICS elas, elas vão contra isso” (E4).

Eu acho que hoje a gente ainda tá muito no paradigma biomédico, a gente ainda trabalha muito com essa questão de doença e cura e fragmentação do ser humano. E dentro do SUS, pra mim a resposta são as unidades básicas. Dentro do SUS pra mim ainda é a questão do fortalecimento da atenção primária, dos grupos, da, do vínculo com a comunidade (E4).

A entrevistada E1 levanta um ponto central neste debate, reforçado também por outros entrevistados. Ela afirma: “tem que mudar os modelos de pesquisas” (E2). O que também foi apontado pela entrevistada E4 e pela seguinte fala do entrevistado E2:

E as práticas integrativas parece que propõe uma outra relação como usuário de saúde [...] uma relação que tu precisa de mais tempo pra escutar, pra entender o processo de saúde e adoecimento [...] por vezes a gente parece que assim. Parece que há uma, uma relação de causa e efeito pela queixa biomédica (E2).

O entrevistado E2 ainda aponta que, através das outras Racionalidades Médicas vitalistas, é possível perceber diferentes nuances no processo de saúde e adoecimento. Para o entrevistado E2, o fato de utilizar o cuidado holístico em um documento oficial governamental mostra o movimento de vanguarda dentro do SUS.

Percebe-se nas falas dos entrevistados que a visão da PEPIC/RS vai ao encontro da percepção de saúde dos atores que trabalharam na sua formulação, posto que, segundo os entrevistados, a PEPIC/RS foi pautada nos princípios de universalidade (E3), integralidade (E3 e E4) e equidade:

[...] e as PICS vão além da integralidade da atenção, elas trazem a integralidade do indivíduo, elas têm essa visão holística da saúde. Elas não olham pro indivíduo doente como simplesmente aquele coração que tá adoecido, não, é um sujeito inteiro e está num contexto social determinado, que tá vivendo dificuldades das mais variadas.

Então, esse é o princípio base, é o princípio da integralidade, eu acho que é a base das PICS (E3).

Equidade, porque a população já tem acesso às PICS na rede particular, então colocar essas terapias no SUS é uma forma de garantir a equidade, de dar a mesma oportunidade a toda a população (E4).

Nesse sentido a entrevistada E3 sublinha que a proposta da PEPIC/RS “era estruturar pra fazer uma união de esforços para amparar melhor o trabalho desenvolvido nos SUS nos municípios do Rio Grande do Sul” (E3). Assim, a oferta em rede foi citada com um princípio operacional da PEPIC/RS como forma de evitar que a oferta das PICS fique centralizada em uma pessoa.

então a gente estava diagnosticando que existia que era muito dependente de um técnico, um trabalhador da saúde que tinha uma formação específica e oferecia lá no seu posto de saúde, na sua unidade e o que de fato se estruturasse em rede, que integrasse outros setores, como assistência farmacêutica, vigilância sanitária, educação permanente, que fosse transversal. E que fosse comunicado também, que fosse publicizado, que fosse pesquisado, que fosse o objeto de pesquisa e publicação, tanto quanto a gente encontra nas outras tecnologias mais biomédicas, digamos assim (E4).

O entrevistado E2 cita que a perda de autonomia sobre o corpo, dependendo do tratamento dentro do hospital, “é bom, porque daqui a pouco é o cuidado que se exige, nós não temos tempo pra disputar esse cuidado” (E2), mas na atenção básica, como a intenção é que as pessoas acessem aos cuidados antes de estarem adoecidas, “se trabalha com a na perspectiva do que se as pessoas tiverem mais controle sobre a sua vida, seus modos de existir e estar no mundo elas vão adoecer menos” (E2). Um modelo de promover o cuidado mais coerente com as condições de vida.

Pelo fato de a PEPIC/RS e as PICS serem contra a fragmentação do ser humano, elas se mostram contra hegemônicas (E4), de forma que pretendem superar dificuldades do modelo biomédico. Apesar de se reconhecer o modelo biomédico como possibilidade de diversos avanços, para além do que este modelo possibilita, as PICS “querem realmente promover saúde e não apenas promover por curas de doenças, elas tratam muito na prevenção de doenças na promoção da saúde e também em alguns casos. Cura e reabilitação de doença” (E3).

Dessa forma, percebe-se que a PEPIC/RS foi construída com base em princípios relacionados ao conceito de saúde defendido pelas pessoas que construíram essa política. A partir dessa visão de saúde, ligada às Racionalidades Médicas vitalistas, os entrevistados acreditam que a PEPIC/RS traz uma possibilidade de cuidado que melhora as condições de

saúde da população. Galgada na integralidade, equidade, universalidade, visão holística do ser humano, eficiência e resolubilidade, promoção e prevenção da saúde.

A partir das categorias levantadas pelos entrevistados, percebe-se que os modelos de pesquisa vigentes não conseguem captar variáveis que são impactadas pelas PICS. Assim, existe uma necessidade de se ampliar estudos de análise custo-efetividade de maneira a incorporar a efetividade sentida e percebida pelo usuário, fato já apontado por outros autores (SOUSA et al., 2017). Isso é de extrema importância, pois esse tipo de estudo é utilizado para justificar gastos e investimentos em saúde e, uma vez que não se consegue efetivar esses estudos das PICS, os investimentos não serão destinados a elas.

4.4 A IMPLANTAÇÃO DAS PICS EM SANT'ANA DO LIVRAMENTO

Essa seção foi elaborada para contextualizar a implementação dessas práticas na cidade de Sant'Ana do Livramento – RS. Ela está organizada em duas subseções; na primeira, o grupo de entrevistados é caracterizado e na seguinte é apresentado e discutido o caso da implantação das PICS no município de Sant'Ana do Livramento.

4.1.2 Perfil dos entrevistados em Sant'Ana do Livramento (RS)

Todos os entrevistados atuam na atenção primária do município de Sant'Ana do Livramento, sendo uma coordenadora da atenção primária, uma coordenadora de uma UBS, uma coordenadora do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), dois enfermeiros de ESF e uma membro da equipe do NASF. Os seis entrevistados possuem graduação na área da saúde, sendo quatro enfermeiros, uma assistente social e uma farmacêutica. Além da graduação citada, eles possuem diferentes pós-graduações, com destaque para a pós-graduação em saúde pública, citada por cinco dos entrevistados. Uma delas destacou que se trata de uma pós-graduação em saúde binacional e outros dois que se tratava de uma especialização em saúde da família. Além dessas, foram citadas especializações em saúde pública sanitária, saúde da família, políticas de fronteira e saúde mental. Quatro entrevistados fizeram um curso de capacitação em auriculoterapia.

Ressalta-se que também nessa fase do estudo os profissionais médicos não foram indicados como protagonistas na implementação das PICS. Embora citado que alguns médicos

fazem os encaminhamentos, estes são demandados pelos pacientes ou por outros profissionais de saúde da APS.

As experiências dos entrevistados são bastante diversas, variando de 3 a 4 anos e meio de experiência na área da saúde. Uma das entrevistadas relatou ter trabalhado por dez anos no Amazonas, ressaltando essa experiência como algo marcante em sua trajetória profissional, destacando seus inúmeros aprendizados.

Com isso, percebe-se que os entrevistados nessa etapa do estudo, além de apresentarem formações complementares à graduação, mostram-se interessados em se aprimorar profissionalmente, fato que também foi apontado em suas falas. Além disso, apesar de alguns exercerem hoje cargos temporários por indicação, todos são funcionários efetivos da prefeitura de Sant'Ana do Livramento. Assim, resalta-se a experiência dos entrevistados e o conhecimento dos processos relacionados à saúde desse município.

4.4.2 As PICS em Sant'Ana do Livramento

Ao serem questionados sobre quais as PICS são implementadas hoje em Sant'Ana do Livramento, as respostas dos entrevistados não foram unânimes. A entrevistada M1 mostra que vários profissionais da Secretaria de Saúde já trabalham com as práticas integrativas, apontando como PICS ativas no município: a arteterapia, a auriculoterapia, a acupuntura, a constelação familiar, a fitoterapia, o reiki, o tai chi chuan, a terapia comunitária integrativa e a yoga. No entanto, várias dessas PICS não foram citadas por nenhum outro entrevistado. Através de pesquisa nos sites oficiais da prefeitura, de observação e pesquisa no município, foi constatado que algumas dessas PICS, como a constelação familiar, a yoga, o reiki e a fitoterapia, estão presentes no município, mas não pela rede pública de saúde.

Embora haja divergência sobre outras PICS, os entrevistados foram unânimes em citar a existência da auriculoterapia, que todos reconhecem como uma das PICS implantadas em Sant'Ana do Livramento, além de alguns entrevistados citarem a cromoterapia, a aromaterapia e a acupuntura. Três membros da equipe do NASF fizeram a formação em PICS. Duas delas em auriculoterapia e aromaterapia e uma em auriculoterapia e cromoterapia. Porém, resalta-se que a auriculoterapia é a única das PICS de fato implementada (M2).

O entrevistado M6 explica que, antes mesmo do município ter a Estratégia Saúde da Família, em 2008, uma educadora física começou uma atividade física com um grupo de idosos. Ele considera esta a primeira aproximação com as PICS e resalta que teve uma grande adesão

da população, sendo uma população que estava desatendida. O mesmo entrevistado diz que “mesmo sem saber que a gente estava PICS fazendo naquele momento, era isso que estava acontecendo” (M6), ressaltando que se tratavam de ações pontuais. Depois disso, em 2018, aconteceu a especialização em auriculoterapia, alguns enfermeiros fizeram a especialização e iniciaram a aplicação das PICS.

Segundo a entrevistada M1, a implementação das PICS iniciou-se através de uma das Estratégias de Saúde da Família do município, “a estratégia da Tabatinga aí depois ela se ampliou pro Armour, se ampliou pra outras estratégias, pra saúde do idoso, pra e outras atividades que a gente foi complementando” (M1). Já a entrevistada M2 aponta que “uma colega dentista que veio de São Paulo há bastante tempo já, ela começou bem antes de nós já, trabalhando com auriculoterapia”. Essa dentista não nos concedeu entrevista, mas essa iniciativa foi citada por outros entrevistados (M3 e M6).

Pela fala das entrevistadas M2 e M4, nota-se que as PICS tiveram início no município, de maneira um pouco mais estruturada, em 2018, a partir de um curso de auriculoterapia realizado pela FIOCRUZ e pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), do qual alguns profissionais da saúde do município foram convidados a participar. O secretário de saúde fez o convite e o município custeou o transporte. Nesse curso, eles receberam todo material básico para iniciar a aplicação da auriculoterapia. A entrevistada M4 conta que, por impossibilidade de realiza-lo na mesma data dos demais colegas, fez o curso de auriculoterapia e aromaterapia posteriormente, arcando com os custos de forma particular. Essa entrevistada mostra que três profissionais do NASF e um enfermeiro fizeram essa formação, as profissionais do NASF atuam em diferentes ESFs e o enfermeiro aplica a auriculoterapia na unidade de estratégia de saúde que atua (M2).

Percebe-se que as profissionais que fizeram o curso começaram a aplicar a auriculoterapia por interesse pessoal, nos colegas de trabalho que gostariam de experimentar a prática. Isso ocorreu tanto as profissionais do NASF que atuam em diferentes ESFs quanto a entrevistada M2 que afirma que os atendimentos iniciaram “dentro da Secretaria de Saúde, nos meus colegas, primeiro, aí depois eu fui pra uma unidade de saúde, uma estratégia de saúde da família, fiz em todos, todos os funcionários que quiseram, eu fiquei” (M2). A partir do interesse dos colegas, se iniciaram os encaminhamentos, que hoje são feitos pelos médicos das 11 ESFs atendidas pelo NASF. Em um primeiro momento, era possível fazer a partir da demanda dos pacientes que solicitavam diretamente a elas, mas hoje se solicita um encaminhamento de algum

outro profissional de saúde, para evitar erros que já ocorreram na comunicação entre o paciente e o profissional de saúde que aplicava a auriculoterapia.

A entrevistada M2 ressalta que além dos encaminhamentos dos médicos, eles hoje trabalham bastante em parceria com a nutricionista que encaminha pacientes com problemas como ansiedade que causa sobrepeso. Ela também relata uma parceria com os CRAS, onde a equipe do NASF ia nos grupos de atendimento e recebia solicitação dos participantes para a auriculoterapia, então, elas faziam a anamnese e no próximo encontro aplicavam a prática. Ela ressalta que, dessa forma, não necessita da figura do médico para os encaminhamentos.

Segundo a entrevistada M4, que atua no NASF, hoje elas só realizam atendimentos de auriculoterapia nos pacientes da nutricionista e da psicóloga, e explica que “a maioria fica sabendo que a gente faz, vai lá, eu peço o encaminhamento, ela vai no médico só pra pedir o encaminhamento” (M4). Ela complementa, explicando como ocorriam ações relacionadas a auriculoterapia:

A gente tinha antigamente um grupo de saúde mental que a gente fazia [...] que na verdade era o de saúde mental de criança. Enquanto as psicólogas ficavam fazendo um trabalho de trabalho lúdico com as crianças, nós em outra sala ficávamos com as mães. [...] a gente conversava, daí ali já buscava [...] já enviava pra rede, já colocava lá na rede, então ali a gente ia resolver vários probleminhas e a gente fazia aurículo nessas mães também [...] eu também, esse trabalho era junto com CRAS, era o [programa] saúde na escola e do CRAS (M4).

A partir dessa fala da entrevistada M4, percebe-se o esforço das profissionais do NASF que possuem formação complementar em auriculoterapia de aplicar essa prática. Para isso, utilizam-se de dinâmicas de grupo para aproximar a população dessa prática e inseri-las no sistema de saúde. O relato ressalta que isso não é feito hoje em dia, em função da mudança na dinâmica do trabalho pela pandemia de Covid-19.

A entrevistada M3 aponta que “eles não têm o projeto aqui em Sant’Ana do livramento” (M3) e cita ações feitas por profissionais como ações isoladas, partindo de iniciativa própria. Percebe-se com isso que, apesar de serem realizadas PICS no município, os próprios profissionais de saúde não as reconhecem como parte de um programa mais amplo, visto que as ações são pontuais e propostas por colegas, e não, ações estruturadas a partir de uma política municipal. Uma entrevistada mostra, inclusive que apesar de conhecer alguns colegas que utilizam a auriculoterapia e a acupuntura, não sabe “se ela abre pra toda a população”.

A partir das falas dos entrevistados, nota-se que as ações relacionadas à implantação das PICS estão mais relacionadas ao esforço individual dos profissionais que aplicam essas práticas do que à institucionalização de processos da secretaria municipal de saúde.

Os entrevistados foram questionados sobre as principais dificuldades para implementar as PICS no município de Sant'Ana do Livramento, onde ressaltaram fatores que corroboram com as categorias definidas neste trabalho e com autores que estudaram previamente a implementação das PICS. Eles relatam que um dos fatores que dificultam a implementação das PICS é a falta de recursos, fator que também é abordado por Losso e Freitas (2017) e por Barbosa et al. (2020a).

Para compensar a falta de financiamento estruturado, muitas vezes o profissional precisa custear a PICS aplicada, como se percebe na fala da entrevistada M1:

Mas nós temos assim, ó, por exemplo, vários profissionais, eles compram os seus materiais pra uso. Como a gente, às vezes não consegue a compra desses materiais separados, então, a gente mesmo compra, compra sementes, compra as agulhas de acupuntura compra o material que vai usar [...] muitas vezes parte do próprio profissional, o material que ele vai utilizar (M1).

Fato que foi ressaltado inclusive que um dos fatores que possibilita a implantação da auriculoterapia (em comparação à aromaterapia e a cromoterapia) é o valor baixo dos materiais necessários para a sua aplicação, visto que com este valor os profissionais conseguem arcar (M2). A entrevistada M2 ainda resalta que a facilidade da auriculoterapia é que não precisa de preparação do ambiente (como no caso da aromaterapia e da cromoterapia). Isso facilita os atendimentos. Para os atendimentos domiciliares. Outra alternativa utilizada no município para angariar recursos para implantar as PICS de cromoterapia e aromaterapia é citada pela entrevistada M4:

Porque nós não temos os materiais ainda de cromo(terapia) e de aroma(terapia). As essências e as lâmpadas coloridas e todo, todo o material, mas eu acredito que em seguida vai dar pra gente colocar porque a gente tem um projeto que já foi aprovado sobre depressão na mulher no município vai abranger todo o município. E nesse projeto eu, a gente, nós colocamos a compra. Do da do material pra cromo e pra aroma. Então, já foi aprovado o projeto então, eu acredito que era pra esse ano, mas aí com a o problema da não deu pra gente fazer (M4).

A entrevistada M2 relata que eles compram o material da aromaterapia por ser barato “mas o problema é usar o aromaterapia que a gente não tem condições de fazer” (M2). Acrescenta ainda que solicitou a compra de algumas receitas de aromaterapia para preparar o ambiente para os atendimentos psicológicos, mas ainda não foi atendido. Pelos apontamentos da entrevistada M4, é possível deduzir que a força de vontade dos profissionais tenta compensar a falta de recursos, uma vez que eles buscam alternativas para implementar as PICS no município. Eles utilizam-se, por exemplo, de outro projeto para pedir recursos que possam

auxiliar na implantação das PICS. De forma que o apoio financeiro para as PICS não é formalizado, o que existe é a tentativa de comprar materiais que auxiliariam na implementação das PICS utilizando recursos de outros projetos. O exemplo citado por uma das entrevistadas é de que seriam elaborados vídeos explicando o que são as PICS para que sejam exibidos nas salas de espera das UBS, mas para isso é necessário a compra de pen drives, estes seriam adquiridos com recursos de um projeto da APS. Ou seja, o que é comprado não é utilizado somente nas PICS, mas seria uma inclusão de informações sobre essas práticas em outras ações que possuem financiamento. Este caso do exemplo, até a data da entrevista ainda não havia se realizado, mas as profissionais estavam construindo a proposta.

A distribuição dos recursos foi bastante citada pelos entrevistados, como forma de reforçar a necessidade de investimento na implantação das PICS, seja para treinamento de profissionais ou para a compra de materiais necessários. No entanto, “hoje em dia, o financiamento do SUS, às vezes, ele não acompanha as propostas que o que a teoria do programa em si, ele oferece pra população” (M1). Essa fala da entrevistada M1 demonstra a importância de repassar recursos para os fins que os gestores pretendem incentivar. Em outra fala da mesma entrevistada, foi destacada a possibilidade de o gestor municipal realocar os recursos de forma independente do governo federal e estadual:

Esse ano [...] de metade do ano passado pra esse ano deixou a desistir esses repasses por blocos de atenção. Então ele vem um grande um grande bloco de verbas vem pra um município e aí tem uma um planejamento do município pra essas ações. Então muitos programas que que vinham esperando, verbas que vinham específicas pro programa, ele deixa de existir. Ele vem anexado em outras coisas, então vai depender muito do gestor. [...] Eles entendem como se, não vem uma verba específica pra um programa, ele não tem a necessidade de existir. Então, nós aqui ainda mantemos o nosso NASF e depende muito dessa sensibilização do gestor agora em manter esse tipo de, de, de programas que eles vão auxiliar. Até porque o NASF é um dos grandes apoiadores e um e um dos da todas as integrantes do NASF fazem as práticas integrativas [...] esses programas que medem essa qualidade de assistência e que trazem um grande benefício pra população, mas é que esse benefício ele é a longo prazo. Não aquela coisa imediata. Então, é, isso nós que somos. Que somos funcionários de quadro é nosso dever garantir de que, de que a população continue tendo acesso a esses sistemas, desses programas de saúde (M1).

Nessa fala, a entrevistada M1 ressalta a importância de o gestor incentivar este repasse de recursos para alguns programas. Ainda, a entrevistada M2 mostra que quando chegam recursos destinados a um fim específico, muitas vezes nem há essa demanda no município e deu o exemplo do combate ao Covid-19, para o qual veio recurso para comprar uniformes, mas a necessidade, na visão dela, eram os testes. Por outro lado, a entrevistada M5 cita que quando

o recurso não vem destinado, sua aplicação depende da vontade política do gestor, e a decisão pode não ser a melhor ou mais adequada à necessidade daquela população.

Uma vez que a PNPIC não prevê recursos para o programa, fica a cargo dos municípios essa alocação (BRASIL, 2020a). O Ministério da Saúde recomenda ainda que para o financiamento das PICS, elas devem ser incluídas no Plano Municipal de Saúde e na Lei de Diretrizes Orçamentárias do município (BRASIL, 2018b). Ressalta-se que uma das contrapartidas de financiamento que os municípios recebem a partir da aplicação das PICS está relacionada ao PMAQ, no entanto o município de Santana do Livramento não está cadastrado neste programa. Isso pode ser devido ao fato de a ESF ser recente no município, como apontado nas entrevistas e percebe-se que afeta o modelo de saúde local. Nota-se que quando houve um recurso destinado ao treinamento dos profissionais, foi iniciada a oferta de PICS no município. Ou seja, percebe-se que a inclusão da PNPIC na agenda municipal poderia influenciar positivamente a oferta das PICS, uma vez que o município destinaria recursos a este fim. Além disso, existem outras formas de incentivo que podem ser realizadas pelos gestores municipais sem o repasse de recursos específico como a disponibilização de espaços para a aplicação das PICS e a priorização da aplicação das mesmas nas atividades dos profissionais capacitados.

Ressalta-se que muitas das PICS regulamentadas na PINIC não necessitam de materiais específicos para a sua implementação como: biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, osteopatia, Terapia Comunitária Integrativa (TCI), reiki, bioenergética, yoga (materiais de educação física), constelação familiar, hipnoterapia e imposição de mãos. No entanto, essas PICS necessitam de profissionais capacitados para a sua utilização. Isso reforça a necessidade de capacitação e treinamento dos profissionais de saúde em relação às PICS, como forma de incrementar a implementação dessas práticas.

Outro fator recorrente citado pelos entrevistados, como um dos dificultadores da implantação das PICS no município é relativo à falta de estrutura e de recursos humanos. Fator este que está relacionado à falta de recursos, uma vez que ela impossibilita a contratação de mais profissionais. Essa falta de recursos humanos, tanto relacionados à quantidade de profissionais contratados para atuar na saúde quanto de profissionais capacitados e interessados em atuar com as PICS, como fator limitante para a implementação dessas práticas foi levantada anteriormente por diversos autores (GATTI et al., 2015; LOSSO E FREITAS, 2017; BARBOSA et al., 2020a).

A entrevistada M1, mostra que por se trabalhar com uma equipe mínima dentro das unidades, o dia a dia é bastante corrido: “a gente deixa passar corrido algumas coisas que a

gente poderia implementar” (M1). A entrevistada M4 apontou o tempo para o atendimento como um fator negativo na implantação e, conforme, a entrevistada M3:

Tá, aqui, na minha realidade, foi isso que eu te falei, eu não tenho é tempo, porque como eu sou, enfermeira, eu sou coordenadora [...] então, não tem não tem o tempo, assim, é necessário pra atender, fazer a triagem, ainda mais agora que começou a pandemia fazer a triagem dos pacientes pra não ter tanto paciente dentro do posto pra passar pros médicos [...] então eu atendia os funcionários, porque esse ficava restrito, assim, eu não tinha como, se eu fosse só pra isso, seria diferente entende. A Sala eu queria decorar, sim, organizar direitinho, até pra fazer o reiki mas não, não tem como fazer os dois (M3).

A entrevistada M3 relata ainda, a dificuldade no incentivo da sua formação por parte do município:

Então, é porque auriculoterapia pra eu fazer o curso lá em Porto Alegre, foi um parto, porque não queriam me liberar daqui do posto, eu fiz pelo SUS e eu ia aplicar no posto, eu estava cursando pra usar no posto, inclusive, eu pretendia, pretendo usar porque tem clientes que querem, só que eu não tenho como atender a coordenação do posto e os pacientes que tem que conversar com o paciente, tem que fazer uma entrevista direitinho, não é só colocando, né? A aurículo (terapia). E o reiki também é maravilhoso, mas tu tem que ter um, ... um tempo praquilo não é, não pode ser na correria, tu tem que conversar, fazer entrevista. E eu vejo assim que não tem muito, lá quando eu fui fazer o curso em Porto Alegre, era só um dia da prática, porque os outros já tinha feito tudo online e foi bem difícil de ir. E o reiki foram eu fiz paguei tudo do meu bolso. E até inclusive os outros municípios todos na época eles levaram os funcionários pra fazer o curso lá. Eles levaram e aqui foi um parto. Pra poder me libertar dali (M3).

A falta de incentivo por parte do município também é notada no que concerne à capacitação dos profissionais, como observado pelo entrevistado M6, que ressalta a necessidade de capacitar mais profissionais de saúde para que estes, após treinados, possam compartilhar a responsabilidade de implementar as PICS. Segundo ele, com a demanda de trabalho, a auriculoterapia fica deixada de lado, mesmo que ela resolva muitos problemas dos pacientes.

Losso e Freitas (2017) mostram que a falta de incentivo formalizado pode ser associada ao abordado por como fatores relacionados à gestão, uma vez que se nota que nas falas dos entrevistados os relatos recaem sobre a falta de formalização da implementação das PICS. A entrevistada M2 destaca em sua fala que não houve um apoio comunicado pelo secretário de saúde, segundo ela “por enquanto não saiu nada disso ainda, a gente é que tá fazendo” (M2). A percepção da entrevistada M3 é semelhante: “Mas eu vejo que aqui em Sant’Ana, eles não têm muito essa visão assim, de pôr um projeto de PICS pra funcionar” (M3).

Os resultados revelam, por um lado, a formação insuficiente e difusa, com limitação na oferta e na qualidade, por outro, a necessidade de ampliação de estratégias educacionais que melhorem a formação dos profissionais de saúde para a oferta das diferentes Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. (SILVA et al. 2021).

A entrevistada M4 aponta que apesar de o curso de auriculoterapia ter sido oferecido pelo estado, o incentivo veio do município, visto que os carros e as diárias foram disponibilizados por este. Ela ressalta que percebe a figura do estado somente no grupo de *WhatsApp*, onde são enviadas legislações e notícias referentes à PICS: “o estado, ele tem ali, mas eu não vejo só o apoio moral, assim, legal que vocês fazem. Essas coisas assim” (M4). Nota-se possibilidade de melhoria na comunicação dos gestores e profissionais, e de integração entre as esferas municipal e estadual de saúde, uma vez que nenhum dos entrevistados citou as Notas Técnicas e todos os materiais disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde relacionados à implementação das PICS.

Percebe-se que a formação dos profissionais aconteceu pontualmente e não foram contratados mais profissionais, o que traz uma sobrecarga de trabalho àqueles que utilizam/aplicam as PICS. Ressalta-se, dessa forma, a importância do treinamento e formação dos profissionais de saúde, mas também da contratação de mão de obra especializada para que eles consigam atender à população na demanda de PICS.

Nota-se ainda que o município não possui uma legislação própria para as PICS e nenhum programa municipal estruturado, o que para Barbosa et al. (2020a), demonstra uma falta de apropriação das PICS pelos gestores, e um protagonismo dos profissionais de saúde. Isso pode fazer com que as PICS sejam difundidas apenas pontualmente, nas ESFs de atuação desses profissionais envolvidos com as PICS.

Para além do incentivo às PICS, algumas falas, e as pesquisas documentais indicam que a ESF é recente em Sant’Ana do Livramento, tendo sido iniciada em 2014. Isso pode revelar que o modelo de saúde praticado no município pode influenciar a visão dos profissionais e dos usuários sobre isso. A fala da entrevistada M1 demonstra isso:

[...] a estratégia de saúde da família no município, ela é nova ainda, ela tem seis anos, ela iniciou em final de dois mil e treze.

Então, nós tínhamos aquele histórico do dos pacientes que buscavam as unidades de saúde somente quando já estavam doentes, eles não buscavam a sua prevenção. Então, essa é uma caminhada que a gente vem, trabalhando arduamente, de que as pessoas procurem as de saúde, pra fazer outras atividades, a não ser procurar já o tratamento pra doença instalada. Que ela faça sua prevenção, que trabalhe também a sua saúde mental dentro duma estratégia com essas práticas integrativas, com atividades que a gente oferece, como grupos [...]de conversa, grupos

de, de, de apoio [...], mas assim, agora nós temos uma procura muito grande nas unidades de saúde, até porque a população já viu os benefícios que esse tipo de terapia proporciona (M1) [grifo da autora]

Também, na fala da entrevistada M5, verifica-se a necessidade de legitimação por parte da profissional médica que atua na ESF:

Então, assim, ó, os comentários são extremamente positivos são extremamente positivos, pessoas que dizem como eu me senti melhor depois de ter colocado ou gente que vem aqui com o aurículo ainda dizendo que já teve resultados em outro momento, uma outra médica de da saúde da família que nós tínhamos, a gente ainda chegou a encaminhar pessoas pra ir até a outra estratégia com o colega pra realizar. Hoje, hoje ainda a gente não teve essa oportunidade, mas com certeza, assim que essa médica da família que eu tenho hoje, se apoderar desse conhecimento, provavelmente pra fazer esse serviço de encaminhamento ou esperar a conclusão aqui do curso. Então, pra gente conseguir tá fazendo aqui mesmo” (M5).

Apesar de questões relacionadas ao modelo de saúde, a única menção à resistência dos usuários foi feita pelo entrevistado M6, referindo-se à aspectos religiosos. Mas, segundo o mesmo entrevistado, após explicar como funciona a auriculoterapia, essa resistência era vencida. M1 cita boa receptividade da população às PICS e a entrevistada M2 reforça: “Mesmo que algumas pessoas apresentassem resistência no início, elas mostram uma boa aceitação das práticas” (M2). E ainda, a entrevistada M5 afirma que acredita que a procura é mais expressiva do que a recusa às PICS.

Apesar das dificuldades apontadas pelos entrevistados para implantar as PICS em Sant’Ana do Livramento, foram apontados facilitadores para este processo. Um destes fatores citados pelos entrevistados sobre a implantação das PICS é o fato de que “elas democratizam a estratégia, porque a pessoa procurar o dentista, vem procurar o enfermeiro, vem procurar educadora física, [...] que todos esses profissionais podem, podem ajudá-la nesse processo da saúde da pessoa aí?” (M6). O que o entrevistado M6 aponta ressalta que as PICS constituem uma ampliação dos tratamentos, possibilitando que diferentes profissionais de saúde atuem diretamente com os usuários. Isso reforça o objetivo das Racionalidades Médicas Vitalistas de reestabelecer a saúde (LUZ, 1993), que está alinhado às PICS.

A entrevistada M2 relata a boa aceitação dos profissionais de saúde, como médicos e nutricionistas de fazerem os encaminhamentos para o atendimento das PICS. “Então, assim, todos os pacientes que ela atende, ela acha que super legal como a gente trabalha juntos, de tarde, ela já agenda ali os pacientes dela, e dos médicos também. (M2). O que é corroborado pela entrevistada M3:

Muitos médicos, eles têm, assim, um certo preconceito em relação a isso, é o, ao meu ver [...] que não funciona, mas funciona e eu vejo assim, com os guris funcionários, eu pergunto, melhorou? Sim, diminuiu a ansiedade, não estou tão depressiva, mas essa parte emocional que eu usei pra dores lombar, coluna, que eles passavam se queixando, uma tinha uma dor no joelho. Então, assim, ó, isso funcionou muito bem com os guris (M3).

Fato que também é ressaltado pela entrevistada M4, que reforça que os profissionais de saúde tanto fazem uso das PICS oferecidas quanto indicam aos pacientes. Assim, o apoio dos médicos e enfermeiros surge como um ponto positivo que auxilia na implantação (GATTI et al., 2015). Esse apoio dos médicos citado por diferentes entrevistados reforça a necessidade de legitimação que os outros profissionais da saúde têm em relação à figura do médico. Nota-se ainda que as PICS oferecidas em Sant'Ana do Livramento são PICS que demandam uma formação específica por parte dos profissionais de saúde, o que já traz consigo uma maior chance de legitimação pela sua “tradutibilidade terapêutica” (LUZ, 2005).

Percebe-se na fala dos entrevistados que todos abordam a aceitação dos médicos presentes nas ESF como um fator positivo para a implementação das PICS. Isso decorre tanto da dominação racional legal, onde a partir de uma maior especialização e de uma formação mais longa do médico, ele adquire maior legitimidade dentro da equipe, quanto da dominação tradicional, onde os costumes arraigados e aceitos na sociedade trazem maior legitimidade por parte do médico. O que corrobora com Gomes e Magalhães (2008) quando afirmam que a ciência produz concepções de mundo e regula ações individuais através da legitimidade de produz. Ademais, apesar de os médicos demonstrarem aceitação às PICS ofertadas pelos outros profissionais de saúde, nota-se que as iniciativas sobre essas práticas não partem deles. Isso demonstra como uma alteração da formação dos médicos poderia afetar positivamente a implementação dessas práticas.

Neste cenário de crescimento do interesse da população por terapias não convencionais, o médico deve ter um conhecimento mínimo dessas terapias a fim de orientar os pacientes que tenham essa demanda. Esse conhecimento é necessário para integrar as práticas não convencionais às práticas que ele costumeiramente utiliza (TEIXEIRA, 2017).

A própria integração das práticas, ou complementariedade delas, exige um conhecimento do médico, uma vez que ele é a figura central, ou com maior legitimidade, para discutir com o paciente as possibilidades de tratamento. Gontijo e Nunes (2017) mostram que os médicos que possuem conhecimento sobre as PICS e sobre a PNPIC o adquiriram através de leituras e experiências em família e não foram obtidos durante a graduação (GONTIJO E

NUNES, 2017). O fato de a categoria médica não estar capacitada sobre algumas dessas terapias, segundo Teixeira (2017, p.20), cria “um hiato na terapêutica e/ou na relação médico-paciente”. Algumas das PICS como a homeopatia e a acupuntura, são especialidades médicas, no entanto, elas constituem uma formação de especialização, de forma que nem todos os médicos se aprofundam no conhecimento sobre essas práticas.

O interesse dos profissionais de saúde em implementar as PICS é destacado por vários dos entrevistados, como M2, que relata que fez o curso de forma particular porque havia perdido o curso oferecido pelo convênio da Fiocruz com a UFSC. A mesma entrevistada relata ainda que comprou os materiais necessários para os atendimentos de auriculoterapia, porque queria se “instrumentalizar melhor”, e que ainda está sempre lendo, se informando e procurando novas informações sobre o tema.

Segundo a entrevistada M5, a vontade em realizar o curso e implementar as PICS parte dos profissionais, mas ressalta que a coordenadora da AB “faz toda a orientação é no grupo de, dos profissionais, olha gente, tá abrindo vaga em tal, em tal lugar [...] nunca obrigatoriedade, mas um aviso que, olha, tem” (M5).

Percebe-se ainda, que no município de Sant’Ana do Livramento, as PICS são implementadas na ESF, através da equipe do NASF. Essa implementação a partir da ESF corrobora com Cruz e Sampaio (2016) ao afirmarem que nessa estratégia se percebe uma tentativa de modificação de modelo de cuidado, tendo como foco os indivíduos. O que mostra que as PICS têm grande aderência a um modelo de saúde mais abrangente.

Neste caso, é possível notar diversos fatores que influenciaram a implantação da PNPIC, positiva e negativamente. Entre os fatores que influenciam negativamente a oferta de PICS, foi citado o modelo de saúde predominante neste município. Como a Estratégia de Saúde da Família foi implantada recentemente no município, em 2014, parte da população conserva o traço cultural relacionado a um cuidado curativo, de só buscar atendimento depois de estarem doentes. Isso foi citado por um entrevistado e vai ao encontro de Pinhal e Borges (2019), que ressaltam tensões cotidianas entre as PICS e a concepção biomédica. Elas citam, por exemplo, a própria estrutura das UBS e a cobrança por resultados de curto prazo por parte da população. Essa barreira é ultrapassada quando a população percebe os benefícios das PICS, através da explicação por parte de profissionais de saúde, isso também foi citado por outros entrevistados, confirmando que hoje existe procura por essas práticas e a aceitação da população.

Levanta-se ainda a hipótese de que em Sant’Ana do Livramento a não implementação das PICS não seja considerada um problema público, uma vez que perceber o problema é notar

a diferença entre o que ocorre e o que poderia ocorrer (SECCHI, 2012). Dessa forma, a partir das entrevistas com os profissionais, foi identificado que para eles a não implantação das PICS constitui um problema, no entanto, para os gestores municipais, isso pode não ser considerado um problema público, uma vez que não existem ações para tentar solucioná-lo. Ademais, de acordo com Saraiva (2006, p.33), “a inclusão na agenda induz e justifica uma intervenção pública legítima sob a forma de decisão das autoridades públicas”.

Assim, nota-se que o município de Sant’Ana do Livramento não apresenta uma grande capacidade estatal para a implantação das PICS. Isso ocorre tanto em relação à capacidade técnico-administrativa, que relaciona os recursos disponíveis, quanto à político-legal, que articula os atores relacionados. Esta última ganha força porque os profissionais que se capacitaram nas PICS têm um grande interesse em utilizar essas práticas, então, eles tomam pra si a responsabilidade de se organizar e contam com o apoio da coordenação da atenção básica. No entanto, esse apoio e essa implantação não é parte da apolítica de saúde do município, não existe verba direcionada, treinamento ou contratação de profissional, tampouco estrutura diferenciada para as PICS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tese do estudo e seu objetivo geral, de que as Racionalidades Médicas e as capacidades estatais demarcam a possibilidade de implantação de ações e programas relacionados à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na região no município de Sant'Ana do Livramento, não foram refutados.

Ficou demonstrado que o processo de construção e implementação da PNPIC e da PNPMF foram marcados por um histórico de ações no âmbito da saúde pública que buscaram a legitimação das PICS no SUS. Essas ações, embora pontuais, culminaram na aprovação dessas políticas nacionais, que possibilitam que as PICS fossem executadas por profissionais de saúde e gestores interessados nessas práticas.

Após a publicação da PNPIC em 2006, houve um crescimento da capacidade estatal relacionada à implantação das PICS, como o aumento de estabelecimentos que ofertam essas práticas, do número de atendimentos efetuados e até mesmo de estudos relacionados às mesmas. Elementos que apontam para um cenário positivo em relação à aceitação (por parte da população e dos profissionais) dessas práticas e uma ampliação das formas de cuidado do sistema de saúde.

A PNPIC normatizou as PICS no âmbito do SUS e gerou a possibilidade de utilização das mesmas. No entanto, isso não foi suficiente para que essas práticas sejam legitimadas e que houvesse a sua efetiva implantação no sistema de saúde. Alguns fatores relacionados às capacidades estatais e à predominância da Racionalidade Médica ocidental terminaram por delimitar o potencial de implantação da PNPIC nos estados, entre os quais: a ausência de uma política estadual sobre as PICS; a falta de profissionais e recursos repassados ao município exclusivamente para trabalhar com as PICS; e a própria formação profissional de saúde, que influencia no conhecimento e no interesse desses profissionais. Apesar das dificuldades apontadas, o fato de constarem essas práticas no âmbito do SUS e de elas poderem ser aplicadas por profissionais que se interessem em fazer isso, já constitui um avanço no sentido de agregar as PICS ao sistema de saúde.

A descrição da percepção dos atores que construíram e que implementam a PEPIC/RS quanto às Racionalidades Médicas deixa claro que todos os entrevistados possuem entendimentos de saúde alinhados às Racionalidades Médicas vitalistas. Esse fato pode ter contribuído para que eles reconhecessem a importância das PICS para o sistema público de saúde.

Apesar da contratação de profissionais e do repasse de recursos não seguir a lógica das Racionalidades Médicas vitalistas, o interesse pessoal de alguns profissionais da saúde contribui para que as mesmas sejam inseridas no elenco de ações do SUS, a partir de grupos de interesse que geram uma discussão política viabilizadora do fato.

Ao contextualizar a implementação dessas práticas na cidade de Sant'Ana do Livramento – RS, nota-se o impacto de uma formação oferecida aos profissionais da saúde sobre a implantação das PICS. A partir de um curso, os profissionais tiveram interesse e trabalharam em meios de conseguir implementar essas práticas. Porém, a falta de profissionais, de financiamento e de estrutura constitui uma barreira à ampliação do atendimento.

Os entrevistados demonstraram um grande interesse em utilizar as PICS nos atendimentos, como forma de oferecer um tratamento integral, continuado e efetivo à população, mesmo que essa política não seja concretizada no município.

Ainda que a população e os profissionais tenham uma aceitação das práticas, o fato de serem vistas como complementares ao tratamento de saúde passa uma ideia de que elas não sejam permanentemente oferecidas aos usuários. E, de fato, o sistema de saúde reforça essa percepção, já que elas não constam nos indicadores de saúde e no repasse de recursos.

A conclusão que se chega é que somente criar a política não é suficiente para a implementação da mesma, é necessário uma articulação e organização que só é possível no âmbito da gestão. Espera-se que o município busque meios de implementar a PNPIC e a PEPIC-RS mesmo sem o repasse financeiro, visto que ele conta com profissionais interessados e, assim, há possibilidade de utilização dessas práticas. Algumas práticas não demandam muitos recursos ou uma formação específica, mas é necessário que se planeje a contratação de profissionais, uma estrutura mínima e a articulação das ações. Existem alternativas para essa implantação em manuais do Ministério da Saúde e nas Notas Técnicas elaboradas pela PEPIC/RS. No entanto, para que elas sejam efetivadas no município, é necessário elaborar uma política municipal, deixando mais evidentes as formas de ação. Enquanto o engajamento para a implementação estiver no âmbito dos profissionais e não da gestão, as PICS não serão implementadas de fato.

A partir desse estudo, sugere-se outras pesquisas relacionadas a implantação da PNPIC em outros municípios sejam realizadas, com a finalidade de uma análise comparativa, o que não foi possível realizar no presente trabalho. Ressalta-se ainda, a necessidade de elaboração de um modelo de análise de políticas públicas de saúde que abarque em seu escopo as PICS, incluindo as Racionalidades Médicas vitalistas, como forma de possibilitar entender as políticas

de saúde de uma forma mais ampla, que não seja adequado somente às práticas relacionadas à Racionalidade Médica ocidental.

Por fim, espera-se que os gestores de políticas públicas, profissionais de saúde e usuários desse sistema, percebam as possibilidades das PICS como algo voltado à melhoria da qualidade de vida e da saúde da população.

REFERÊNCIAS

- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Rol de Procedimentos e Eventos Em Saúde 2021**, Anexo 1. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir-1/o-que-e-o-rol-de-procedimentos-e-evento-em-saude>. Acesso em: 20 de abril de 2021.
- ALMEIDA, V. Nove Estados e o DF já contam com políticas em PICS. **Observa PICS**. 11 de abril de 2019. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/sete-estados-e-o-df-ja-contam-com-politicas-em-pics/>. Acesso em 20 de dezembro de 2020.
- BARBOSA, F. E. S. et al. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. e00208818, 2020a.
- BARBOSA, F. E. S. et al. Abrangência territorial de pesquisas com interface em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Cadernos de Saúde Pública; v. 36 n. 6, e00123420, 2020b.
- BARROS, N. F. DE; NUNES, E. D. Complementary and Alternative Medicine in Brazil: one concept, different meanings. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2023–2028, out., 2006.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988a.
- BRASIL, Ministério da saúde. Resolução Ciplan nº 5, de 3 de março de 1988. Implanta a prática da Acupuntura nos Serviços Públicos Médico-Assistenciais para garantir o acesso da população a este tipo de assistência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Poder Executivo, 11 mar. 1988b. Seção 1, p. 3997-3998.
- BRASIL, Ministério da saúde. Resolução Ciplan nº 8, de 8 de março de 1988. Implanta a prática da fitoterapia nos serviços de saúde. **Diário Oficial União**, Seção 1. Brasília, DF, 9 mar 1988c,
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. 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, set. 1990
- BRASIL. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica, 2006a.
- BRASIL. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria** nº971, de 03 de maio de 2006. Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria** nº 1.600, de 17 de julho de 2006. Brasília, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica, 2006e.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº5813 de junho de 2006. Brasília, 2006f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial** nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política e Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria** nº849, de 27 de março de 2017. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria** nº 702, de 21 de março de 2018. Brasília, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Saúde da Família. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde**. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pics/ondetempics>>. Acesso em: 22 ago. 2020b.

BÜRING, M.A. (Re) Definição de Fronteira(s) e Cidades Gêmeas: Brasil e Uruguai. **Revista Brasileira de Direito Internacional**, Minas Gerais; v. 1, n. 2, p. 230-260. Jul/Dez 2015.

CASTRO, M. R.; FIRME, R. P.; RAUPP, L. Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos: valorização cultural e enfrentamento das desigualdades. **GEO-PUC**, [s. l.], v. 10, n. 19, p. 16, 2017.

CHAGAS, K.E., MELO, C.V., ROCHA, I.R., ALMEIDA-LEITE, C.M., PAULA, J.S. Conhecimento e uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde por pacientes com dor orofacial. **BrJP** [online]. v. 4, n.1, p.15-19. Epub 26-Fev-2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210004>>. Acesso em 20 de janeiro de 2021

COMÉRCIO, J. DO. **Uruguai eleva controle entre Livramento e Rivera após novos casos de Covid-19**. Disponível em: <https://www.jornaldocomercio.com/_conteudo/especiais/coronavirus/2020/10/762819-uruguai-eleva-controle-entre-livramento-e-rivera-apos-casos-de-covid-19.html>. Acesso em: 18 jan. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Processo consulta CFM nº1818/93 PC/CFM/nº 21/1993**. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/1993/21>>. Acesso em: 18 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Para CFM, práticas integrativas incorporadas ao SUS não têm fundamento científico**. 13/03/2018. Disponível em: <<https://www.crmpr.org.br/Para-CFM-praticas-integrativas-incorporadas-ao-SUS-nao-tem-fundamento-cientifico-11-48866.shtml>>. Acesso em: 28 fev. 2021.

CONTANDRIPOULOS, A.-P. et al. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Organizado por Zulmira Maria Araújo Hartz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CRUZ, P. L. B.; SAMPAIO, S. F. As práticas terapêuticas não convencionais nos serviços de saúde: revisão integrativa. **Revista de APS**, [s. l.], p. 12, 2016.

CZERMAINSKI, S. B. C.; BILHALBA, G.; DRESCH, R. R. A política estadual de práticas integrativas e complementares do Rio Grande do Sul: relatando a experiência de sua formulação e implementação. **Anais CONGREPICS**, p. 7, 2017.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2021.

DEEDADOS. **DEE DADOS**. Disponível em: <<http://feedados.fee.tche.br/feedados/#!pesquisa=5>>. Acesso em: 28 jan. 2021.

FERNANDES, K. S., RIBEIRO, P. M., NASCIMENTO, M. C., TERRA, F. S. Uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde pelos profissionais em gestantes com dores lombares: revisão integrativa. **BrJP** [online]. Epub Mar 10, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210014>> Acesso em: 28 fev. 2021.

FIGUEREDO, C. A. DE; GURGEL, I. G. D.; GURGEL JUNIOR, G. D. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 381–400, 2014.

FLYVBJERG, B. Case Study. In: **The Sage Handbook os Qualitative Research**. Org. Norman K. Denzin, Yvonna S. Lincoln. London: Sage, 2005. p. 301–316.

GATTI, M. F. Z. et al. Perfil da Utilização das Terapias Alternativas/Complementares de saúde de indivíduos oriundos do Sistema Complementar de Saúde. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares**, v. 4, n. 6, 2015.

GOOGLE EARTH. **Google-Mapa**. Disponível em: <https://www.google.com.br/intl/pt-BR/earth/>. Acesso em 02 de fevereiro de 2021.

GOMES, J. V. L.; MAGALHÃES, R. F. Max Weber e a Racionalidade: Religião, Política e Ciência. **Teoria e Cultura**, v. 3, n. 1 e 2, 2008.

GOMIDE, A. DE Á.; PIRES, R. R. C. Capacidades estatais e democracia: A abordagem dos arranjos institucionais para análise de políticas públicas. In: GOMIDE, Alexandre de Ávila; PIRES, Roberto Rocha C. (Eds.). **Capacidades estatais e democracia: arranjos institucionais de políticas públicas**. Brasília: IPEA, 2014.

GOMIDE, A. DE Á. Capacidades estatais para políticas públicas em países emergentes: (des)vantagens comparativas do Brasil. In: GOMIDE, Alexandre de Ávila; BOSCHI, Renato Raul Boschi (Org.). **Capacidades estatais em países emergentes: o Brasil em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

GOMIDE, A. DE Á.; PEREIRA, A. K. Capacidades estatais para políticas de infraestrutura no Brasil contemporâneo. **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 5, p. 935–955, out. 2018.

GOMIDE, A. DE Á.; PEREIRA, A. K.; MACHADO, R. Apresentação - O conceito de capacidade estatal e a pesquisa científica. **Sociedade e Cultura**, v. 20, n. 1, 27 dez. 2017.

GONTIJO, M. B. A.; NUNES, M. DE F. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 301–320, 5 jan. 2017.

GOULART, S.; MISOCZKY, M. C.; FLORES, R. K. Contradições e dinâmicas sociais e econômicas na Fronteira da Paz. **Desenvolvimento em Questão**, v. 15, n. 38, p. 7, 24 março. 2017.

Guimarães, M.B, NUNES, J. A., VELLOSO, M., BEZERRA, A., e SOUSA, I. M. 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.

HABIMORAD, P. H. L. et al. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Ciência e saúde coletiva** [online]. v.25, n.2, p.395-405, 2020.

HARTZ, Z.M.A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: HARTZ, Z.M.A (Org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

IBGE. **Censo Demográfico de 2010**. [S. l.: s. n.], 2010. *E-book*.

IBGE. **Anuário estatístico do Brasil - volume 79 - 2019**. [s.l: s.n.]. v. 79.

IBGE. **IBGE Cidades**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santana-do-livramento/panorama>>. Acesso em 28 de janeiro de 2021.

IGNATTI, C., NAKAMURA, E. Monitoring the implementation of a Municipal Policy on Complementary and Integrative Practices: the main challenges. **Physis**, Vol.31, N. 1, Rio de Janeiro, Epub Apr 12, 2021.

KUHN, T. S. **A estrutura das Revoluções Científicas**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.

LAPLANTINE, F.; RABEYRON, P.-L. **Medicinas Paralelas**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989.

LASSWELL, H. **Política: Quem ganha o que, quando como?** Brasília: Universidade de Brasília, 1936.

LASSWELL, Harold D. **The Decision Process. Seven Categories of Functional Analysis**, College Park, MD, University of Maryland Press, 1956.

LEMOS, B. D. O. **A região transfronteiriça Sant’Ana do Livramento-Rivera: 2010**. Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [s. l.], 2010.

LINDBLOM, C. E. The science of “muddling through”. **Public Administration Review**. v. 19, n. 2, p. 79–88, 1959.

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

LUZ, M. T. **Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade científica Moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, M. T. **Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas**. Rio de Janeiro: UERJ/MS, 1993.

LUZ, M. T. Medicina e Racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: **Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, p. 32, 2005.

LUZ, M.T.; WENCESLAU, L.D. A Medicina antroposófica como racionalidade médica. In: Madel T. Luz (coordenadora) e Vivianne Weil Afonso (organizadora). **A medicina Antroposófica como racionalidade médica e prática integral de cuidado à saúde: estudo teórico-analítico e empírico**. Editora UFJF: Juiz de Fora, 2014.

MATTOS, G. et al. Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3735–3744, nov. 2018.

MENDES, E. V. **A evolução da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas**. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1984.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, C. N. DE S. **Cresce 46% procura por Práticas Integrativas Complementares no SUS**, 18 mar. 2019. Disponível em: <<http://www.susconecta.org.br/cresce-46-procura-por-praticas-integrativas-complementares-no-sus/>>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, S. DE A. P. À S. **Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde**. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>>. Acesso em: 12 de setembro 2020.

MISOCZKY, M. C. **O Campo da Atenção à Saúde após a Constituição de 1988: Uma narrativa de sua produção social**. Tese de doutorado—Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

MORAES, M. R. C. Medicinas alternativas e complementares: controvérsia científica e legitimação social. **Revista do Núcleo de Estudos de Religião e Sociedade (NURES)**, v. 0, n. 33, 2016.

MORALES, N. M.; MIN, L. S.; TEIXEIRA, J. E. M. Atitude de Estudantes de Medicina frente a Terapias Alternativas e Complementares. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 240–245, 2015.

MOTTA, F. C. P. **Teoria das Organizações: Evolução e Crítica**. 2ª edição ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

MÜLLER, T. L. **Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde do Município de Porto Alegre, RS: Desafios atuais**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul programa de pós-graduação em saúde coletiva mestrado acadêmico em saúde coletiva—Porto Alegre: Universidade federal do Rio Grande do Sul, 2016.

NASCIMENTO, M. C. DO et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3595–3604, dez. 2013.

NASCIMENTO, M. C. DO; NOGUEIRA, M. I. Concepções de natureza, paradigmas em saúde e racionalidades médicas. **Fórum Sociológico**, n. 24, p. 79–87, 1 nov. 2014.

NASCIMENTO, M. C. DO; NOGUEIRA, M. I.; LUZ, M. T. Produção científica em Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares**, v. 1, n. 1, p. 13–21, 2012.

OLIVIERI, C.; MARTINELLI, B. I Colóquio de Estudos em Gestão de Políticas Públicas. **I Colóquio de Estudos em Gestão de Políticas Públicas**, [s. l.], p. 148, 2016.

OLIVO, V. F. Pensando a saúde na perspectiva da sustentabilidade. In: MISOCZKY M.C., BECH J. (org.). **Estratégias de Organização da Atenção à Saúde**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2002.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Genebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. Genebra: Organización Mundial de la Salud, 2013.

PINHAL, V. A.; BORGES, J. F. O desafio municipal de inserção da medicina integrativa na saúde pública: um olhar para as práticas de strategizing e organizing. **REAd. Revista Eletrônica de Administração**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 148–178, abr. 2019.

PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. DE Á. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 58, p. 121–143, jun. 2016.

PRNEWSWIRE. **The global complementary and alternative medicine market size is expected to reach a value of USD 196.9 billion by 2025**. March, 25, 2019. Disponível em: <<https://www.prnewswire.com/news-releases/the-global-complementary-and-alternative-medicine-market-size-is-expected-to-reach-a-value-of-usd-196-9-billion-by-2025--300817812.html>>. Acesso em 01 de maio de 2021.

PRIOR, L. Documents. In: **Qualitative Research Practice. Org. Clive Seale, Giampietro Gobo, Jaber F Gubrium, David Silverman**. London: Sage, 2004.

Rede Fito-RS completa cinco anos. Disponível em: <<https://estado.rs.gov.br/rede-fito-rs-completa-cinco-anos>>. Acesso em: 17 de setembro de 2020.

REDE NACIONAL PICS. **Constituição da rede**. Disponível em: <<https://redenacionalpics.wixsite.com/site/blank>>. Acesso em: 4 de setembro de 2020.

REIS, B. O.; ESTEVES, L. R.; GRECO, R. M. Avanços e desafios para a implementação das práticas integrativas e complementares no Brasil. **Revista de APS**, v. 21, n. 3, 2018.

RIO GRANDE DO SUL LEI Nº 12.560, de 12 de julho de 2006.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual de Saúde. Política estadual de práticas integrativas e complementares. **Resolução nº 695/13 – CIB / RS**, p. 20, 2013.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria da Saúde. Resolução CES/RS N. 14/2014. **Diário Oficial**, 2014.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual de Saúde. **Proposta de política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares**. Porto Alegre: Secretaria de Saúde, 2015.

RIO GRANDE DO SUL, Departamento de Ações em Saúde, Coordenação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. **Nota Técnica** PEPIC-RS / DAS N° 01/2017. Porto Alegre, 2017a.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual de Saúde. **Portaria** SES/RS 588/2017. Porto Alegre, 2017b.

RIO GRANDE DO SUL, Departamento de Ações em Saúde, Coordenação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. **Nota técnica** 01/- orientações sobre terapia floral na rede de atenção à saúde. Porto Alegre, 2018a.

RIO GRANDE DO SUL, Departamento de Ações em Saúde, Coordenação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. **Nota Técnica** 02/2018 Yoga na rede de Atenção à Saúde. Porto Alegre, 2018b.

RIO GRANDE DO SUL, Departamento de Ações em Saúde, Coordenação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. **Nota Técnica** 02/2018 - biodança na rede de atenção à saúde. Porto Alegre, 2018c.

RIO GRANDE DO SUL, Departamento de Ações em Saúde, Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Nota Técnica Saúde Mental/DAS** n°01/2018. Porto Alegre, 2018d.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria da Saúde. **Nota Técnica** PEPIC-RS / DAS n°01/2019. Porto Alegre. 2019a.

RIO GRANDE DO SUL, Departamento de Ações em Saúde, Coordenação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. **Nota Técnica** PEPIC-RS/DAS 02/2019. Porto Alegre, 2019b.

RIO GRANDE DO SUL; Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Nota técnica** 03/2019. Porto Alegre, 2019c.

RIO GRANDE DO SUL, Departamento de Ações em Saúde, Coordenação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. **Política Estadual de Práticas - Atenção Básica do RS**. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/politica-estadual-de-praticas-integrativas-e-complementares>>. Acesso em: 12 set. 2020a.

RIO GRANDE DO SUL, Departamento de Ações em Saúde, Coordenação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. PEPIC-RS/DAS n°01/2020. **NOTA TÉCNICA** 01/2020. 2020b.

RODRIGUES NETO, J. F.; FARIA, A. A. DE; FIGUEIREDO, M. F. S. Medicina complementar e alternativa: utilização pela comunidade de Montes Claros, Minas Gerais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 3, p. 296–301, 2009.

SANFORD, N. N. et al. Prevalence and Nondisclosure of Complementary and Alternative Medicine Use in Patients With Cancer and Cancer Survivors in the United States. **JAMA Oncology**, v. 5, n. 5, p. 735, 2019.

SANTOS, M. DAS G. Políticas Públicas: contribuições para o debate. In: **Gestão Pública: planejamento, processos, sistemas de informação e pessoas**. São Paulo: Atlas, 2010.

SARAIVA, E. Política Pública: dos clássicos às modernas abordagens. In: **Políticas públicas coletânea**. SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (org.) v. 1. Brasília, DF: ENAP, 2006.

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

SELL, C. E. Racionalidade e racionalização em Max Weber. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 27, n. 79, p. 153–172, jun. 2012.

SILVA, P. H. B. et al. Professional Training in Integrative and Complementary Practices: the meanings attributed by Primary Health Care workers. **Ciência e saúde coletiva** [online]. Vol.26, n.2, pp.399-408, 2021.

SIMON, H. **Comportamento Administrativo: Estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, Instituto de Documentação, 1970.

SOARES, R. D.; PINHO, J. R. O.; TONELLO, A. S. Diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do Maranhão. **Saúde debate**, v.44, n.126, pp.749-761, 2020.

SOUSA, IMC., et al. Custo-efetividade em Práticas Integrativas e Complementares: diferentes paradigmas. **Journal of Management and Proimary Health Care**. v. 8, n.2: 343-350, 2017.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 16, p. 20–45, dez. 2006.

SOUZA, C.; FONTANELLI, F. Capacidade estatal e burocrática: sobre conceitos, dimensões e medidas. In: **Implementação de políticas e atuação de gestores públicos: experiências recentes das políticas de redução das desigualdades**. MELLO, Janine; RIBEIRO, Vanda Mendes; LOTTA, Gabriela; BONAMINO, Alicia; CARVALHO, Cynthia Paes de Carvalho (Org.) Brasília: IPEA, 2020. p. 28.

SPADACIO, C. et al. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 7–13, jan. 2010.

STAKE, R. Qualitative case studies. In: **The Sage Handbook of Qualitative Research**. 3 edição. London: Sage, 2005. p. 443–466.

SUBIRATS, J. **Análisis de políticas públicas y eficacia de la Administración**. Madrid: Ministerio para las administraciones publicas, 1992.

TANGGAARD, L. The Research Interview as a Dialogical Context for the Production of Social Life and Personal Narratives. **Qualitative Inquiry**, v. 15, n. 9, p. 1498–1515, nov. 2009.

TEIXEIRA, M. Z.; LIN, C. A.; MARTINS, M. DE A. O Ensino de Práticas Não-Convencionais em Saúde nas Faculdades de Medicina: Panorama Mundial e Perspectivas Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 28, n. 1, p. 51–60, jan. 2004.

TEIXEIRA, M.Z. Panorama mundial da educação médica em terapêuticas não convencionais (homeopatia e acupuntura). **Revista de homeopatia**. v. 80, n. 1/2:18-39, 2017.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 86, p. 99–112, 2016.

TERRA, M. **A formulação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul: Uma história oral temática**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para o título de Especialista em Saúde Pública—Porto Alegre: Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, 2018.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. DE. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 914–920, out. 2008.

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, e00231519, 2020.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Ciência & Saúde Coletiva. **Racionalidades médicas e integralidade**, v. 13, n. 1, p. 195–206, 2008.

THIAGO, S. DE C. S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 249–257, 2011.

WEBER, M. **Metodologias das Ciências Sociais**. São Paulo: Cortez/Unicamp, 1993. v. 1.

WEBER, M. **Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia reflexiva**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2012. v. 1

APÊNDICE 1: LEGISLAÇÃO RELATIVA ÀS PICS

| Legislação | Link de acesso |
|---|---|
| PORTARIA Nº 971, DE 03 DE MAIO DE 2006 | http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html |
| PORTARIA Nº 1.600, DE 17 DE JULHO DE 2006 | http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1600_17_07_2006.html |
| PORTARIA Nº- 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017 | http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_849_27_3_2017.pdf |
| PORTARIA Nº 702, DE 21 DE MARÇO DE 2018 | http://impresanacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/7526450/do1-2018-03-22-portaria-n-702-de-21-de-marco-de-2018-7526446 |

APÊNDICE 2 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA 1

Aplicado aos formuladores das orientações para a inserção de práticas integrativas e complementares na rede de atenção à saúde – PEPIC/RS.

Após apresentação da pesquisadora, será verificada a disponibilidade de gravar ou não a entrevista, conforme vontade manifestada pelo entrevistado e será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) solicitando a assinatura do mesmo.

Dados sobre o entrevistado:

Nome completo:

Idade:

Nível de instrução:

Nome da instituição em que atua no momento:

Nome do cargo e órgão trabalhava em 2017 durante a elaboração do documento: “ORIENTAÇÕES PARA A INSERÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – PEPIC/RS”.

Perguntas sobre a construção da proposta de inserção da PEPIC/RS

Parte I: O processo de construção do documento

- 1) Como surgiu a ideia de construção da proposta de inserção das Práticas Integrativas e Complementares?
- 2) Como foi esse processo?
- 3) Havia mais atores envolvidos além da equipe que consta no documento?
- 4) Foi feita alguma consulta à população?
- 5) Na sua opinião, quais as principais dificuldades para a implementação da PEPIC/RS?
- 6) Com base em quais princípios a proposta de inserção das Práticas Integrativas e Complementares foi construída?

Parte II: Percepção sobre as racionalidades médicas e paradigmas em saúde

- 7) O que é saúde para você?
- 8) A partir da organização do sistema de saúde (nacional, estadual, municipal), como você percebe o cuidado integral à saúde?
- 9) Você acredita que os processos de intervenção são adequados às necessidades da população?
- 10) Você acredita que a PEPIC/RS poderia auxiliar no atendimento ao princípio da integralidade à saúde?
- 11) A forma de organizar a saúde atrapalha a implantação da PEPIC/RS?
- 12) Para você, quais fatores podem limitar a implantação da PEPIC/RS?

APÊNDICE 3 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA 2

Aplicado aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Sant'Ana do Livramento.

Após apresentação da pesquisadora, será verificada a disponibilidade de gravar ou não a entrevista, conforme vontade manifestada pelo entrevistado e será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) solicitando a assinatura do mesmo.

Dados sobre o entrevistado:

Nome completo:

Idade:

Nível de instrução:

Nome da instituição em que atua no momento:

Perguntas sobre a construção da proposta de inserção da PEPIC/RS

Parte I: Implementação da PEPIC/RS

- 1) Como a PEPIC/RS vem sendo implementada em Sant'Ana do Livramento?
- 2) Como os cidadãos de Rivera tem acesso a essas políticas?
- 3) Quais ações são sugeridas pelo governo do estado e quais ações surgem de iniciativa própria da cidade?
- 4) Existem ações que são iniciativas da população?
- 5) Como a população se envolve nesse processo de implantação?
- 6) Na sua opinião, quais as principais dificuldades para a implementação da PEPIC/RS?

Parte II: Percepção sobre as racionalidades médicas e paradigmas em saúde

- 7) O que é saúde para você?
- 8) A partir da organização do sistema de saúde (nacional, estadual, municipal), como você percebe o cuidado integral à saúde?
- 9) Você acredita que os processos de intervenção são adequados às necessidades da população?
- 10) Você acredita que a PEPIC/RS poderia auxiliar no atendimento ao princípio da integralidade à saúde?
- 11) A forma de organizar a saúde atrapalha a implantação da PEPIC/RS?

ANEXO 1: QUADRO RESUMO COMPARATIVO DAS RACIONALIDADES MÉDICAS

| Racionalidades Médicas | Cosmologia | Doutrina Médica | Morfologia | Fisiologia ou dinâmica vital | Sistema diagnóstico | Sistema Terapêutico |
|---|---|--|--|---|--|---|
| Medicina Ocidental Contemporânea | Física Newtoniana (clássica) implícita. | Teoria(s) da causalidade da doença e do seu combate. | Morfologia dos sistemas (macro e micro) orgânicos. | Fisiopatologia e fisiologia dos sistemas. | Semiologia; anamnese; exame físico e exames complementares. | Medicamentos; cirurgia; higiene. |
| Medicina Homeopática | Cosmologia Ocidental Tradicional (Alquímica) e clássica (Newtoniana) implícita. | Teoria da energia ou força vital e seus desequilíbrios nos sujeitos individuais. | Organismo material (sistemas) força (ou energia) vital animadora. | Fisiologia energética (implícita); Fisiologia dos sistemas; Fisiopatologia do medicamento e adoecimento. | Semiologia; anamnese do desequilíbrio individual. Diagnóstico do remédio e da enfermidade individual. | Medicamento; higiene. |
| Medicina Tradicional Chinesa | Cosmologia Chinesa (geração do microcosmo a partir do macrocosmo) | Teorias do “Yin-Yang” e das “cinco fases (ou elementos)” e seu equilíbrio (harmonia) nos sujeitos individuais. | Teoria dos “canais” meridianos e dos pontos de acupuntura. (“corpo sutil”). Teoria dos órgãos e das vísceras (“corpo orgânico”). | Fisiologia dos “sopros vitais” (Qi). Fisiologia dos órgãos. Dinâmica Yin-Yang no organismo e com o meio ambiente. | Semiologia; anamnese do desequilíbrio do Yin-Yang. Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos. | Higiene; Exercícios (artes, meditação, etc.). Dietética; fisioterapia; massagens; acupuntura e moxabustão. |
| Medicina Ayurvédica | Cosmologia Indiana (geração do microcosmo a partir do macrocosmo) | Teoria dos cinco elementos e das constituições humorais (Tridosha) nos sujeitos individuais. | Teoria dos vários corpos (“denso” e “sutis”). Teoria da constituição dos tecidos vitais, dos órgãos e dos sentidos. | Fisiologia “energética” (circulação do Prana e das demais energias dos “corpos”). Equilíbrio do “tridosha”. | Semiologia; anamnese do desequilíbrio do “tridosha”. Sistema de observação “dos oito pontos”. Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos. | Dietética; Técnicas de eliminação e purificação; Exercícios (yoga, meditação, etc.). Massagens; Fitoterapia, medicamentos (vegetais, minerais e animais). |
| Medicina Antroposófica | 1 - Holismo: o microcosmo (pluridimensional) – humano – manifesta o | 1 – Saúde é o resultado de sintonia rítmica harmoniosa entre os elementos | 1 – Trimembração: - Sistema neurossensorial; - Sistema rítmico; | 1 – Lei da polaridade: contínuo movimento de forças vitais, | 1 – Anamnese e exame físico completos. | 1 – Terapêutica: atua nos três níveis do humano, visando à |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|---|
| | <p>macrocosmo; 2 – Vitalismo: todos os seres dos quatro reinos da natureza são percorridos continuamente por forças vitais que os movimentam, sendo irreduzíveis às formas físicas ou configurações biomecânicas; 3 – Espiritualismo: a dimensão espiritual é a marca constitutiva do humano; o conhecimento do mesmo não se esgota nos sentidos da razão; 4 – As configurações sistêmicas e os períodos vitais humanos reproduzem fases naturais evolutivas do planeta.</p> | <p>básicos constitutivos da estrutura humana. 2 – Doença é fruto da discinesia no funcionamento ou interação desses elementos entre si e com o meio. 3 – Tratar é recuperar a sintonia nesse funcionamento. 4 – Elementos constitutivos da estruturação humana: - Trimembrança a) corpo/alma/espírito. b) SNS/SR/SML - Quadrimembrança a) Corpo físico; b) Corpo etérico; c) Corpo astral; d) Organização do Eu.</p> | <p>- Sistema metabólico locomotor. 2 – Quadrimembrança: - Quatro órgãos cardinais: a) Pulmão (terra); b) Fígado (água); c) Rins (ar); d) Coração (fogo); 3 – Os doze sentidos: - Três grupos de quatro, que respondem pela apreensão da corporalidade da natureza e da cultura. a) Primeiro grupo: Tato, orgânico ou vida, movimento, equilíbrio; b) Segundo grupo: Olfato, paladar, visão, sentido térmico; c) terceiro grupo: Audição, palavra ou linguagem, pensamento, sentido do Eu.</p> | <p>alternado com ritmo (harmonia=sauúde). Polo Cefálico (forças centrípetas) – Sistema nervoso e órgãos dos sentidos. Polo abdominal (forças centrífugas) – sistema metabólico e membros. Sistema rítmico (alternância de forças) – coração e pulmões. 2 – Ritmo de concentração dos elementos (água, terra, fogo e ar). 3 – Os sete processos vitais resultantes da interação entre os três elementos acima: 3.1. Respiração 3.2. Aquecimento 3.3. Alimentação 3.4. Segregação 3.5. Manutenção 3.6. Crescimento 3.7. Reprodução.</p> | <p>2 – Exames complementares laboratoriais e de imagem. 3 – Análise dos setênios de vida dos indivíduos como elementos úteis na avaliação de disfunções e eventos em processos de adoecimento. 4 – Diagnose de estagnação ou aceleração nos fluxos dos elementos da quadrimembrança (terra, água, ar e fogo). 5 – Diagnóstico: De processos de desarmonia entre os sistemas constitutivos da trimembrança nos indivíduos, e suas disfunções na dinâmica contração/expansão.</p> | <p>recuperação da harmonia das pessoas em septênios sua totalidade (física, emocional e espiritual). 2 – Opera nos três sistemas constitutivos do indivíduo (SNR/SR/SML) e nos quatro corpos (físico, etérico, astral e Eu). 3 – Formas de intervenção: 3.1. Medicamentos; 3.2. Fitoterapia; 3.3. Massagem rítmica; 3.4. Terapias artísticas; 3.5. Terapias pedagógicas; 3.6. Nutrição; 3.7. Exercícios retrospectivos e práticas de meditação; 3.8. Aconselhamento biográfico.</p> |
|--|--|--|---|---|---|---|

Fonte: Adaptado de Luz (1993) e de Luz e Wenceslau (2014).

ANEXO 2: NOTA TÉCNICA PEPIC-RS/DAS Nº1/2017

15

APROVAÇÃO PELO COMITÊ GESTOR DA PEPIC/RS

Esta Nota Técnica, de Nº 01/2017, foi aprovada pelo Comitê Gestor da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares da SES/RS, instituído pela Portaria SES/RS 143/2017, em reunião do dia 08 de dezembro de 2017.

ELABORAÇÃO

- **Ana Carolina Simoni**, Especialista em Saúde, 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, SES/RS;
- **Angela Sperry**, Residente do Departamento de Ações em Saúde, SES/RS;
- **Marcos Sokoloski**, Especialista em Saúde, Coordenação de Atenção Básica, Departamento de Ações em Saúde, SES/RS;
- **Melaine Terra**, Especialista em Saúde, Coordenação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, Dep. de Ações em Saúde, SES/RS;
- **Paola Lucca Pizutti**, Especialista em Saúde, Coordenação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, Dep. de Ações em Saúde, SES/RS;
- **Sílvia Beatriz Costa Czermainski**, Especialista em Saúde, Coordenação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, Dep. de Ações em Saúde, SES/RS.

REVISÃO TÉCNICA

Elson Farias, Especialista em Saúde, Departamento de Ações em Saúde, SES/RS;

Raíssa Barbieri Ballejo Canto, Especialista em Saúde, Departamento de Ações em Saúde, SES/RS.

Fonte: NOTA TÉCNICA PEPIC-RS/DAS Nº1/2017, disponível em: <<https://atencao.basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201712/13142927-nota-tecnica-pepic-rs-das-01-2017.pdf>> página 15.