

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E  
INSTITUCIONAL

**Iago Marafina de Oliveira**

**A invenção das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde:  
uma gênese das condições de emergência e transformações do campo**

Porto Alegre

2021

Iago Marafina de Oliveira

**A invenção das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde:  
uma gênese das condições de emergência e transformações do campo**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Drº. Dário Frederico Pasche.

Porto Alegre

2021

Iago Marafina de Oliveira

**A invenção das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde:  
uma gênese das condições de emergência e transformações do campo**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Data de aprovação: 03 de setembro de 2021.

Banca examinadora:

.....  
Prof. Dr. Dário Frederico Pasche (orientador), Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

.....  
Prof. Dr. Nelson Filice de Barros, Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

.....  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Simone Mainieri Paulon, Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).

.....  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tatiana Engel Gerhardt, Doutora em Antropologia Social e Cultural pela Université Bordeaux Ségalen (França).

## AGRADECIMENTOS

Ao Dário Pasche, pela forma ética e afetiva de conjugar o verbo “orientar”. Pelo tanto de acolhimento, compreensão e conhecimento que me passou. Por tornar esse trabalho possível.

Às/aos interlocutoras/es, por aceitarem o convite. Pelas inúmeras contribuições que suas narrativas carregam e pelos sotaques que me permitiram adentrar ao campo da pesquisa e viajar pelo Brasil, mesmo que remotamente em tempos pandêmicos.

Ao Nelson Filice de Barros e Tatiana Engel Gerhardt, por aceitarem o convite para a banca de defesa. Por suas trajetórias no campo da saúde coletiva que me inspiram.

À Simone Paulon, banca de qualificação e de defesa, mas também companheira de grupo de pesquisa e orientadora do meu estágio de docência. Pela generosidade em compartilhar seu saber e prática comigo.

Ao grupo de pesquisa INTERVIRES, pelas discussões e companheirismo nas sextas-feiras à tarde. Por tornar menos doloroso viver na nossa realidade distópica.

Ao PPGPSI/UFRGS pelo acolhimento e à CAPES, pela bolsa que me permitiu dedicar mais tempo e energia para a experienciar o mestrado, a pesquisa e os processos de escrita dessa dissertação.

Aos meus pais, Rose e Genes, por me incentivarem em múltiplas formas. Por serem opostos complementares que me ensinaram sobre coisas que escapam às palavras.

Aos amigos e familiares, por serem a rede que embala uma multiplicidade de momentos da vida. Pela impossibilidade de citar todos os seus nomes, tamanho o espaço que vocês habitam em mim.

*À todas e todos vocês, meus há-braSUS solidários. Sempre.*

*A ciência pode classificar e nomear os órgãos de um sabiá, mas não pode medir seus encantos. A ciência não pode calcular quantos cavalos de força existem nos encantos de um sabiá. Quem acumula muita informação perde o condão de adivinhar: divinare. Os sabiás divinam.*

Manoel de Barros

## RESUMO

OLIVEIRA, Iago Marafina de. **A invenção das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: uma gênese das condições de emergência e transformações do campo**. Dissertação. Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) reúne 29 diferentes racionalidades médicas e recursos terapêuticos e, quinze anos após sua publicação, a expansão da PNPIC pode ser compreendida como um analisador das correlações de forças no campo. Neste sentido, a presente dissertação buscou produzir uma gênese do campo das Práticas Integrativas e Complementares no SUS inspirada na Teoria do Campo de Pierre Bourdieu. A pesquisa utilizou diferentes estratégias metodológicas qualitativas, notadamente revisão bibliográfica sobre o estado da arte dos estudos sobre PICS no Brasil, análise documental e entrevistas a oito interlocutoras/es pertencentes tanto à gestão da PNPIC quanto à academia. No primeiro capítulo, são apresentadas condições de possibilidade para emergência da PNPIC que se relacionam a contextos históricos, políticos e sociais e produzem paradigmas sobre o corpo, a clínica e o cuidado, definindo formas de compreensão e ação. Já no segundo capítulo, procuramos entender como tal movimentação no âmbito da saúde se conforma no SUS por meio de política pública, pensando lutas e tensionamentos. No último e terceiro capítulo, procuramos compreender as transformações em curso no campo e os atuais desafios, além de cartografar dispositivos construídos a partir e em torno da PNPIC, tais como organizações que operam no campo. É concluído que o espaço social da PNPIC no SUS opera como um *campo-em-devir* ainda em construção pela afirmação de sentidos diversos, evidenciando a presença de cosmovisões heterogêneas que disputam compreensões distintas sobre o que são e quais são as PICS, bem como isso reverbera na gestão da própria política nacional.

**Palavras-chave:** Práticas integrativas e complementares; Medicina tradicional, complementar e integrativa; Políticas de saúde; Saúde coletiva; Campo.

## ABSTRACT

OLIVEIRA, Iago Marafina de. **The Invention of integrative and complementary health practices: a genesis of emergency conditions and field transformations.** Dissertation. Master's Program in Social and Institutional Psychology. Institute of Psychology, Federal University of Rio Grande do Sul. 2021.

The Integrative and Complementary Practices (ICP) on the Unified Health System (UHS) brings together 29 different medical rationales and therapeutic resources and, fifteen years after its publication, the expansion of the ICP can be understood as an analyzer of the correlation of forces in the field. This research seeks to produce a genesis of the field of Integrative and Complementary Practices inspired by Pierre Bourdieu's Field Theory. The research used different qualitative methodological strategies, notably a literature review of the state of the art of studies on ICP in Brazil, documental analysis and interviews to eight interlocutors. In the first chapter, we present the conditions of possibility of ICP emergencies that relate to historical, political and social contexts and produce paradigms about the body, clinic and health care, defining forms of understanding and interventions. In the second chapter, we seek to understand how this movement in the health field is conformed inside the UHS through public policies, thinking about struggles and tensions during the process. In the last and third chapter, we seek to understand the transformations in the field and the challenges nowadays, in addition to mapping devices built around the ICP, such as organizations that work in the field. It is concluded that the ICP social space operates while a becoming-field still in construction by the affirmation of different meanings and comprehensions, evidencing the presence of heterogeneous worldviews that dispute different understandings about the ICP and how this affects the management of the ICP national policy itself.

**Keywords:** Complementary and Integrative Therapies; Traditional complementary and integrative medicine; Health policies; Public health; Field.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - O microcosmo relacional da Teoria do Campo em nossa pesquisa.....27

## SUMÁRIO

|   |            |
|---|------------|
| <b>À guisa das considerações iniciais</b>   | <b>11</b>  |
| <b>Percurso 1 - Apresentação do tema, caracterização do problema e fundamentos teóricos da pesquisa</b>                                   | <b>14</b>  |
| <b>Percurso 2 - A Teoria de Campo de Pierre Bourdieu: uma inspiração teórica</b>  | <b>22</b>  |
| <b>Percurso 3 - Objetivo geral e específicos da pesquisa</b>  | <b>29</b>  |
| <b>Percurso 4 - Princípios e procedimentos metodológicos</b>  | <b>30</b>  |
| <b>Percurso 5 - Implicações em análise: encontros de interlocuções</b>  | <b>38</b>  |
| <b>1. Capítulo 1 - Condições de possibilidade</b>   | <b>45</b>  |
| 1.1. Pista 1 - Paradigmas sobre o corpo, a clínica e o cuidado  | 46         |
| 1.2. Pista 2 - Possibilidades de rupturas epistemológicas e a crise da biomedicina  | 52         |
| 1.3. Pista 3 - As Práticas Integrativas e Complementares: da contracultura ao Sistema Único de Saúde                                      | 60         |
| <b>2. Capítulo 2 - Uma proposta de gênese histórica e conceitual</b>  | <b>68</b>  |
| 2.1. Pista 1 - As lutas na construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares                                      | 69         |
| 2.2. Pista 2 - Analisadores sobre a luta pela não-exclusividade médica na PNPIC   | 76         |
| 2.3. Pista 3 - Analisadores sobre uma estratégia de enfrentamento não-biomédica no surto de dengue no Brasil                              | 87         |
| 2.4. Pista 4 - Afastamentos e aproximações entre as “Racionalidades em Saúde”, o “Integrativo” e o “Complementar”                         | 92         |
| <b>3. Capítulo 3 - Transformações</b>   | <b>106</b> |
| 3.1. Pista 1 - Institucionalização e ampliação da PNPIC: é possível uma transformação da cultura de atenção e cuidado à saúde do SUS?     | 107        |
| 3.2. Pista 2 - Analisadores sobre as transformações ocorridas na Coordenação Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde | 121        |
| 3.3. Pista 3 - Singularização das PICS: é possível construir um espaço polifônico?  | 127        |
| 3.4. Pista 4 - Por uma sustentabilidade do cuidar: uma atualização sobre as lutas a serem disputadas pelas PICS                           | 137        |

|   |            |
|---|------------|
| 3.4.1. Formação em PICS   | 140        |
| 3.4.2. Aceitação cultural das PICS na sociedade e reconhecimento das gestões municipais e estaduais | 142        |
| <b>À guisa das considerações finais</b>   | <b>144</b> |
| <b>Referências bibliográficas</b>   | <b>148</b> |
| <b>Apêndices</b>  | <b>158</b> |
| a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido   | 159        |
| b. Roteiro de entrevista semi-estruturada   | 160        |

## **À guisa das considerações iniciais**

Começo a escrever essas primeiras palavras depois de uma longa jornada no campo de pesquisa e de escrita, depois de me debruçar sobre os achados que eu encontrei nas minhas trajetórias de assertividade e errância ao pesquisar. Ainda prefiro as errâncias, porque as acho mais sinceras. Por isso, talvez esse início se pareça com considerações finais, mas nem sempre é possível delimitar onde as coisas começam e onde as coisas terminam. Aqui, minha intenção é contar, de forma reflexiva, sobre a forma que eu adentrei o meu trabalho e o conduzi.

A escrita da dissertação é o momento condensador das acumulações ao longo destes dois anos de mestrado e não é algo meramente pragmático, principalmente do ponto de vista de uma pesquisa qualitativa. Os percursos trilhados no tempo envolveram múltiplos processos, inclusive os da ordem do psiquismo que falam de desejo, investimento e implicação com o tema. Narrar uma trajetória de pesquisa que, quase nunca é linear, é um desafio. O desejo envolvido em todo o processo de escrita deste texto passa pela vontade de apresentar os pontos de conexão, de complementaridade e de oposição desse caminho.

Essa pesquisa, que conta sobre o campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Sistema Único de Saúde, não pretende tentar (re)construir “a” gênese sobre o tema. A aposta foi na produção de “uma” gênese - que não pretende remontar uma história única e definitiva sobre o campo. Também não existe a pretensão de falar sobre cada uma das práticas integrativas e complementares especificamente em seus modos de compreender e intervir na vida - não me sinto autorizado e essa tarefa deixo aos/às profissionais e estudiosos/as que trabalham e pesquisam essas intervenções.

Portanto, a quem agora se debruce sobre a leitura deste texto, digo que a minha expectativa caminha no sentido de descrever a singularidade dos achados que a pesquisa encontrou ao adentrar o campo das PICS - se é que ao final desse texto poderemos afirmar a existência de um campo. Então, neste momento, prefiro manter essa dúvida em suspenso. Mais do que me fixar às linhas cronológicas do tempo e da história, de acontecimentos ou fatos, tentei me manter atento aos momentos de transversalidade que o campo de pesquisa me possibilitou enxergar, momentos que irrompem com as lógicas meramente racionalizantes do pensar.

Espera-se que a pesquisa, apresentada nas páginas que seguem essas primeiras palavras, seja uma forma, ainda que modesta, de contribuir para campo das PICS no Brasil. De forma crítica, conceitual e histórica, procurarei trazer as condições de emergência deste campo que nos colocam a refletir sobre debates ainda atuais em saúde, investigando as potências deste espaço no fortalecimento de estratégias que promovam uma cultura de cuidado mais sustentável no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na seção intitulada “Percurso”, conto sobre os processos de constituição da pesquisa. Em um primeiro momento, no “Percurso 1”, parto de uma breve introdução do tema, caracterizando o problema e colocando a pergunta de pesquisa para dizer como foi adotado o escopo teórico-conceitual que nos guiou nessa caminhada. No “Percurso 2”, faço a construção de um vocabulário dos conceitos trabalhados a partir da Teoria do Campo em Bourdieu e que servem de orientação aos leitores desta dissertação, já que os operadores conceituais vão se acumulando ao longo dos capítulos e a seção pode auxiliar no processo de leitura ao integrá-los em análise. No “Percurso 3”, apresento os objetivos geral e específicos que tentei alcançar com a pesquisa. Já no “Percurso 4”, conto sobre os princípios e procedimentos metodológicos desenhados para a tentativa de produção de uma gênese histórica e conceitual do espaço social das PICS no Brasil conforme a Teoria do Campo proposta por Pierre Bourdieu - o que detalharei à frente. Na última parte desta seção, intitulada “Percurso 5”, narro sobre os encontros com as interlocutoras e as interlocutores - sujeitos de pesquisa, partindo de uma análise de implicação pessoal e, ao mesmo tempo, coletiva, porque todos nós - de diferentes formas - construímos conjuntamente esse trabalho, pensando nos limites de análise e das possibilidades de sobreimplicação.

No “Capítulo 1”, apresento pistas para uma gênese das condições de emergência das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Brasil. Discuto acumulações históricas e conceituais sobre os paradigmas do corpo, da clínica e do cuidado, passando pelo movimento de contracultura para chegar ao que muitos autores e interlocutores chamam de “crise do modelo biomédico”, pensando o que essa crise nos diz sobre as transformações sociais em saúde que produziram efeitos diversos - inclusive no Brasil - a partir da institucionalização de uma política nacional de práticas não-biomédicas.

No “Capítulo 2”, discuto os caminhos entre as noções de “integrativo” e “complementar”. Em um primeiro momento, é exposto o cenário de lutas e disputas travadas no campo, investigando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares como um espaço condensador de tensionamentos. Depois, apresento contribuições das perspectivas das interlocutoras e dos interlocutores para pensarmos as distinções e aproximações entre “racionalidades em saúde”, o “integrativo” e o “complementar”.

No “Capítulo 3”, falo sobre a ampliação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e os efeitos que ela produziu no campo. Discuto se a expansão do número de práticas pode significar uma mudança na cultura de cuidado e atenção à saúde no SUS, repercutindo acontecimentos como um analisador das transformações do campo. Trago, ainda, pistas para compreendermos os atuais desafios do campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Brasil.

Em “À guisa das considerações finais”, apresento questões em aberto no campo a partir da escuta aos interlocutores, pensando o que a própria pesquisa não deu conta de responder. Aqui, retomo cada percurso da pesquisa com intuito de refletir no que avançamos e as possíveis lacunas para estudos futuros.

Os “Apêndices” trazem documentos importantes para a leitura. No “Apêndice A” temos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que as interlocutoras e os interlocutores concordaram em assinar para conceder as entrevistas. No “Apêndice B” temos o roteiro de entrevista semi-estruturada utilizada, que foi nosso fio condutor na experiência do encontro com cada interlocutor/a.

## **Percurso 1:**

### **Apresentação do tema, caracterização do problema e fundamentos teóricos da pesquisa**

O movimento contracultural da década de 1970 é exemplo de uma transformação a nível global em saúde, que produziu efeitos que reverberam até hoje, inclusive no Brasil (SOUZA; LUZ, 2011). Há cinquenta anos, a contracultura da década de 1970 começava a questionar estruturas hegemônicas da sociedade, como as grandes instituições. A saúde, na qualidade de instituição que exerce diferentes formas de intervenção e regulação da vida, também foi alvo de críticas da contracultura, cujos esforços problematizavam o modelo dominante de medicina no Ocidente e sua racionalidade biomédica, demandando novas possibilidades em termos de recursos terapêuticos. Para Medeiros e Rocha (2004, p. 399), nasceram aqui “novas articulações de processos econômicos, políticos e sociais, projetos de sociedade, formas de organização de poder e de atores sociais em proporções mundiais”. É um período que fala, no âmbito da saúde, sobre um processo instituinte de novas maneiras de compreender a vida e o adoecimento, bem como novas formas possíveis de cuidado de si e do outro, provenientes majoritariamente a partir de uma maior abertura geopolítica do Oriente.

É importante ressaltar aqui que não propomos dicotomizar os instituídos como um mal a ser combatido e o instituinte como o bem a ser institucionalizado em uma leitura simplista mas, sim, uma proposta de reflexão sobre o jogo dialético dessas forças no campo. Barembliitt (1992) nos explica que em termos de grandes instituições, é raro podermos presenciar o seu surgimento ou seu desaparecimento, o que enxergamos, então, são os efeitos dos movimentos de transformações destas instituições por meio das forças instituintes e do instituído, uma processualidade instituinte em suas vias de institucionalização.

No Brasil, o clima do movimento contracultural da época, concomitante à outras discussões efervescentes na área da saúde e do próprio período de redemocratização do país, propõe processos de reflexão e crítica sobre as práticas de cuidado disponíveis que, até então, eram convencionais do ponto de vista de sua hegemonia presente nos serviços de saúde. A partir dos anos 1980 começava a ser articulado um espaço, constituído por agentes sociais e organizações, que visava levar outras possibilidades terapêuticas a um maior número de pessoas, bem como

implementar novas práticas junto aos serviços de saúde, tanto nos serviços privados quanto nos serviços públicos. Entretanto, somente mais tarde, em 2006, seria publicada a “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” (PNPIC) no Brasil. Há quinze anos esse espaço vem se constituindo a partir de uma heterogeneidade, congregando racionalidades médicas e recursos terapêuticos distintos que compartilham diferentes perspectivas sobre saúde e doença - às vezes próximas, às vezes distantes, como podemos perceber na PNPIC. A institucionalização de recursos não-biomédicos visava trazer a legitimação de práticas que já eram exercidas mesmo antes de sua promulgação em serviços do SUS, além de ampliar o acesso ao que anteriormente era majoritariamente restrito ao setor privado da saúde (BRASIL, 2006).

Em um primeiro momento, a PNPIC contava com um total de 5 práticas e posteriormente, em 2017, foram agregadas mais 14, somando um montante de 19 práticas à época. Por último, em 2018, foram adicionadas mais 10 práticas, que hoje compõem as 29 PICS no SUS. Ao longo dos seus 15 anos de existência, o espaço em torno da política tem sido lugar para discussões que colocam em evidência os movimentos históricos, sociais, culturais e geopolíticos que atualizaram as formas com as quais as pessoas significam a relação com seu corpo e processos de saúde-adoecimento. Ao mesmo tempo, os sujeitos e seus modos de viver também produzem o curso dessas transformações.

O que nos interessa nesta pesquisa, contudo, não são as especificidades de cada um desses recursos terapêuticos e racionalidades médicas. Em uma perspectiva histórica e conceitual, pretendemos realizar uma gênese sobre as condições de emergência dessas práticas no SUS - como também seus processos de formação e conformação, pensando a existência de um campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Brasil.

Para isso, lançamos mão da noção de gênese. Aprender sobre a gênese de um campo, para Bourdieu (1989, p. 69), é aprender sobre as necessidades e crenças que o sustenta, “do jogo de linguagem que nele se joga, das coisas materiais e simbólicas em jogo que nele se geram”. Assim, compreender sobre os processos e vias de consolidação de um campo não é uma tentativa de validação de um - como os das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - e extermínio do outro - como o da Biomedicina. Bourdieu (1989, p. 69) segue dizendo que aprender sobre a gênese é, sobretudo, “explicar, tornar necessário, subtrair ao

absurdo do arbitrário e do não-motivado, os atos dos produtores e as obras por eles produzidas e não, como geralmente se julga, reduzir ou destruir”.

Ao falar sobre o foco dessa dissertação, ao mesmo tempo estamos falando sobre a construção do objeto de pesquisa. Bourdieu (1989, p. 28) nos diz que um objeto de pesquisa é composto por “realidades que chamam a atenção do pesquisador por serem realidades que se tornam notadas por assim dizer, ao colocarem problemas”. Assim, tecer o objeto é estar atento ao que ele vai nos colocando como problema, buscando fugir de armadilhas, como a da sobreimplicação, ao realizar uma tecelagem coerente das relações que atravessam a pesquisa e depois as pôr em prova (BOURDIEU, 1989).

Estas redes de relações que compõem a construção do objeto de pesquisa faz com que tenhamos que ir e voltar diversas vezes entre os mais variados pontos de conexão e oposição. Um exemplo são as bases político-epistemológicas da medicina ocidental que, mesmo não pertencendo exatamente ao nosso recorte de análise, estarão aqui presentes para refletirmos como sua hegemonia e dominância são produzidas sobre toda a área da saúde, compreendendo quais são as motivações para que os sujeitos busquem outras lógicas de cuidado. Existem variadas produções científicas que traçam uma genealogia de formação e conformação do campo epistêmico biomédico que serviram como caixa de ferramentas (FOUCAULT, 1987; LUZ, 2005; LUZ *et al.*, 2012).

Analisar as condições de emergência de múltiplos paradigmas não-biomédicos e heterogêneos, como os reunidos em torno da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, pensando se estas práticas podem constituir um campo é nossa tentativa de realização de uma gênese deste espaço. Mas para que serve compreender a gênese histórica e conceitual de um campo? E antes disso, será que podemos afirmar a existência de um campo das práticas integrativas e complementares em saúde no Brasil?

A partir de uma perspectiva onde o problema de pesquisa é uma acumulação histórico-conceitual, de camadas de tempo e história que reverberam sobre o presente e produzem efeitos no futuro, é possível pensar no que chamo de “invenção” das Práticas Integrativas e Complementares. Este foi um conceito criado para nomear no SUS as práticas em saúde que estão para além das práticas biomédicas como a alopatia. A denominação “PICS” é composta por dois substantivos que operam de forma prática e conceitual: a noção de integrativo e a

noção de complementar. O que se integra e se complementa? Por quê? Como estamos integrando/complementando as 29 diferentes práticas circunscritas atualmente na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares(PNPIC)?

É nesse momento que a noção de gênese passa a nos auxiliar tanto na construção do objeto de pesquisa quanto na metodologia. Para Bourdieu, a gênese é uma forma de análise que tenta desnaturalizar as representações que todos/as partilhamos *a priori*, refletindo as pré construções que habitam todos os campos da vida (BOURDIEU, 1989). Acreditamos que realizar a gênese histórica e conceitual nos possibilita entender por que diferentes compreensões de cuidado e intervenção nos corpos dos sujeitos emergem na sociedade, bem como diferentes perspectivas podem se conformar nos espaços sociais, pois “é preciso trazer a história social da emergência desses problemas [de pesquisa]” (BOURDIEU, 1989, p. 37). Em nosso estudo, a gênese possibilita, sobretudo, compreender se este possível campo pode fomentar uma cultura-outra de cuidado em saúde no âmbito do SUS. Procuramos investigar os meandros dos processos de institucionalização e acumulação histórico-temporal do campo/movimento/espço das PICS tendo como objeto a própria política nacional. Aqui, falamos em “campo/movimento/espço” justamente para evidenciar o caráter vivo das correlações de forças que tentamos cartografar. Por sua vez, é possível afirmar que as interlocutoras e os interlocutores co-produziram a investigação ao narrarem importantes acontecimentos e reflexões desde os subcampos da gestão, pesquisa e/ou militância em PICS.

A aplicabilidade da Teoria do Campo de Bourdieu (2016) também se relaciona com as condições que tempos para formular a pergunta. A relação entre habitus e o campo é, também, a dupla relação entre tempo-espço, um *modus operandi* de conexão entre agentes sociais e as organizações, o que possibilita uma visão crítica da história.

A correlação de forças entre campos e subcampos que tensionam a invenção de um novo campo resulta em desdobramentos imprevisíveis. Para Bourdieu (1989), esta é uma questão no seio do poder simbólico. Assim, as lutas que se travam tendo o poder simbólico como algo em jogo quer dizer que importa nelas o que “está em jogo, o poder sobre um uso particular de uma categoria particular de sinais e, deste modo, sobre a visão e o sentido do mundo natural e social” (BOURDIEU, 1989, p. 73).

Portanto, a pergunta que nos orientou no âmbito desta pesquisa, considerando uma gênese histórica-conceitual, bem como o surgimento das PICS no Brasil é: ***quais são as condições de emergência e conformação de um campo das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde?***

Para responder ao problema colocado, precisávamos fazer uma escolha sobre escopo teórico-conceitual da pesquisa. Em um primeiro momento, foi preciso compreender o estado da arte sobre a temática e a relevância de possíveis problemas, realizando uma primeira pesquisa bibliográfica exploratória que detalharemos na metodologia. O resultado foi um universo inteiro e vasto que diz muito sobre a heterogeneidade desse espaço social, onde se congregam múltiplas discussões sobre tudo aquilo que não seja biomedicina. Foi possível perceber, então, que esse espaço possui agentes sociais, organizações e instituições que estabelecem certos graus de autonomia e hierarquização entre si, além de uma acumulação teórica que constantemente é citada pelos estudiosos do campo, como a categoria das Racionalidades Médicas.

Previamente ao percurso exploratório já existia a perspectiva de trabalhar com aproximações entre a Análise Institucional (A.I.), a Psicologia Social e a Saúde Coletiva (S.C.), uma vez que era desde estes lugares que eu estava trilhando um caminho formativo com a minha pesquisa de trabalho de conclusão de curso na graduação - que na época objetivava compreender quais eram os arranjos entre diferentes itinerários terapêuticos realizados por usuários/as de um serviço de PICS e os efeitos dessas práticas em suas vidas. É no início do mestrado que o desejo por trabalhar com as interfaces entre A.I., S.C. e Psicologia Social se confirmaram pelo feliz encontro na disciplina eletiva de Análise Institucional e Saúde Coletiva, ministrada pelos professores Simone Paulon e Dário Pasche, me possibilitando a construção de uma caixa de ferramentas operativas-conceituais de grande importância para a realização desta pesquisa, bem como um primeiro contato com a noção de “campo”.

O início da pesquisa exploratória sobre o estado da arte das PICS no SUS me trouxe uma sensação de uma incompletude ainda não nomeável e instigante, uma percepção que era compartilhada entre as reuniões de orientação e o diário de campo. Chegamos à reflexão de que era preciso narrar uma história crítica de emergência dessas práticas no SUS, uma gênese de como elas se transformam e

se conformam na saúde. “É isso! Campo!” - acho que provavelmente pensamos ao finalizar a primeira fase exploratória da pesquisa. A idéia de um campo emergente, de forças instituintes e tensionadoras, de institucionalização de uma nova cultura de cuidado da saúde nos acompanhou até nos aprofundarmos no estudo de Lígia Maria Vieira-da-Silva intitulado “O campo da Saúde Coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária”. É nesse texto que Vieira-da-Silva (2018) propõe pensar o campo da saúde coletiva no Brasil no sentido de Bourdieu e foi, a partir da pesquisa de Lígia, que conheço a Teoria do Campo bourdieusiana. Tínhamos, então, a tarefa de articular a discussão da pesquisa - que ainda estava em vias de elaboração, com a sociologia da Teoria do Campo pensada por Pierre Bourdieu. Assim, em um híbrido entre Psicologia Social e Saúde Coletiva, a pesquisa foi sendo instrumentalizada por ferramentas da Análise Institucional e da Teoria do Campo.

A noção de campo em Bourdieu (2016) nos possibilita dizer que estes espaços podem ser entendidos como microcosmos de relações entre agentes sociais, organizações e instituições detentoras de certa autonomia que se relacionam entre si e possuem hierarquias. A história do campo, em Bourdieu, se dá no encontro entre a indissociabilidade das histórias singulares de cada sujeito que o produz como agente e das histórias que se formam e conformam de maneira coletiva - onde encontram seu sentido. Outros conceitos da Teoria do Campo, que aqui chamamos de “operadores conceituais” da nossa pesquisa - como *habitus*, *capital*, *doxa*, *illusio* e *histerese* são, ao mesmo tempo, nos ajudam a visibilizar as correlações de força neste espaço.

O campo em Bourdieu é uma analogia ao campo de batalha. As palavras “*campo*” e “*field*” podem representar, na língua portuguesa e inglesa, respectivamente, tanto campos do conhecimento quanto imagens rurais, verdes, bucólicas e serenas. Entretanto, ao fazermos o deslocamento para o francês - língua nativa do autor, a palavra para esse tipo de campo, o prado de ordem campestre, é “*le pré*”. Bourdieu, com a intencionalidade de representar no conceito de campo as estruturas que nele atuam, não escreve sobre “*les prés*”, mas sobre “*les champs*”, que em francês podem descrever - para além de um campo do conhecimento - também um campo de batalha (GRENFELL, 2018).

Os operadores conceituais da Teoria do Campo foram trabalhados na pesquisa em maior profundidade ao longo das partes seguintes que integram essa

dissertação. Na seção seguinte, intitulada “A Teoria de Campo de Pierre Bourdieu: uma inspiração teórica”, é realizado um breve resumo sobre as noções-chave da Teoria do Campo que orientaram o trabalho.

As contribuições epistêmicas da Análise Institucional em interface com a Psicologia Social e Saúde Coletiva foram se conformando ao longo do processo. Elas se transversalizam nas formas escolhidas de escrita, de introdução e caracterização do problema, bem como no desenho dos princípios e procedimentos metodológicos. O próprio movimento do institucionalismo congrega uma diversidade de perspectivas de análise, cada uma com suas especificidades. Como forma de contextualização, é importante dizer que Baremlitt (1992) compreende essas correntes como: (a) sociopsicanálise, fomentada por Gerard Mendel; (b) Esquizoanálise, de Deleuze e Guattari; e (c) Análise Institucional (ou Socioanálise), de Lourau e Lapassade, onde buscamos nos orientar e entender a saúde como uma instituição composta por formações lógicas que obedecem a diferentes graus de formalização, desde suas leis à regulação de comportamentos e pautas (BAREMBLITT, 1992). Para Lourau (1975), as instituições correspondem às relações entre devires presentes no instituído e os devires das forças instituintes, não de maneira romântica e dicotômica do instituído como a força ruim e o instituinte como força boa, mas no exercício de discutir como essas forças dialéticas se relacionam e disputam o campo, produzindo transformações visíveis ao nível cotidiano da vida das pessoas. Transpondo a perspectiva conceitual para o contexto desse trabalho, é possível dizer que procuramos trazer à cena o que se faz visível na instituição-saúde, ou seja, seus movimentos de transformação entre o instituinte e o instituído. Sobretudo, buscamos elucidar como foi construído o atual paradigma vigente na instituição-saúde sobre o corpo, a clínica e o cuidado que, em grande parte, estão ancorados em bases epistemológicas positivistas-cartesianas da medicina ocidental biomédica. Assim, foi possível identificar as transformações sociais no campo da saúde como ensejos instituintes, que pedem a palavra para comunicar algo sobre condições de emergência que habitam as instituições e o próprio campo das PICS.

Houve também a grande contribuição da categoria conceitual das Racionalidades Médicas (RM) em produções do campo da Saúde Coletiva. Para Madel Luz (2012, p. 18), as RM são sistemas médicos complexos construídos empírica e racionalmente em seis dimensões: “uma morfologia humana (como a

'anatomia'); uma dinâmica vital (como a 'fisiologia'); uma doutrina médica (do que é estar doente/sadio, do que é tratável/curável, de como tratar); um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico". A sexta dimensão engloba todas as cinco dimensões anteriores e é chamada de cosmologia. Até o momento, são elencadas a existência de cinco racionalidades: a medicina ocidental contemporânea (biomédica), homeopática, chinesa, ayurvédica e antroposófica. Ainda que a intenção da pesquisa não seja adentrar em cada uma das racionalidades, elas nos possibilitam realizar as devidas e necessárias distinções conceituais entre práticas terapêuticas, recursos e racionalidades médicas.

A partir da apresentação do tema é possível perceber que, até aqui, a institucionalização da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares pode ser interpretada como analisador de uma transformação social, cujas raízes remontam ao movimento contracultural do século XX, às transformações e lutas históricas no campo da saúde, bem como o próprio processo de redemocratização do país e construção do SUS. Em uma perspectiva socioanalítica, poderíamos entender esse contexto na forma de um efeito das relações entre as forças instituintes e os instituídos do campo.

Entretanto, é preciso entender também como e por que emergem tais práticas no SUS, bem como elas - com seu devir instituinte - se conformam nesse campo de forças. Essa é uma tarefa para uma gênese histórica e conceitual e, a fim de realizá-la na pesquisa, é preciso introduzir a teoria sociológica do campo em Bourdieu, o que faremos na seção seguinte.

## Percurso 2

### A Teoria de Campo de Pierre Bourdieu: uma inspiração teórica

A Teoria do Campo de Pierre Bourdieu é uma inspiração desta pesquisa desde a construção do objeto até a análise dos últimos resultados, acompanhando cada um dos capítulos aqui reunidos. Falamos em “inspiração” porque trata-se de uma teoria densa e complexa e, por isso, nesta seção temos como objetivo introduzir, ainda que de forma breve, pistas que nos servirão como ferramentas teórico-metodológicas. Para isso, reunimos um conjunto articulado desses conceitos para auxiliar a leitura desde seu princípio, guiando as leitoras e os leitores pelas ideias que serão apresentadas. Longe de tentar esgotar os conceitos expondo categorias abstratas de pensamento em uma definição reducionista, nossa intenção é evidenciar os operadores conceituais que direcionaram as nossas análises e que estão sempre *em relação* ao campo.

**“*[(habitus) (capital)] + campo = prática*”**

(BOURDIEU, 2007, p. 97).

A equação acima exemplifica a disposição das estruturas do campo - operadores conceituais que se ramificam também em outros (como *doxa*, *illusio*, e *histerese*). A partir dela, podemos tomar a *prática* como aquilo que se torna visível nos campos da vida, uma sociologia que recupera uma gênese sócio-histórica sobre uma série de relações que precedem, produzem e tornam possível a *prática* - e, sobretudo, o resultado de sua interdependência com *o campo*, *o habitus* e *o capital* (BOURDIEU, 2007). Nesse sentido, uma vez que nosso trabalho não visa pesquisar cada uma das 29 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde especificamente, mas, sim, suas condições de emergência no SUS, a equação proposta por Bourdieu se torna de fundamental importância. Para realizarmos essa tarefa, invocamos também estudiosos que se debruçaram sobre a Teoria do Campo, além do próprio Bourdieu, é claro.

### **Campo**

O campo é um microcosmo de relações circunscrito em um macrocosmo do espaço social que pode ser local, regional, nacional e até mesmo internacional. A

forma pela qual o campo se sustenta está ligada à disposição das suas estruturas, como agentes, instituições e organizações que se relacionam aos operadores conceituais do campo como, por exemplo, as noções de *capital*, *habitus*, *doxa*, *illusio* e *histerese*. O campo, em Bourdieu, está sempre disposto em relação ao campo do poder, cuja tarefa do pesquisador está em investigar as relações entre posições de agentes, organizações e instituições que compõem determinado campo. As regras de regulação dos jogos no campo e seus operadores atendem aos interesses específicos de cada campo, que conforma seus próprios *habitus*, bem como as lutas disputadas interna e externamente ao campo (LAHIRE, 2017). O campo e o *habitus*, neste sentido, estabelecem uma relação dialética de reprodução do mundo social, ao mesmo tempo que os cria.

### **Capital**

Bourdieu se utilizou do conceito econômico de capital para o ressignificar completamente. O capital passa a ser um recurso acumulado das estruturas do campo, que vão desde pessoas até instituições, possuindo características relacionadas ao poder do que pode ser investido. O capital, desta forma, é um sistema mais amplo de trocas entre diferentes agentes nos campos ou subcampos. Assim, em Bourdieu existem diferentes tipos de capital, como o social, cultural, econômico e simbólico. Para Lebaron (2017, p. 103), os capitais se dão por “maneiras muito variadas e sempre dependentes dos contextos sociais que condicionam seu valor social. (...) Diferentes tipos de capital tornam-se, por sua vez, um fator de lutas simbólicas”. O capital, assim, é compreendido por Bourdieu em relação à disposição de agentes e organizações no campo e que confere um determinado poder, influência e autonomia.

### **Doxa**

Na língua grega *doxa* etimologicamente significa *crença* e, não raro, é traduzida como *opinião*. Entretanto, seu sentido vai além das traduções. Para Pinto (2017), o termo surge com o platonismo em designação a uma forma degradada de crença que seria o oposto ao conhecimento sólido (*episteme*) - do qual a Filosofia era compreendida como o modelo a ser seguido. Assim, estar na *doxa* seria a condição do ser humano comum como espectador das falsas luzes da Caverna. É somente com a fenomenologia de Husserl que é atribuída uma nova conotação à

*doxa*, quando ela deixa de ter um certo sentido negativo e passa a ser compreendida como somente mais uma entre tantas outras formas de relação e compreensão do ser humano sobre o mundo (PINTO, 2017). Quando Bourdieu se debruça sobre o conceito de *doxa*, ele se esforça para não atribuir um sentido somente pré-reflexivo da fenomenologia à *doxa* e parte para uma inspiração sociológica durkheimiana, onde a perspectiva *dóxica* do mundo social está entre as classes e as classificações, entre a “história feita pelo corpo e a história feita pela coisa” (PINTO, 2017, p. 158). Bourdieu utilizou o conceito de *doxa* para entender, sobretudo, a forma como os sujeitos podem realizar a “adesão imediata a um mundo social apreendido como um mundo natural que define a ‘atitude natural’ - ou, se preferir, a *doxa*, e que no subsolo ronda as opiniões mais paradoxais” (BOURDIEU, 1972, p. 31, *tradução nossa*)<sup>1</sup>. Especifica de cada campo, no seu sentido bourdieusiano a *doxa* é capaz de regular um conjunto de pressupostos do social nas coisas e nos corpos ao ponto dos sujeitos tomarem certas crenças como naturais, realizando sua manutenção como *habitus*, já que a *doxa* não seriam crenças explícitas e conscientes de si (BOURDIEU, 1972; PINTO, 2017). É nessa dupla relação entre estruturas objetivas e estruturas incorporadas que interessa visibilizar a *doxa* em ação sob o ponto de vista dos nossos interlocutores - desnaturalizar o que parecia uma certa ordem natural do mundo.

## Habitus

A noção de *habitus* remonta ao princípio aristotélico de *hexis*, cujo significado é um estado de espírito consolidado em uma orientação das condutas (WACQUANT, 2017). No latim *habitus* (do verbo *habere*) representa ter/possuir, cuja representação em Bourdieu diz que há uma estrutura estruturada (pela história que aconteceu) e estruturante (de ações presentes que atualizam o futuro do campo) (BOURDIEU, 2000). Essa é uma virada no debate filosófico estruturalista e construtivista porque auxilia dialeticamente a romper com as dicotomias do objetivismo vs. subjetivismo, indivíduo vs. sociedade, já que o *habitus* não é nenhuma espécie de réplica de um único tecido social que age sozinho (WACQUANT, 2017). Os sujeitos participam ativamente da construção de um

---

<sup>1</sup> No original: “l’adhésion immédiate à un monde social appréhendé comme monde naturel qui définit l’« attitude naturelle » ou, si l’on veut, la *doxa*, et qui hante souterrainement les opinions les plus para-doxales” (BOURDIEU, 1972, p. 31).

mundo, bem como são ativamente construídos por ele. É no *habitus* que se mediam esquemas de percepção, avaliação e ação por onde passam nossas formas de ser, agir e fazer em relação ao capital que dispomos no campo no qual nos inserimos. Para Wacquant (2017, p. 214) o *habitus* “é durável, mas não estático ou eterno: as disposições são socialmente montadas e podem ser corroídas, contrariadas ou mesmo desmanteladas pela exposição a novas forças”. Em “O senso prático”, Bourdieu (1990, p. 90) coloca que o *habitus* “produz práticas, individuais e coletivas, portanto, da história, conforme esquemas engendrados pela história”. Assim, fugindo de uma relação de causa e efeito, o *habitus* assegura uma presença de vivências passadas que “depositadas em cada organismo sob forma de esquemas de percepção, de pensamento e de ação, tendem (...) a garantir a conformidade das práticas e sua constância ao longo do tempo” (BOURDIEU, 1990, p. 90). A tarefa do pesquisador se torna, então, investigar os princípios subjacentes do *habitus* e como podemos perceber quando o *habitus* muda, varia, se transforma ou se conforma, já que o “o *habitus* é o passado tornado presente, a história tornada corpo e, portanto, 'naturalizada' e 'esquecida' da própria gênese” (SOUZA, 2015, p. 120)

### **Histerese**

A *hysteresis* é um termo que Bourdieu toma da física, cuja etimologia *husterein* significa atraso (MEDEIROS, 2017). Na perspectiva de Bourdieu, a *histerese* está sempre relacionada ao *habitus*, uma vez que o *habitus* somente pode se tornar operante quando encontra condições similares àquelas das quais ele é produto por ser estrutura estruturante e estruturada. Porém, quando o *habitus* reproduz por muito tempo essa dupla-relação na qual é produzido, há uma defasagem temporal, já que o *habitus* está reproduzindo uma certa condição sócio-histórica do passado no presente. Esse estresse no *habitus* que pode ocorrer em razão de seu condicionamento levaria, assim, a uma *histerese* do *habitus* - como em um conflito de gerações (BOURDIEU, 1990).

### **Illusio**

Em uma primeira leitura o termo *illusio* pode nos remeter à “ilusão”. Entretanto, a origem parte da raiz *ludos* (jogo), onde *illusio* se associa à ideia de estar não só presente no jogo em disputa, mas envolvido por ele, o que Bourdieu costumava se referir como a noção de “interesse” antes de adotar o termo “*Illusio*”

(BOURDIEU, 1989). Assim como cada operador conceitual da Teoria do Campo, *illusio* também é específica de cada campo que mobiliza uma forma única de seus participantes jogarem o jogo - ao ponto de agentes externos poderem a perceber como destituída de senso, visto a singularidade da *illusio* para os sujeitos praticantes das lógicas que sustentam e regulam uma certa forma de estar no jogo. Para Aguiar (2017), *illusio* reflete a cumplicidade entre as estruturas mentais dos sujeitos (como o *habitus*) e as estruturas objetivas (como o *campo*). A *illusio* compartilhada permite um sistema comum como, por exemplo, expectativas, desejos e princípios que se conformam em uma regularidade não-explicita refletida também pela *doxa* e no *habitus*. Assim, a *illusio* também pode ser associada à ideia de uma *libido* reguladora das lutas a serem disputadas, das formas de jogar determinados jogos, do que é importante e do que não é - nesse ponto Bourdieu “faz apelo a uma necessária união de esforços entre os campos da sociologia e da psicanálise” (AGUIAR, 2017, 233).

### **Prática**

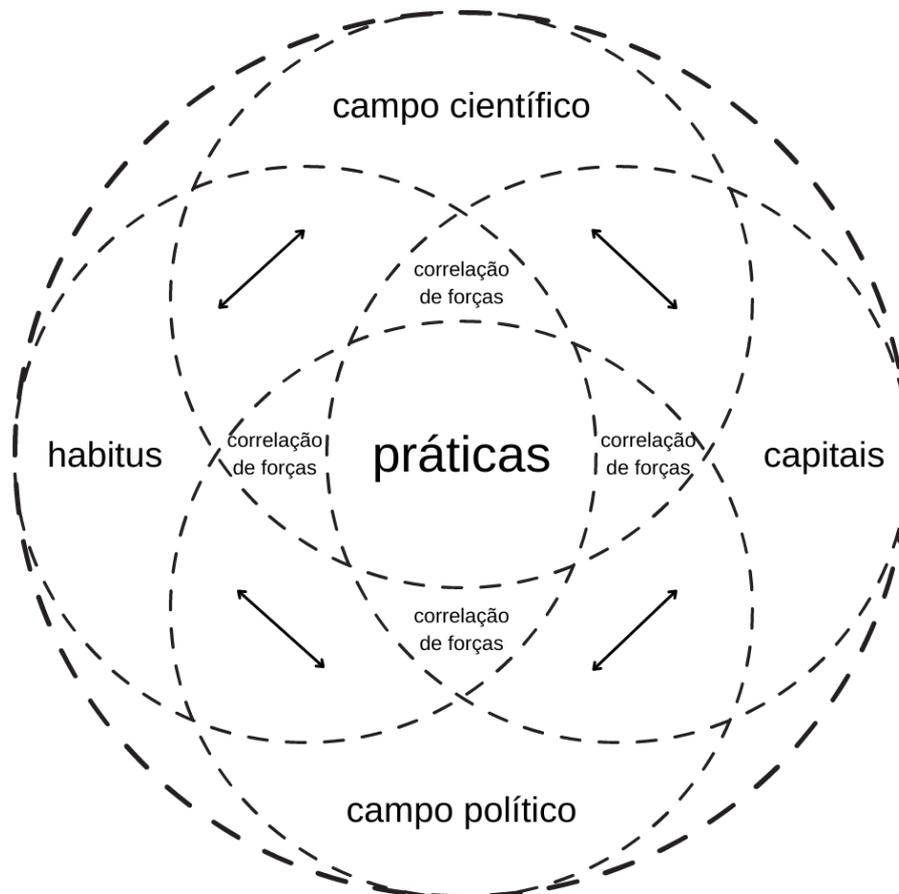
A noção de prática refuta a ideia estruturalista dos agentes meramente como estruturas de um campo que agem como autômatos. As práticas seriam os encontros entre os *habitus* e suas articulações com possíveis espaços no campo (SAPIRO, 2017). A prática é a processualidade de desdobramentos e efeitos um determinado *modus operandi*. Na Teoria do Campo, conforme a equação proposta por Bourdieu, a prática é o resultado da ação de todos os outros operadores do campo - que produzem efeitos também em relação ao *habitus* e ao *capital* destes espaços (BOURDIEU, 2007).

\* \* \* \* \*

Esperamos que a sistematização acima, em forma de vocabulário e ilustrado na Figura 1 a seguir, possa resumir, ainda que em um primeiro momento, o pensamento e a prática científica presentes na complexa Teoria do Campo de Bourdieu que acompanha toda sua produção intelectual e aos quais ele chamava de “ferramentas de pensar” (GRENFELL, 2018). Considerada uma teoria densa, ela já serviu de inspiração para estudos em diversos campos e tópicos do conhecimento,

como antropologia, sociologia, educação, história, direito, literatura, psicologia, arte, política, filosofia, cultura e economia.

**Figura 1 - O microcosmo relacional da Teoria do Campo em nossa pesquisa**



Aqui, consideramos fundamental marcar nosso estudo também em sua dimensão sociológica e suas possíveis aplicações na área da saúde. Isto porque a transformação das estruturas do campo se torna possível na medida em que seus agentes sociais tomam consciência da própria gênese do campo em sua dobra entre história e empiria, possibilitando a construção de novas regras sobre o jogo.

Este foi um esforço de aproximação dos operadores conceituais e suas formas de expressão em nossa caixa de ferramentas para adentrar o campo de pesquisa em interface à Psicologia Social e à Saúde Coletiva - apoiadas na tríade, proposta pelo próprio Bourdieu, na composição entre teoria, história e empiria. Assim, nossa caixa de ferramentas também não se montou a priori, sendo

necessário apresentarmos os objetivos que pretendemos alcançar com a escolha destas ferramentas para realizar o trabalho - o que falaremos a seguir.

### **Percurso 3:**

#### **Objetivo geral e específicos da pesquisa**

Objetivo geral:

- Produzir uma gênese histórica e conceitual do campo das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde.

Objetivos específicos:

- Investigar as condições de emergência para um possível campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Sistema Único de Saúde;
- Compreender os movimentos de conformação e transformação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Sistema Único de Saúde;
- Cartografar dispositivos do campo constituídos a partir e em torno da Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares, tais como agentes sociais, grupos, fóruns, organizações e instituições.

## **Percurso 4:**

### **Princípios e procedimentos metodológicos**

A pesquisa adotou uma metodologia construída a partir de dois eixos interconectados: o eixo dos princípios metodológicos, referente aos conceitos e teorias que orientam o método de trabalho; e o eixo dos procedimentos metodológicos, referente ao passo a passo para que a pesquisa possa acontecer. Minayo (2013) entende que existem etapas integradas para a construção de uma investigação, tais como: (a) escolha do tema; (b) recorte do problema; (c) colocação dos objetos de pesquisa e objetivos; (d) constituição dos direcionamentos conceituais; (e) instrumentos para coleta de dados; e (f) a forma como se irá adentrar o campo.

Para definir nossos princípios metodológicos, adotamos noções de uma pesquisa social-qualitativa a fim de realizar uma gênese histórica e conceitual do campo - que detalharemos à frente. Já como procedimentos metodológicos, seguimos com uma pesquisa exploratória para conhecimento da literatura e do estado da arte de produções sobre a temática, a fim de realizar o recorte do problema e produzir o projeto. Construímos, a partir disso, um roteiro de entrevista semi-estruturada a partir dos achados da pesquisa exploratória, que mais tarde permitiu a realização de entrevistas semi-estruturadas com interlocutores do campo das PICS no Brasil de forma remota via plataforma de videoconferência. Procedemos, assim, com a transcrição das entrevistas que nos levam aos construtos de segunda ordem - tanto pela análise das entrevistas quanto pela investigação documental para compreensão dos resultados de campo (MINAYO, 2013). Os detalhes de cada princípio e procedimento metodológico da pesquisa serão explicados a seguir.

O processo científico como labor caminha em duas direções: “numa, elabora suas teorias, seus métodos, seus princípios e estabelece seus resultados; noutra, inventa, ratifica seu caminho, abandona certas vias e encaminha-se para certas direções privilegiadas” (MINAYO, 2002, p. 12). Essas são características de uma pesquisa qualitativa e, por também ser uma pesquisa social, é importante adotar os critérios da historicidade e especificidade. Para Minayo (2002, p. 12) o científico não está em replicar o método *a priori*, mas em revelar “o que foi produzido neste momento histórico considerando toda a relatividade do processo de conhecimento”.

Nesse sentido, diante de um caso ou uma pesquisa podemos operar na lógica da redundância ou da desmontagem (PASSOS; BARROS, 2015). A redundância opera por meio da manutenção dos reforços circulatórios, identitários, em unidades. Já a desmontagem configura-se pelo devir-contágio, desestabilizando o caso e a pesquisa para que seus fragmentos tracem suas próprias linhas de fuga e criação (PASSOS; BARROS, 2015). Isto quer dizer que nos capítulos que seguem, procuramos não circular o texto em um certo lugar comum das práticas integrativas e complementares em saúde, reafirmando seus pressupostos colocados, por exemplo, pela própria política. Tivemos a intenção de desmontar este lugar comum, pensando uma gênese histórica e conceitual do campo como um espaço para trazer à cena as pistas sobre as tensões e (in)conformações dos processos de constituição do campo.

A nossa primeira etapa de pesquisa foi realizada em abril de 2020. A fim de conhecer o estado da arte sobre o tema, seguimos as fases exploratórias explicadas por Deslandes (2002), que se constituem por uma pesquisa bibliográfica disciplinada e crítica, com fichamentos e amplitude sobre o estado da arte e a atualidade do tema, assumindo o caráter provisório e inacessível de totalidade do objeto, reconhecendo o problema de pesquisa a partir de suas aplicações práticas.

Em um primeiro momento da fase exploratória para a construção da pesquisa, realizamos uma pesquisa nas plataformas SciELO, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) / LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Google Acadêmico com as seguintes palavras chaves utilizando o operador booleano AND: “práticas integrativas e complementares em saúde” AND “SUS” AND “Campo”. O recorte de tempo foram as publicações dos últimos sete anos, entre 2013 e 2020. Escolhemos este recorte de tempo pois, embora a política nacional tenha sido publicada em 2006, é na década de 2010 que ela é expandida e mais práticas vão sendo incorporadas ao documento (FERRAZ *et al.*, 2020).

Foram encontrados 651 textos, sendo estes artigos, teses de doutorado, dissertações de mestrado, trabalhos de conclusão de curso e trabalhos de conclusão de residência. Havia trabalhos duplicados nas plataformas. Nossos critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos textos eram, em um primeiro momento, as palavras-chaves (“práticas integrativas e complementares em saúde”, AND “SUS” AND “campo”) que se relacionassem também com o título do trabalho. Por leitura de título, onde seu conteúdo deveria se relacionar com pelo menos uma

das palavras-chave selecionadas, foram excluídos 453 textos e restaram 188 para leitura de resumos, que deveriam conter as palavras chaves indexadas. Caso os resumos não contivessem pelo menos uma das palavras chaves, eram excluídos. Após a leitura dos resumos, foram excluídos da leitura 96 documentos, restando 92 textos para realização de uma leitura flutuante, que se caracteriza pelo momento de primeiro contato com o corpo do texto de forma mais profunda, revisando tópicos e pensando se realmente ele atende aos critérios de inclusão (BARDIN, 2006). Após leitura flutuante, foram selecionados para leitura na íntegra (2) trabalhos de conclusão de residência, (4) dissertações, (1) tese, (5) trabalhos de conclusão de curso e (9) artigos, totalizando 21 textos.

A primeira etapa da fase exploratória de constituição da pesquisa gerou alguns resultados. Foi um primeiro contato de aproximação com o campo que permitiu conhecer melhor o tema, compreender o estado da arte das produções no campo e formular questões. Fomos identificando interlocutores, alguns/as pertencentes ao Ministério da Saúde e outros/as à academia, cujo contato inicial gerou o conhecimento de novas plataformas para pesquisas bibliográficas sobre a temática. Além disso, os primeiros interlocutores indicaram nomes de outros possíveis informantes, o que nos levou à composição da amostragem de sujeitos entrevistados. Desta forma, podemos dizer que a fase exploratória da nossa pesquisa foi caracterizada pelas etapas: (a) leitura bibliográfica acerca da atualidade do tema, onde amadurecemos a compreensão sobre temática e delimitamos a investigação que situa e constrói o campo problemático; (b) formulação do roteiro de entrevista semi-estruturada; (c) contatos iniciais junto aos interlocutores e realização das entrevistas; e (d) concomitantemente às entrevistas, continuamos com análises documentais a partir dos documentos citados tanto pelos interlocutores quanto pelos novos achados ao longo do percurso de pesquisa.

De janeiro a março de 2021 realizamos as entrevistas semi-estruturadas<sup>2</sup> junto aos sujeitos de pesquisa, bem como realizamos as transcrições. As/os oito interlocutoras/es da pesquisa falam dos lugares relacionados à *gestão* da PNPIC (onde trabalham na formulação e implementação da política) ou à *academia* (onde realizam pesquisa, ensino e/ou extensão em PICS). Os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

---

<sup>2</sup> O roteiro para entrevista semiestruturada encontra-se no Apêndice B.

(TCLE), aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS sob parecer CAAE 39006720.1.0000.5334<sup>3</sup>. Todas as entrevistas seguiram as diretrizes éticas das resoluções nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, que especifica a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012) e nº 510, também do Conselho Nacional de Saúde, que especifica as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016). Os/as interlocutores/as foram identificados/as por número e seus dados pessoais serão mantidos em sigilo para fins de controle e restituição dos resultados.

A partir disso, foi possível começar a identificar e formular o convite aos possíveis entrevistados/as, sem a ideia de um tamanho de amostra *a priori*. Neste sentido, Minayo (2017) diz que mesmo que pudéssemos prever o montante de interlocutores para uma amostragem em termos de pesquisas qualitativas, a ideia de provisoriedade deve nos acompanhar durante todo o processo. Não existia, assim, um “ponto de saturação a priori definido, e nunca a quantidade de abordagens em um campo pode ser uma representação burocrática e formal estabelecida em números” (MINAYO, 2017, p. 10). Não definimos um ponto de saturação inicial e foi decidido que nos manteríamos atentos para suspender a coleta de informações quando ela já não mais extraísse novos dados. Ou seja, a fase de coleta de informações foi suspensa quando analisamos criticamente as informações obtidas, avaliando se elas continuavam ou não trazendo novidade para a pesquisa, a fim de não nos tornarmos redundantes. Nossos interlocutores foram 8 pessoas - 5 mulheres e 3 homens ligados aos espaços da gestão/planejamento (2) e da pesquisa/academia (6). Pudemos perceber que cada um destes dois espaços conformam certos tipos de capital mais predominantes. Identificamos que o *capital* mais presente na gestão/planejamento foi o *capital político*; já no espaço da pesquisa/academia, o mais presente foi o *capital científico*. Isso não significa dizer que na gestão/planejamento não exista capital científico ou que na pesquisa/academia não exista capital político - apenas que esses tipos de capitais foram identificados mais predominantemente nos espaços citados.

Por último, tivemos a fase de tratamento e análise das informações coletadas nas entrevistas a partir de um plano de análise, agrupando falas em categorias de conteúdo, conforme proposto por Bardin (2006). A análise dos dados foi uma fase crucial do trabalho. Para Minayo (2012, p. 625), a interpretação “nunca será a última

---

<sup>3</sup> O TCLE encontra-se no Apêndice A.

palavra sobre o objeto estudado, pois o sentido de uma mensagem ou de uma realidade está sempre aberto em várias direções”. Assim, procuramos conduzir essa fase com atenção e cuidado, de modo que a fidedignidade qualitativa fosse de “tal maneira que caso os entrevistados estivessem presentes, compartilhariam os resultados da análise, mesmo que a análise surpreendesse os entrevistados” (MINAYO, 2012, p. 625).

Passos e Barros (2015), nessa direção, dizem que, ao pensarmos um caso, podemos ter a desmontagem como procedimento metodológico-narrativo. Agitam-se os microcasos como intralutas, pois “o caso individual, no lugar de segregar uma forma única, gestáltica, é a ocasião para o formigamento de mil casos ou intralutas” que revelam as espessuras ético-políticas do caso (PASSOS; BARROS, 2015, p. 162). A aplicação deste procedimento de desmontagem na pesquisa se deu posteriormente às entrevistas com os interlocutores do campo das PICS, momento no qual Minayo (2012, p. 623) relata que a interpretação é aquele momento onde “o pesquisador vai construindo um relato composto por depoimentos pessoais e visões subjetivas dos interlocutores, em que as falas de uns se acrescentam às dos outros e se compõem ou se contrapõem às observações”.

Para realizar a análise das entrevistas e dos documentos, foi preciso tipificar o material (MINAYO, 2012). Tipificamos as entrevistas como fonte primária de informação e os documentos como fonte secundária, colocando-os em subgrupos conforme as categorias de análise que surgiram no percurso. A partir dessa primeira aproximação, cada uma das categorias se desdobrou em diferentes temáticas, que foram trabalhadas na dissertação: (a) processos de formação pessoal, implicação e sobreimplicação com o campo; (b) agentes sociais e suas interfaces com a militância, gestão, pesquisa, ensino e exercício de PICS; (c) política, disputas e lutas do campo - processos históricos e teórico-conceituais; (d) fronteiras e limiares do campo - o espaço entre o Integrativo e o Complementar e (e) transformações e desafios atuais no campo. Conforme analisamos os temas das entrevistas, surgiu a necessidade de aproximar o material, associando sua articulação com os operadores do campo para Bourdieu. Assim, buscamos integrar as narrativas das entrevistas aos possíveis correspondentes na Teoria do Campo de Bourdieu em três eixos: (a) habitus, capital, campo e prática; (b) habitus e *illusio* e (c) habitus e histerese. Estes três eixos correspondem, respectivamente, a cada um dos capítulos da dissertação.

Neste processo de desmontagem-montagem tanto das entrevistas quanto dos documentos, adotamos o diário de campo como uma ferramenta de experimentação da pesquisa e de reconstrução dos construtos de segunda ordem. O diário de campo foi utilizado desde o início da primeira etapa da fase exploratória da pesquisa, contendo registros das reuniões com o orientador e achados que aconteceram na imersão bibliográfica-exploratória. A relevância do diário de campo se deu tanto para ordenar e organizar o material da pesquisa quanto para se deixar impregnar pelos dados, sendo este instrumento uma “fonte legítima de informação para compor a análise” (MINAYO, 2012, p. 624). É importante dizer que o diário de campo não irá aparecer no texto através de trechos ou fragmentos escritos ao longo deste período, mas na forma de narrar os percursos da pesquisa a quem nos lê, nos auxiliando na reconstrução da ordem dos acontecimentos.

Essa ferramenta participou, sobretudo, como um lugar de reflexão, de traçar novos rumos e refazer caminhos. Além disso, a análise de implicação em uma perspectiva socioanalítica ocorre aqui, conforme o proposto por Lourau (2004) na afirmação de que um diário de campo pode atuar reduzindo as possibilidades do pesquisador cometer naturalizações *a priori*, o que poderia, por exemplo, produzir sobreimplicação com a pesquisa. Ao mesmo tempo, Lourau não propõe um afastamento do pesquisador do seu campo, mas a visibilização da implicação. Para Martins (2016), o diário de campo como dispositivo de análise de implicação faz ver os “atravessamentos éticos, políticos, econômicos, afetivos e libidinais. Permite ampliar as direções do pensamento, aumentando nossa capacidade de agir mediante circunstâncias que envolvem situações nas quais nos encontramos”.

Por último, mas não menos importante, gostaria de trazer a gênese histórica e conceitual, que ao mesmo tempo que se fez princípio metodológico, também foi procedimento. Como vimos anteriormente, para Bourdieu (1996; 2016), o campo é como um sistema objetivo das relações entre agentes e instituições. É na dupla relação entre o habitus e o campo que se produz a gênese histórica e conceitual. Para Souza (2010, p. 258), a noção de habitus nos faz compreender que os agentes sociais são “produzidos pela história, pela história de todo campo social e pela experiência acumulada durante uma trajetória determinada num campo determinado”. Isso significa dizer que, ao olharmos para a emergência das PICS no SUS a partir de interlocutores, estivemos também olhando para a história de

formação e conformação de um campo, composto por mecanismos analíticos que evidenciam disputas, tensões, distanciamentos e aproximações objetivas.

Para Minayo (2017, p. 3), o habitus “auxilia a pensar as características de uma experiência biográfica a partir de uma identidade social que orienta o indivíduo, ora consciente ora inconscientemente”. Esta é uma afirmação de que a história de alguém não diz respeito somente ao sujeito, mas aos coletivos dos quais pertence. Souza (2010) diz que existe uma noção dicotômica de temporalidade e que trazer à cena a relação entre habitus e o campo quebra esta dicotomia de duas maneiras. De um lado, a visão metafísica que “trata do tempo como uma realidade em si, independente do agente; e, de outro, a filosofia da consciência. Longe de ser uma condição *a priori* e transcendental da historicidade, o tempo é produto do habitus” (SOUZA, 2010, p. 258). Desta forma, uma gênese histórica e conceitual permite entender como o passado funda nossa compreensão e intervenção no presente. Os escritos de Bourdieu (1996; 2016) evidenciam o teor eminentemente histórico do social (SOUZA, 2010).

Até aqui foram apresentadas as estruturas e processos que desenhamos para esta pesquisa social-qualitativa, trazendo seus princípios e procedimentos metodológicos. Entretanto, ao longo de todo percurso de pesquisa sustentamos uma reflexão crítica sobre a etimologia da palavra “método”, em grego, *metá-hódos*. (PASSOS *et al.*, 2009). *Metá* significa reflexão, raciocínio; já *hódos* significa direção, caminho. Construir um raciocínio que leve a uma direção é um passo importante para a realização da pesquisa, mas não pode se propor a reduzir toda a complexidade do processo. Para Passos, Barros e Kastrup (2009), é preciso fomentar uma inversão do método: o *hódos-metá*, uma afirmação de uma proposta que pensa a pesquisa em seu processo feita e refeita, o que somente se materializa no ato de pesquisar.

Por isso, não foi possível prever todas as etapas de uma pesquisa social-qualitativa antes de seu começo. O caminho se fez, em parte, no próprio caminhar. Em nossos trajetos encontramos pedra, lama, buracos que fizeram com que tivéssemos que desacelerar, sentar, driblar, tomar fôlego, planejar e replanejar. Ao mesmo tempo, desacelerar nos possibilitou ver a beleza na miudeza, na borboleta, no caramujo. É claro que essas são metáforas, mas concretamente dizendo, talvez o maior dos nossos percalços foi um considerável atraso no cronograma de pesquisa em decorrência de problemas técnicos na Plataforma

Brasil, o que fez com que tivéssemos que retardar nossa análise. A perspectiva do nosso devir *hódos-metá* entrou também aqui, nos instrumentalizando a lapidar essa pedra no caminho, fazendo com que a transformássemos em uma jóia que possibilitou, sobretudo, atentar ainda mais sobre cada uma das narrativas dos nossos oito interlocutores/as.

Assim, acreditamos que princípios e procedimentos metodológicos nos auxiliaram a realizar uma gênese histórica e conceitual do campo das Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Os resultados que encontramos em nosso caminhar-pesquisar estão nas partes a seguir.

## Percurso 5

### Implicações em análise: encontros de interlocuções

Tem uma origem pessoal nas coisas. Então, eu tive uma filha pequena que estava com um problema de saúde e ela não conseguia se curar. Eu já era professora da UERJ e levei ela para ser atendida no hospital universitário, mas ninguém conseguia dar conta da menina. Minha mãe, que era uma partidária da homeopatia, dizia para eu ir em um famoso médico homeopata espírita. Eu dizia que não iria, que eu era ligada à ciência e não tinha nada a ver com isso. Mas quando ela estava piorando, não teve jeito. Eu fui. Em questão de horas, a minha filha tomou um remédio homeopático e encontrou a normalidade dela, o que chamam de curado. Aí eu fui olhar o que tinha acontecido, que era uma outra forma de terapêutica, uma outra forma de administrar essa terapêutica, aí eu comecei a estudar essa medicina. Aí eu vi que era um outro sistema médico, que tinha uma forma de estabelecer diagnóstico, terapêutica, a morfologia humana que não é só osso e carne, é um conjunto vivo interagindo e se uma coisa perturbar a outra, vai dar ruim em outro lugar. (Interlocutora 7)

\* \* \* \* \*

Foi a partir da minha irmã. Ela era muito alérgica à alopatria. Ela foi num ortopedista, disse ao médico que ela não podia usar aspirina e ele disse que o remédio não tinha aspirina. Ela tomou e quase foi a coma. Um quadro bem grave de alergia a medicamento. Então ela começou a fazer homeopatia e nisso a família toda foi fazer homeopatia, entendeu? Isso já tem quarenta anos. Fui super bem tratada pela alopatria num certo sentido, mas também sei que tenho marcas dessa história até hoje. Então tudo isso foi motivo para a gente olhar para alopatria de forma mais crítica, cuidadosa. (Interlocutora 5)

\* \* \* \* \*

Na verdade eu sempre tive uma ligação de alma com as PICS. Então desde criança eu lembro de ir em benzedeira, minha avó tinha um hábito de me dar chás. Eu achava o máximo a reza da benzedeira, eu saía de lá e aquilo era bom, agradável. E com dez anos eu tive a experiência de frequentar uma casa espírita, não que o espiritismo seja uma PICS. Me instigava como era terapêutico o passe. E com quinze anos eu comecei a fazer meditação com a minha ex-patroa, que era dona de uma farmácia. Não sei por qual motivo ela fazia, mas ela me convidou para meditarmos duas vezes por semana. E de lá para cá eu sempre tive contato com alguma pessoa que na época estava mexendo com terapia alternativa. E quando eu entro na graduação em enfermagem, em 1991, tinha uma disciplina obrigatória na UFSC que chamava terapias alternativas e eu me apaixonei. Não assinava a chamada da disciplina de propósito para poder fazer de novo no outro semestre. (Interlocutora 4)

\* \* \* \* \*

No meio do curso de medicina, também por um acidente, uma coincidência, meus colegas me levaram para conhecer outras coisas, foi meu primeiro contato com PIC - que na época nem tinha esse nome. Eu fui conhecer um cara lá que dava aula de Tai Chi Chuan no centro da cidade, que tinha conhecido a coisa. Eram colegas do centro acadêmico da medicina, e fui lá conhecer. Embora tenha achado muito curioso o discurso, eu tinha muito preconceito, achava que aquilo era para ganhar dinheiro de burguês que não tinha nada o que fazer, achava muito viajante. O curioso é que meus colegas

se desinteressaram e eu achei interessante e fui aprendendo até o fim do curso as coisas da medicina tradicional chinesa. (Interlocutor 3)

\* \* \* \* \*

Eu sou fisioterapeuta de formação. Comecei a trabalhar com acupuntura e dor crônica e fui pesquisar na área e não parei mais”. (Interlocutor 8)

\* \* \* \* \*

Acho que o primeiro ponto é que eu fiz uma graduação por causa da minha aproximação com as práticas integrativas. Eu já trabalhava com as práticas da medicina tradicional chinesa, o Tai Chi Chuan, eu gostava dessas práticas de artes marciais. Eu tinha interesse em fisioterapia ou educação física, passei nos dois cursos, mas fiquei na educação física que me interessava mais, falava mais do que eu acreditava do ponto de vista da saúde, menos do ponto de vista da doença. Isso completava a minha formação como professor de Tai Chi Chuan. Depois disso eu fiz uma pós graduação em acupuntura, sempre com a vertente das práticas corporais chinesas. (Interlocutor 2)

\* \* \* \* \*

Eu sou médica de formação, tenho 33 anos de formada e antes de ser formada eu já era taróloga e gostava de astrologia. Então isso tudo já começou no meu caso pessoal com um despertar para outros campos que não os visíveis e palpáveis. E também já conhecia os florais de Bach, que é o que eu trabalho, fora outras coisas. Nunca fiz nenhuma formação porque no tempo em que eu comecei não tinha tudo isso, nós éramos didatas em muitas coisas, então eu gostei desse negócio de ser autodidata e fui seguindo o que não exigia formação específica. (Interlocutora 1)

\* \* \* \* \*

Eu já vinha refletindo como essas práticas tinham a ver com as minhas raízes culturais, porque eu sou filha de pernambucanos da área rural e como na minha família tanto materna quanto paterna essas práticas mais ligadas à natureza eram mais valorizadas e tinha um temor em relação aos medicamentos. Achei curioso como eu tive que sair do país, lá nos Estados Unidos, para encontrar alguma coisa que tivesse uma profunda relação com minha história pessoal. Fui observando que eu mesma procurava isso, tratava meus filhos com homeopatia, fazia Tai Chi Chuan, aí eu estou até hoje militando e pesquisando na área das PICS. (Interlocutora 6)

\* \* \* \* \*

Os fragmentos acima são trechos retirados dos encontros proporcionados pela pesquisa. Foram 8 pessoas entrevistadas, as quais eu chamo de “interlocutoras” e “interlocutores”. Etimologicamente, *Interlocutor* vem do latim *inter-loqui*, onde *inter* significa *entre* e *loqui* significa *conversa*, ou seja, uma inter-conversação. Assim, eu, pesquisador, também me torno um interlocutor dos meus interlocutores e interlocutoras, pois suas narrativas não são meramente

objetos de pesquisa, são histórias vivas que trazem no sotaque de suas palavras a sua experiência no mundo e disponibilidade em conversar comigo. O texto, dessa forma, se torna um tecido no qual as tramas se *entretecem*, se *entrelaçam* entre os argumentos do pesquisador-interlocutor e as narrativas das interlocutoras e interlocutores, sujeitos da pesquisa.

Nesse sentido, a implicação pessoal de cada uma dessas pessoas e, ao mesmo tempo, a minha, é efeito de formas específicas de habitar a vida que nos levam a percorrer ou não determinadas trajetórias. Evidenciar a implicação dos envolvidos na pesquisa proporciona, sobretudo, que entendamos as disposições afetivas, políticas e libidinais em espaços de pontos de vista (LOURAU, 2004). Alguns de meus interlocutores eu conhecia através de textos e tinha uma admiração que nutria de longe, sem saber exatamente quais eram as formas de seus rostos. Outros, eu passei a conhecer e igualmente a admirar. Em todos os encontros, algo mudou em mim. Talvez eu tenha colocado as implicações em análise, talvez eu tenha lembrado da minha história quando eles me contaram sobre as suas. Visibilizar essas implicações pessoais se deu pela necessidade de reduzir os riscos de sobreimplicação com o tema, evidenciando que pesquisador e interlocutoras/es não partem de um lugar absolutamente neutro e asséptico, como alguns modelos de pesquisa mais ligados ao positivismo científico propõem (LOURAU, 2004).

Na perspectiva da Análise Institucional, a implicação pode ser resumida como o nosso “envolvimento sempre presente e até de natureza inconsciente com tudo aquilo que fazemos” (L’ABBATE, 2012, p. 201). Então, sempre existe algum nível de implicação com o que nos envolvemos e, até mesmo, com o que deixamos de nos envolver, não existindo uma possibilidade de não estarmos implicados em algum nível. A ideia de uma neutralidade do pesquisador cai, uma vez que estamos sempre implicados, em menor ou maior grau, é claro. Assim, o pesquisador também ocupa uma posição no campo, uma posição que reflete seu *habitus* e a disposição da sua atuação como agente social, constituindo um relato parcial do fenômeno, já que ele também está circunscrito nesse espaço de pontos de vista.

Para Lourau (2004), as nossas escolhas existenciais, libidinais, afetivas, ideológicas, teórico-metodológicas ou profissionais se relacionam às instituições e sociedades nas quais nos inserimos e devemos, além de compreender nossas implicações, pô-las em análise. Quando não realizamos esta análise, ou seja, uma

vez que existe a impossibilidade de analisar a própria implicação, podemos estar sobreimplicados (MONCEAU, 2008).

A sobreimplicação é como uma cegueira causada pela implicação, cujo efeito se torna visível na impossibilidade de análise. Gilles Monceau (2007, p. 137) parafraseia René Lourau (1998, p. 13) em *Les Cahiers de l'implication*, que diz “saíamos de nós mesmos: podemos respirar um vento fresco, sem dúvida, mas em nada hostil”. Para sair de si mesmo, um primeiro passo seria colocar a própria implicação em análise. Assim como os interlocutores/as nos fragmentos acima mostraram que existe uma origem pessoal nos interesses - até os de pesquisa, é necessário que eu também conte uma breve história da minha aproximação e inquietação sobre o tema das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

\* \* \* \* \*

Agora é começo de outono no hemisfério sul e com a mudança das temperaturas já é possível ouvir os guarda-roupas abrindo-se e fechando-se para a troca de edredons e vestimentas de lugar. Sai o calor, entra o frio, sai o frio, entra o calor, sai o calor, entra o frio. Chove. Venteja. Na minha infância, as épocas do ano marcadas pelas trocas de estações fazem eu lembrar de quando a vida parecia escorrer; de quando o vento parecia tocar todos os lugares, menos meu par de pulmões asmáticos; das noites em que meus pais aceleraram o mais depressa possível para o hospital mais próximo, da minha cabeça contra o vento do lado de fora da janela, mas nada do ar parecendo chegar aos meus pulmões. Nem uma só brisa; das luzes dos postes passando tão rápido pelos meus olhos que tudo parecia, na verdade, uma chuva de cometas desaparecendo até eu quase desmaiar.

Frequentemente eu reparava nos olhares flutuantes dos médicos. Eles por trás de suas máscaras cirúrgicas e jalecos brancos. Eu, por trás da máscara de nebulização. Nada mais parecia ajudar a tratar minhas crises asmáticas. Nem os medicamentos, nem umidificadores de ar, nem injeções invasivas. Nenhum fármaco. Nada. Nada parecia produzir algum efeito. Todas as tentativas de tratamentos convencionais biomédicos que me eram prescritos falharam - e foram muitas tentativas até os ventos começarem a tocar meus pulmões livremente de novo, assim como as rajadas de ar tocam as folhas amareladas dos plátanos da rua no outono.

Algumas estações precisaram se passar até que eu me encontrasse dentro de uma casinha verde clara, humilde, mas acolhedora, em meio a um grande quintal. Ali fui atendido por uma senhora que conduzia um serviço comunitário de fitoterapia e homeopatia popular, a Irmã Assunta, que me tratou com seu conhecimento homeopático. Da última vez que a vi, em 2019, ela tinha aproximadamente 96 anos, continuava trabalhando, ainda tinha as mãos firmes e o cabelo perfeitamente tingido na cor castanho escuro, sempre penteado para trás. Dia desses me deparei com uma foto recente dela, que precisou se afastar do seu serviço comunitário ao longo de 2020 e 2021 em virtude do risco de contrair COVID-19. Seus olhos, como jabuticabas, continuavam expressando tudo que a gente está precisando: esperança e coragem. Me senti tranquilo como naquele período onde, a partir do tratamento proposto por Assunta, meus pulmões voltaram a ser ventania.

Era conhecido em Pelotas que essa senhora aguerrida tinha passado por dois atentados à própria vida - parece que cuidar de gente é realmente muito perigoso para a indústria farmacêutica. Irmã Assunta foi fundamental para que eu passasse a acreditar que existem muitos trajetos entre saúde e adoecimento. E, nestes “entres”, começasse a valorizar as multiplicidades de tratamentos possíveis, aos quais todos/as deveriam ter oportunidade de acesso.

Ao final desse longo percurso entre serviços de saúde para me tratar, fui elaborando que os seres humanos provavelmente são a espécie animal que mais depende do cuidado para que a vida não escorra. E que não raro acabam não encontrando o cuidado que necessitam. A maioria dos mamíferos, por exemplo, nascem e pouco tempo depois já estão caminhando ou se alimentando sozinhos. Alguns, como os orangotangos da família dos *Pongo pygmaeus*, inclusive desenvolveram voluntariamente um tipo de medicina própria, utilizando voluntariamente ervas medicinais com propriedades antibióticas para cuidar da saúde. Conforme artigo publicado em 2017 na revista Nature, essa espécie de macacos faz a mastigação das folhas da planta *Dracaena cantleyi* para aplicar em suas feridas<sup>4</sup>. Quando li o artigo pela primeira vez, só conseguia lembrar de Manoel de Barros: “Os sabiás divinam”, dizia ele. Hoje penso que os macacos também

---

<sup>4</sup>Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41598-017-16621-w>>. Acesso em 05 mai. 2021.

divinam. Aliás, acho que o reino animal é todo brilho e luz. O reino vegetal é espanto, tamanha grandiosidade de mistérios que ainda guarda com preciosidade.

Toda essa implicação com as questões de saúde e adoecimento nas quais estive durante a vida despertaram em mim um desejo em cuidar. E foi isso que aconteceu. Decidi primeiramente que, embora os bichos me encantassem, cuidaria de uma outra raça de bicho: cuidaria de gente, de ser humano. Depois de um tempo, decidi que cuidaria das dores da *psique*, dos sofrimentos não-palpáveis da alma. Hoje acredito que o investimento que eu fiz ao decidir cuidar de pessoas só pode ter a ver com acreditar no que há de bom na nossa espécie em seu sentido eminentemente ético; em tornar “esperança” um verbo e fazer a conjugação dele. Conjugação do verbo “Esperançar” é um ato de resistência quando tentam nos tirar todos os dias o riso, a esperança e a coragem de acreditar que há muito de humanidade por aí, embora venha parecendo difícil a encontrar nesse mundo.

Muitas trocas de estações aconteceram desde que entrei pela primeira vez naquela casinha verde onde era conduzido o serviço de homeopatia popular e, já em meu exercício clínico na Psicologia, percebi que existia um movimento autoral e singular nos/as usuários/as dos serviços pelos quais passei no que tange aos arranjos que estes/as fazem em suas procuras por saúde, por um cuidar-se. Percebi que saúde mental não se fazia somente dentro de um setting psicoterapêutico. Desde os arranjos entre reiki e psicoterapia, entre um fitoterápico e o reiki, entre massoterapia e homeopatia, na narrativa clínica surgiam muitas destas composições que falam sobre a relação que cada paciente desenvolve com rotinas e práticas de autocuidado. Implicado com minha história com a homeopatia, me inquietava pensar essas formas de composição da saúde, de encontros entre práticas, o que começou a me possibilitar compreender os pacientes de forma mais holística, fazendo eu me interessar pelos recursos não-biomédicos na saúde.

Neste percurso, ainda na graduação em Psicologia, descobri a existência da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e que, de acordo com o Ministério da Saúde, entre 2017 e 2018 houve um aumento em 46% na procura por estes procedimentos nos serviços públicos<sup>5</sup>. Esta foi uma pista de que minha história - como aquele fragmento que contei há pouco - não era somente individual e, sim, também a história de um coletivo de pessoas que procuram outros

---

<sup>5</sup>Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45294-cresce-46-procura-por-praticas-integrativas-no-sus-2>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

recursos para cuidarem da saúde. Ao longo dessa pesquisa também encontrei muitas delas, cujas vidas esbarraram em outros encontros de composição da saúde, as levando a construir um espaço para o fomento das PICS. Na clínica *psi*, também fui cada vez mais percebendo a existência de um excesso, um excedente que vaza para além dos espaços de tratamentos convencionais, um fenômeno que escapa aos serviços de saúde e à própria medicina desde Descartes, onde começam a surgir pistas do que se tornaria o modelo biomédico que conhecemos no Ocidente hoje (CZERESNIA, 1997). Esse excedente parece ter em sua matriz coletivos de pessoas procurando cuidar da saúde das formas mais diversas para além das fronteiras da biomedicina, o que nos fala sobre um modelo médico que não dá conta de nossas multiplicidades, embora pareça possuir a pretensão de cura de todos nossos males.

Portanto, quando pesquiso sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, preciso colocar em análise a história da minha criança asmática de sete anos voltando a respirar melhor com o tratamento homeopático na adolescência. Este é meu alto coeficiente de implicação com as PICS, mais especificamente com a racionalidade homeopática. Visibilizar essa implicação antes de apresentar a pesquisa é uma opção ético-política de uma análise que deseja diminuir as possibilidades de existência de uma sobreimplicação com meu campo. Em último caso, o risco de eu me sobreimplicar estaria em uma impossibilidade de analisar os resultados, os produzindo à luz da implicação da criança curada pela homeopatia, uma luz tão forte que me cegaria para ver qualquer coisa além dela e me faria circular em redundâncias. Assim, nos capítulos a seguir, tentei me manter atento ao agarrar as palavras para entender os seus sentidos, às vezes identificados com meus interlocutores, às vezes não. Agarrei com carinho e logo já quis soltá-las no mundo.

1.

## Capítulo 1

### Condições de possibilidade

*A igreja diz: O corpo é uma culpa. A ciência diz: O corpo é uma máquina. A publicidade diz: O corpo é um negócio. O corpo diz: Eu sou uma festa.*

Eduardo Galeano

## 1.1. Pista 1 - Paradigmas sobre o corpo, a clínica e o cuidado

O nascimento da clínica traz em seu cerne dispositivos de controle sobre os corpos que refletem contextos onde a humanidade, ao longo da sua história, vai atribuindo diferentes concepções ao corpo humano, além de determinadas formas de compreender e intervir na vida (FOUCAULT, 1987). A jornada do corpo ao longo dos séculos parece ter produzido uma série de disputas em distintos campos que hoje sentem os efeitos de acumulações históricas e conceituais que veremos a partir de agora. Neste sentido, o conceito de paradigma pode nos auxiliar no começo dessa discussão.

Um paradigma é constituído por dois elementos estruturantes: a perspectiva em si e seus praticantes, que se relacionam de forma dialética (COLLINS, 2016). Assim, nos termos do campo da saúde, teríamos as bases epistêmicas que fomentam científica, teórica e tecnicamente as práticas e suas reverberações nos sujeitos que as reproduzem e as atualizam. Coaduna com essa perspectiva a noção de paradigma em Laval e Dardot (2016), que apresenta um paradigma em saúde como um conjunto de discursos, práticas e dispositivos terapêuticos que tendem a estruturar e organizar não apenas a ação dos profissionais, mas a própria conduta dos pacientes. Nesse sentido, um paradigma possui relação com um determinado *habitus* de um determinado *campo*. A prática, desta maneira, passa a ser um efeito, um produto visível de relações dialéticas entre *habitus* e seu contexto, disposto em um sistema que integra a história, as percepções e as ações sobre o mundo (WACQUANT, 2017). É necessário, então, que retomemos algumas noções históricas e conceituais sobre o corpo, a clínica e o cuidado no campo da saúde.

Czeresnia (1997) afirma que o paradigma da dualidade corpo vs. alma fundou as bases da medicina como a conhecemos desde Aristóteles, pois é possível encontrarmos nele as primeiras noções dos órgãos vinculados ao corpo, órgãos como dispositivos fins da alma. Canguilhem (2009) também relaciona à Aristóteles a noção de que os órgãos estão subordinados à alma. Entretanto, ainda era possível perceber um caráter qualitativo nessa primeira divisão que, para Camargo Jr. (2012), está associada à visão dialética da natureza proposta por Aristóteles, uma visão que era expressada pelas modificações ocorridas nos corpos, sempre em uma dupla-relação de movimento, denominada *impetus*. O *impetus*, ou

seja, o movimento, era transmitido entre corpos no mundo terreno, que estavam submetidos às leis celestes.

O caráter qualitativo das noções sobre o corpo nos remetem à sua origem mítica, quando o corpo humano era compreendido como um “todo dotado de *pneuma* - sopro vital. O corpo era concreto e total, ainda que enigmático. Somente com a morte é que energia *sôma* - que correspondia ao corpo imóvel e inerte - libertava a *psyché*, presente ao abandoná-lo” (CZERESNIA, 1997, p. 21). Desta forma, o corpo era expressado pela dualidade “*sôma* - corpo - e *psyché* - alma, o homem manifesta-se como hierarquizado, privilegiando-se a alma - invisível, imortal e imaterial -, que submete o corpo - mortal e desprovido de inteligência” (CZERESNIA, 1997, p. 22).

Para Camargo Jr. (2012), é somente a partir do Renascimento do século XV e XVI que a episteme de caráter teocêntrica começa a perder espaço para a conformação de uma ciência experimental como a fonte da verdade a partir das luzes iluministas. Neste período de passagem e ruptura, Galileu começava a se interessar pelas concepções platônicas e aplicar métodos experimentais e quantitativos para decifrar a natureza, o que instaurou a queda entre leis celestiais e leis terrenas, que seriam regidas unicamente por leis universais, inaugurando novos campos como a física e a astronomia (CAMARGO JR., 2012).

A racionalidade da mecânica clássica teve a contribuição de cientistas e filósofos - como Newton, Descartes e Kant, pois, na época, a ciência experimental e a filosofia não eram segregadas, o que vem a acontecer no momento pós-kantiano. A natureza, bem como o corpo, assumem características de máquina. A partir da inauguração dos estudos anatômicos do século XVI ao XVIII, o corpo passa a ser fragmentado em partes cada vez menores e com funções específicas. Descartes, por exemplo, comparava o corpo humano aos princípios de funcionamento de um relógio (CZERESNIA, 1997). O sentimento de sede em Descartes demonstra isso, dizendo que

[...] da necessidade de beber, nasce daí certa *secura* na garganta que move seus nervos e, por intermédio deles, as partes interiores do cérebro; e esse movimento faz com que o espírito experimente o sentimento da sede porque, nessa ocasião, nada há que nos seja mais útil do que saber que temos necessidade de beber, para a conservação da saúde. (DESCARTES, 1983, p. 141 *apud*. CZERESNIA, 1997, p. 23).

Aqui é possível perceber que o corpo começava a ser dividido - não em uma ordem qualitativa aristotélica, mas em uma lógica biologizante, racional e quantitativa. Na fase pós-kantiana, Camargo Jr. (2012, p. 51) diz que a ciência “assume cada vez mais o papel de tribunal da razão, uma espécie de ‘ciências das ciências’. Esta tendência se fortalece em especial com o surgimento do positivismo”. O início de um positivismo científico com Comte e posteriormente com Fichte e Mach, inauguram discussões, já no século XVIII e XIX, sobre a metodologia da ciência e formas de reprodução dela, em busca de uma verdade universal (CAMARGO JR., 1970).

O século XX marca o apogeu da ciência como modo de produção da verdade. Camargo Jr. (2012) lembra, por exemplo, de Karl Popper, que pretendia encontrar um crivo absoluto entre o que poderia ou não poderia ser científico. A reverberação desse *modus operandi* da ciência produziu efeitos nos mais diversos campos da vida, construindo regimes de verdade que operam legitimando ou deslegitimando as práticas.

A construção dos atuais paradigmas sobre o corpo que se originaram no século XIX podem ser remetidos à teoria celular, que reforça essas cisões. Para Czeresnia (1997, p. 27), o corpo orgânico passa a corresponder ao “imaginário que acompanhou a disjunção do saber entre campos de conhecimento, ao natural e às ciências do natural. Já o invisível corresponde ao psíquico, ao humano e ao social”. É neste contexto paradigmático dos séculos XVIII e XIX que “no invariante da clínica, a medicina teria ligado a verdade e o tempo” (FOUCAULT, 1964, p. 60). Ao falar sobre o nascimento da clínica, Foucault traça uma arqueologia de como esse tipo de saber começa a enxergar a doença antes do corpo que ela habita, um “teatro nosológico” (FOUCAULT, 1964, p. 60).

Esse formato específico de clínica se constitui baseado no processo histórico de acumulação epistemológica e constrói simbolicamente o imaginário coletivo. Basta uma simples procura pela palavra “medicina” no Google Imagens para surgirem milhares de fotografias que retratam uma espécie de ficção da medicina ocidental biomédica: estetoscópios, medicamentos, exames de raio-x, microscópios, jalecos, máscaras e blocos cirúrgicos.

Este é um dos fios que constituem o laço do modelo biomédico, que para Menéndez (2003), se engendra não somente nas práticas em saúde, mas também nos tipos de pesquisas a serem realizadas, fomentadas pela indústria farmacêutica

e pelo Estado e, conseqüentemente, valorizadas pela sociedade. Estas práticas e pesquisas funcionam em nome de uma dita objetividade e neutralidade científica, que relativizam processos sócio-histórico-culturais sob os pressupostos do “biologicismo, a-historicidade, a-culturalidade, eficácia pragmática, orientação curativa e medicalização dos padeceres” (LANGDON, 2014, p. 1026).

Pudemos ver, até aqui, que este discurso responde a um projeto de ciência que determina um tipo específico de controle sobre o corpo, cujas práticas vinculadas ao saber médico são tomadas como formas únicas de alcançar um domínio sobre uma verdade. Essa maneira de interpretação da ciência no século XX é analisada por Shinn e Ragouet (2008), que mencionam a existência de correntes de pensamento no campo científico, as caracterizando como diferenciacionistas, antidiferenciacionistas e transversalistas.

A corrente do tipo diferenciacionista é aquela que separa as atividades científicas das demais atividades dos campos sociais, como a economia e a política, argumentando que a instituição-ciência é influenciada por outras instituições e, ao mesmo tempo, influenciadora, defendendo a autonomia e não-influência de uma instituição sobre a outra (SHINN; RAGOUET, 2008). Essa corrente marca, sobretudo, um ideal de ciência que não incorpora processos de subjetivação dos agentes sociais à construção do conhecimento. Um dos primeiros estudiosos a questionar o diferenciacionismo na ciência foi Thomas Kuhn ao dissertar sobre a estrutura das revoluções científicas. O autor inaugura um novo olhar para o paradigma, que seria uma “constelação inteira de crenças, valores e técnicas e assim por diante, compartilhadas pelos membros de uma determinada sociedade” (KUHN, 1970, p. 175, tradução nossa)<sup>6</sup>. Desta forma, a perspectiva de Kuhn (1975) afirma que as condições sociais e cognitivas também são elementos constitutivos das práticas científicas - o que não as descolariam dos processos de construção da ciência.

A corrente diferenciacionista também passa a ser criticada por promover um desenvolvimento tecnológico predatório e nocivo às questões ambientais de sustentabilidade - aqui, o movimento de contracultura que veremos mais à frente pode ser percebido como uma nova base instituinte. Além disso, em meados século XX, a teoria construtivista ganhava espaço nas análises sociológicas da época,

---

<sup>6</sup> No original: “It stands for the entire constellation of beliefs, values, techniques, and so on shared by the members of a given community”.

defendendo que o conhecimento é produto de necessidades específicas e objetivas dos agentes sociais, que não são meramente autômatos responsivos às estruturas mentais previamente construídas (MOREIRA JR., 2009). Toda essa movimentação em diferentes campos da vida social levam Shinn e Ragouet (2008) a classificarem esse novo olhar sobre a ciência como uma corrente antidiferencionista, cujo característica está na relativização sobre a construção do conhecimento, não dicotomizando saberes da sociedade com os saberes da ciência, por exemplo. Contudo, a crítica de Shinn e Ragouet ao antidiferencionismo se faz ao argumentarem que, se na corrente diferencionista temos uma defesa sobre a separação dos campos da vida - ciência vs. sociedade, por exemplo, na corrente antidiferencionista temos um relativismo exacerbado que poderia transmitir uma ideologia “anticiência” (MOREIRA JR., 2009).

A noção que superaria os limites das correntes de interpretação da ciência entre a diferencionista e a antidiferencionista estaria, para Shinn e Ragouet (2008), na concepção de “campo científico” em Bourdieu. Aqui estaria inscrita a corrente transversalista, pois a noção de campo científico não dicotomiza o campo da ciência em relação às outras esferas da vida social, mas estimula a análise do campo sempre *em relação* aos outros campos que estão em constante processo de atualização de suas fronteiras (BOURDIEU, 1990). Assim, para Shinn e Ragouet (2008), uma abordagem transversalista da atividade científica está circunscrita em torno dos campos e nas relações estabelecidas entre campos diferentes e seus mecanismos, como agentes sociais, organizações e instituições. A abordagem transversalista evidencia que as questões ontológicas, éticas e afetivas formam e são formadores das nossas práticas no mundo, propondo uma indissociabilidade. A corrente transversalista constituiria, então, um ideal de ciência e, para isso, rupturas são necessárias. Nesse sentido, no livro intitulado “Introdução à uma ciência pós-moderna”, Santos (2007) afirma existir uma dupla ruptura presente no debate epistemológico.

A primeira ruptura nos fornece condições de possibilidade para refletir que na área da saúde - sob a égide da ciência, ocorre a aceleração de uma monocultura do cuidado sobre a saúde dos povos, um período histórico no qual o discurso da ciência se institucionaliza como o primado da razão ao tentar tomar distância do senso comum (SANTOS, 2007). O senso comum é definido por Santos (2007, p. 34) como um “conhecimento evidente que pensa o que existe tal como existe e cuja

função é reconciliar a todo custo a consciência consigo própria” e se afasta da concepção bachelardiana. Por possuir uma tendência conservadora, o senso comum passa a ser refutado pela ciência, que cria um novo *habitus* do campo científico, como apontado por Bachelard (2008, p. 18) ao dizer que “a ciência, tanto por sua necessidade de coroamento como por princípio, opõe-se absolutamente à opinião”. Esse *habitus* é forjado sob as forças de um contexto histórico que remonta ao século XVIII, onde a burguesia emergente tentava conquistar capital político na disputa com o antigo regime pela valorização filosófica do senso comum (SANTOS, 2007). Após a conquista de poder, a burguesia da época não precisava mais sustentar os esforços pelo senso comum, iniciando um período de desvalorização de um conhecimento visto como meramente ilusório e, para Santos (2007), é com esse intuito que nascem as ciências sociais no século XIX. Entretanto, diferentemente das ciências naturais que passam a negar o senso comum, as ciências sociais constroem uma relação mais complexa. Isso porque existem divergências entre concorrentes que acreditam e que não acreditam ser possível uma ruptura com o senso comum e, indo além, Santos (2007) afirma que também ocorrem divergências sobre as concepções de senso comum, onde em alguns momentos é atribuída uma positividade e, em outros, uma negatividade.

Assim, a primeira ruptura epistemológica aconteceria na medida em que a ciência adota o discurso da verdade vs. charlatanismo - período no qual aquela representa as leis universais de regência da verdade e esta é a representante da mentira e má índole. No século XIX, acontece um momento de caça aos charlatões, conforme nos aponta Roudinesco (2005), ao dissertar sobre a ação do Estado francês em tentar coibir possíveis práticas de charlatanismo por terapeutas, refletindo como se dão os efeitos dessa decisão e o papel da relação Estado-ciência na sociedade. Para Santos (2007, p. 39), é preciso ir além no desafio: “uma vez feita a ruptura epistemológica, o ato epistemológico mais importante é a ruptura com a ruptura epistemológica”. Romper com a ruptura epistemológica é, assim, o laço constitutivo dessa dupla ruptura ainda por vir, o que é, para Santos (2007, p. 45), um passo a ser dado rumo a “um senso comum esclarecido e uma ciência prudente”.

## **1.2. Pista 2 - Possibilidades de rupturas epistemológicas e a crise da biomedicina**

Ao colocar a proposta de uma segunda ruptura epistemológica, uma ruptura da ruptura, Santos (2017) critica o desperdício realizado a partir do momento em que a sociedade moderna passa a excluir saberes, conhecimentos e experiências, nos fornecendo condições para pensar que a exclusão dessas experiências acontece principalmente com aquelas que possuem origens em sociedades não-ocidentais, não-brancas e historicamente subalternizadas. Não existe como afirmar que a segunda ruptura apontada por Santos (2007) tenha sido concluída ou sequer iniciada. Uma pista inicial para refletirmos uma possível segunda ruptura nos pode ser dada ao olharmos para as teorias decoloniais, que vêm ganhando mais vozes na contemporaneidade.

Ramón Grosfoguel (2005), precursor do pensamento decolonial na América Latina, faz um processo de desmontagem do nosso sistema-mundo ao dizer que habitamos uma sociedade euro-norte americana capitalista/patriarcal/moderno/colonial. Para o autor, territórios colonizados pela Europa ainda são subalternizados, sofreram e sofrem exclusões provocadas por hierarquias étnico/raciais, de gênero, sexualidade, espirituais e epistêmicas impostas pela Modernidade. A proposta Decolonial vem, assim, trazendo à cena as bases constituintes do nosso laço social.

Para Grosfoguel (2005), ao longo da Modernidade, o processo de colonização eurocentrado atualizou-se pelo advento do capitalismo e da globalização. Indo além, podemos dizer que a lógica moderna-colonial também se instaurou com auxílio de “Um” projeto único de ciência desde as bases epistemológicas da filosofia pitagórica até Descartes, por exemplo, berço da medicina clássica. A conquista de um status de “verdadeiro saber” pela ciência a fez se distanciar cada vez mais do corpo social, do senso prático da vida ao desejar na distância e impessoalidade uma neutralidade inalcançável que fundamenta seus parâmetros e preceitos, a delimitando como campo das verdades, categorizações e normatizações.

A passagem do colonialismo para a colonialidade se dá quando os territórios deixam de ser colônia, mas mantém uma lógica de funcionamento colonial. Aqui, podemos citar a colonialidade do poder (QUIJANO, 2007), do saber

(CASTRO-GOMES, 2007) e do ser (MALDONADO-TORRES, 2007) que se engendram tanto em projetos de mundo como em políticas de subjetivação. Cada um dos autores situa a colonialidade sob diferentes aspectos, sendo uma de suas intersecções a que compreende a colonialidade como elemento constitutivo do capitalismo. Para Quijano (2007), a colonialidade do poder é advinda das grandes instituições de regulação do poder em um sistema-mundo capitalista; a do saber se relaciona ao modo de exclusão e marginalização de saberes destoantes dos euro-norte americanos (CASTRO-GOMES, 2007); a do ser, por fim, está relacionada aos processos de subjetivação capitalistas-coloniais (MALDONADO-TORRES, 2007).

A colonialidade é, então, mais profunda e duradoura que o colonialismo, pois ela se entretetece ao operar em diferentes níveis na subalternização dos corpos. A partir das atualizações do colonialismo desde a Modernidade para um modelo de colonialidade global, os mais diversos aspectos sócio-histórico-culturais da vida humana são capturados pela hegemonização de discurso, sendo a saúde um campo que traz à cena muitos destes elementos. Desta forma, pensando o paradigma biomédico, podemos dizer que ele se institucionaliza como um projeto dominante, que em seus regimes de verdade acaba expulsando para as margens do campo da saúde práticas por muito tempo utilizadas no cuidado por populações tradicionais e nativas e, em diversas vezes, destruindo-as.

Atualmente, muitas das práticas que um dia foram chamadas pela biomedicina de alternativas - ou até mesmo nem vistas e consideradas, estão reunidas no mundo em torno da noção de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) e, no Brasil, em torno da noção de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, que objetivam a compreensão do ser humano em um aspecto global e integrado. Entretanto, a construção de um modelo de conhecimento, técnica e práxis para as MTCI nos sistemas de saúde ainda é muito recente e os primeiros documentos de fomento datam do início dos anos 2000 (WHO, 2000). O desafio é grande, visto que o projeto Moderno/Colonial contribuiu para que a ciência tomasse um afastamento das compreensões holísticas sobre a saúde e partisse para um aprofundamento dos estudos nosológicos objetivando uma classificação cada vez maior de doenças (CZERESNIA, 1997).

Vai se tornando possível observar que a medicina ocidental, de racionalidade biomédica, se constituiu de forma hegemônica e dominante no campo da saúde,

alicerçada fundamentalmente em compreensões sobre as doenças e, a partir de determinados entendimentos, uma forma de intervenção na vida (CAMARGO JR., 2012)<sup>7</sup>. Canguilhem (2005, p. 53) nos diz que “a clínica coloca o médico em contato com homens concretos e não com seus órgãos e funções”, tecendo uma crítica ao formato de clínica que reduz as condições de possibilidade do sujeito produzir seus próprios enunciados, pois os espaços para a palavra e a escuta são minimizados. Em uma perspectiva clínica, a interlocutora 7 me diz que possui hipóteses sobre o por que as pessoas procuram se tratar com PICS.

Porque as relações entre o médico e o paciente, o terapeuta e o paciente, a pessoa que está ali para se curar, é um dos motivos para as pessoas procurarem outras formas de terapia. (...) Quando eu fiz a pesquisa empírica com pacientes de serviços públicos do hospital, eles se sentiam muito desprezados porque não eram ouvidos. E a frase ‘ele nem olha na minha cara, ele nem pega na minha mão’ aparecia muito. Isso não é simbólico. O ser humano adoecido, fragilizado, ele quer ter uma atenção, ele quer ser cuidado. Então a questão do cuidado, a falta de cuidado é um dos elementos que podem explicar porque as pessoas se viraram para outros tipos de práticas. (Interlocutora 7)

Parafraseando Canguilhem (2005), poderíamos dizer, então, que determinados formatos clínicos não colocam profissionais da saúde em contato com os sujeitos, mas com seus órgãos - um funcionamento presente no campo da biomedicina. A fala da nossa Interlocutora 7 demonstra a insatisfação das pessoas com a situação.

Os desgraçados [pacientes] se cansaram de ir atrás de cuidado e cura na biomedicina, então eles passam a utilizar alternativas que podem trazer saúde. Eu não estou querendo legitimar essas práticas não, às vezes isso significa apenas a relação terapeuta-paciente, só. Eu frequento a biomedicina, tenho plano de saúde, e fico olhando como age uma jovem geriatra que poderia ter sido minha aluna. Ela está muito preocupada com o papelito dela lá para ver se corresponde àquelas categorias que ela aprendeu, a minha pessoa não tem a menor importância. Você deve ter notado que isso, em relação a quem está doente, isso é uma coisa muito decepcionante e deixa muito insatisfeito. (Interlocutora 7)

A experiência da Interlocutora 7 remete a Foucault (1964, p. 66), que nos fala que nesse tipo de clínica “se encontram doenças cujo portador é indiferente: o que está presente é a doença no corpo que lhe é próprio, que não é o do doente, mas o de sua verdade”. Ao mesmo tempo, a indignação também diz respeito sobre uma urgência em outra forma de cuidado. Assim, a procura por uma saúde mais

---

<sup>7</sup> Racionalidade médica é uma categoria conceitual-operacional para comparações de sistemas complexos, compostos por: morfologia, fisiologia, sistema diagnóstico, sistema de intervenções e doutrina médica, conformando uma racionalidade (LUZ, 2012).

naturalista, holística e espiritualista, menos invasiva e menos farmacológica, fala de transformação social no Ocidente.

As raízes históricas dos diferentes processos de formação e conformação de paradigmas que incidem no corpo permitem refletir sobre como esses esquemas de percepção mudaram radicalmente. O efeito disso foi a institucionalização de um projeto de corpo universalmente difundido pelo discurso biomédico, um corpo dividido em pequenas unidades dotadas de funções específicas como máquinas. A noção de um corpo como máquina inaugura, então, um novo esquema de percepção: se o corpo pode ser considerado uma máquina, ele também pode ser aperfeiçoado, passando a constituir uma dimensão de consumo. Pensando na perspectiva bourdieusiana, o corpo como bem *de* consumo e *para* o consumo poderia falar de um novo *habitus* em voga no campo da vida em uma sociedade contemporânea. O *habitus* se torna eficaz quando encontra condições de possibilidade de operacionalização nas práticas das quais ele é produto e, ao mesmo tempo, produtor. Neste sentido, o *habitus* corpo-bem-de-consumo encontra suas vias de materialização em um espaço social onde ocorrem práticas que atualizam a todo momento um corpo, também refém de um ideal estético, que reposiciona a indústria farmacêutica e as clínicas de intervenções plásticas no centro do capital econômico e poder simbólico<sup>8</sup>. Merleau-Ponty (1999) nos auxilia nessa compreensão quando ele se debruça sobre a fenomenologia do corpo, afirmando que o mundo é capaz de alterar a relação com nós mesmos.

Tenho consciência do meu corpo através do mundo. [...] É verdade pela mesma razão que meu corpo é o pivô do mundo: sei que os objetos têm várias faces porque eu poderia fazer a volta em torno deles, e neste sentido tenho consciência do mundo por meio de meu corpo (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 122).

De maneira dialética, Merleau Ponty (1999) recusa a dicotomização produzida sobre o corpo ao compreender que deve existir uma noção de provisoriamente sobre a maneira de enxergar e se relacionar com essa materialidade que nos compõe - não unidades distintas, mas como totalidades expressas pela noção de corporeidade. Nesse sentido, a atualização do corpo-máquina para o corpo-bem-de-consumo ao mesmo tempo que endossa o crescimento da procura

---

<sup>8</sup> O Brasil é o país que mais realiza cirurgias plásticas no mundo. Disponível em: <http://www.revistaferidas.com.br/brasil-e-o-pais-que-mais-realiza-cirurgias-plasticas-no-mundo/>. Acesso em: 03 mai 2021.

por novas práticas médicas, como as intervenções estéticas e farmacológicas, por exemplo, de um outro lado também faz crescer o descontentamento dos sujeitos com práticas hegemonicamente instituídas para cuidar desse corpo, levando-os a buscar práticas não-biomédicas, uma vez que tal descontentamento pode ser compreendido como um efeito da sensação de insuficiência encontrado nos cuidados biomédicos.

A frustração com a clínica biomédica gerou, para Lorenzo (2017, p. 31), uma crise imbricada por “razões político-econômicas, éticas e corporativas”. A crise da biomedicina, conforme aponta Luz (2014), é uma “falência da clínica” em seu formato hegemônico. O espaço clínico, assim, se torna cada vez mais especializado e menos pautado na própria relação terapeuta-paciente, o que reverbera até hoje em um impacto na confiança que houve no formato biomédico da clínica, que também envolve “os inúmeros escândalos em que se envolveram e se envolvem a indústria farmacêutica, a hipermedicalização e o alto preço dos medicamentos” (LORENZO, 2017, p. 77). Dados mais antigos da ANVISA (2006) apontam que 50% a 70% das consultas médicas acabam gerando prescrição medicamentosa. Uma atualização destes resultados foi realizada pelo Conselho Federal de Farmácia em parceria com o Datafolha em 2019<sup>9</sup>, cujos números afirmam que cerca de 77% das/ brasileiras/os se automedicam e, em média, 55% passam a adotar a automedicação depois de uma prescrição médica. Coaduna com esses dados um exemplo citado por nossa interlocutora que nos remonta à hipermedicalização do social e o que isso evidencia.

Existe uma ineficiência dos biofármacos para curar uma pessoa. Uma coisa é se medicalizar, passar a vida inteira tomando aquele remédio. Eu, por exemplo, tenho hipertensão leve, não posso parar de tomar anti-hipertensivo. Então as pessoas se sentem como que viciadas naqueles medicamentos. Mas assim, o remédio que era a solução terapêutica da biomedicina, não era algo que podia curar, ele estava ali para tirar sintomas, a contenção dos sintomas era a noção de cura da biomedicina. Ora, em outras culturas não é assim, como em algumas culturas indígenas, culturas antigas, a cura é a recuperação da vida e a ligação com o outro. A pessoa ficar a vida inteira submetida a um determinado tipo de droga não é cura, é um vício, é uma adição. É um *habitus* social, a medicalização tornou-se um *habitus* social. Isso não significa que aquele ser humano esteja saudável. Então a diferença é essa, sejam as PICS, as racionalidades médicas, a ambição é buscar a cura, a saúde. E essas duas noções estão ausentes na biomedicina. (Interlocutora 7)

---

<sup>9</sup> Uso de medicamentos. Conselho Federal de Farmácia. Instituto Datafolha. Disponível em: [https://www.cff.org.br/userfiles/file/Uso%20de%20Medicamentos%20-%20Relat%c3%b3rio%20\\_final.pdf](https://www.cff.org.br/userfiles/file/Uso%20de%20Medicamentos%20-%20Relat%c3%b3rio%20_final.pdf). Acesso em 16 jun 2021.

A fala da Interlocutora mostra que é possível perceber que a medicalização social, em sua interface com o uso irracional de medicamentos, é um componente do *habitus* biomédico no campo da saúde. O controle dos sintomas somente por vias farmacológicas não raro acabam resultando em dependência e, muitas vezes, perda do coeficiente de autonomia das pessoas em relação à própria saúde. É o *habitus* do campo que regula as práticas e produzem efeitos que dizem sobre o próprio paradigma no qual são estruturas estruturadas e estruturantes, como na relação biomedicina-medicamentos. Esse processo influi nas tomadas de posição e nas opiniões dos agentes, conformando assim seus mundos sociais, ou seja, o “passado que sobrevive no atual e que tende a se perpetuar no porvir a se atualizar nas práticas estruturadas de acordo com seus princípios” (BOURDIEU, 1990, p. 90).

Desta maneira, para compreendermos como e por que acontece o fenômeno da expansão de práticas não-biomédicas, de uma procura por modelos não-convencionais, é preciso pensar sobre o que os fenômenos nos comunicam. Nesse sentido, a crise da biomedicina pode ser vista como uma das relações para entendermos os efeitos da prática biomédica no campo da saúde. Nossa Interlocutora chama atenção ao dizer:

Acho que temos que abrir os olhos para qual é o movimento social, no campo da saúde, que faz explodir esse monte de práticas diferentes. Porque se não colocarmos essa pergunta, a gente não entende o fracasso da biomedicina na vida e na saúde das pessoas. (Interlocutora 7)

Podemos remeter a crise do modelo biomédico em intervir e cuidar das pessoas ao sentido etimológico mais aceito da palavra *alquimia*, do árabe *al-kimiya*, que significa *a química*<sup>10</sup>. Os alquimistas árabes da Idade Média buscavam um material que tivesse a potência de transformar qualquer metal em ouro. Além da pedra filosofal, os antigos alquimistas também tentavam encontrar uma substância que desse conta de curar todas as mazelas que acometiam os seres humanos, um medicamento universal, a chamada “*panaceia*”, em latim *panacea*, a deusa da cura na mitologia grega. Aqui, isso significa dizer que a partir da consolidação do campo biomédico e seus coeficientes de autonomia, começamos a ter, com inspirações alquímicas, a cura para muitos males. Porém, conforme a ciência biomédica alcançou maiores respostas sobre os funcionamentos dos nossos corpos, bem como se dão as interações entre as mais diversas substâncias existentes, avançou

---

<sup>10</sup> De acordo com o dicionário Michaelis. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em: 01 jun 2020.

também em um grande problema: a pretensão de dominação que esta forma de fazer ciência carrega. Assim, a medicina ocidental se constitui, como vimos anteriormente, como uma única forma de verdade para tratar das doenças, ou seja, como a *panaceia*. Na perspectiva de Stengers (2002), a medicina dita “científica” foi inaugurada, segundo essa lógica de pensamento, no momento em que os médicos “descobrem que nem todas as curas são equivalentes. O restabelecimento como tal nada prova; um simples pó de pirlimpimpim ou uns tantos fluidos magnéticos podem ter efeitos equivalentes, embora não possam ser considerados causa” (STENGERS, 2002, p. 33). Neste sentido, para nosso Interlocutor, a crise do modelo biomédico atualmente está dizendo que temos um drama na ciência.

A gente não tem conhecimento para cuidar das pessoas, a gente tem conhecimento para cuidar das doenças. Você pode tratar perfeitamente da doença e a pessoa estar muito mal, você resolve uma parte do problema mas nem sempre é a mais importante. Doença é uma fração muito pequena do adoecimento da pessoa e não se confunde com a pessoa. (Interlocutor 3)

Assim, falar em “fracasso” ou “crise” do modelo biomédico não quer dizer um negacionismo da sua importante contribuição. Essa crise diz sobre um reconhecimento do que vem acontecendo no campo social, uma percepção de que a clínica biomédica não é a *panaceia* capaz de curar universalmente todos os males que nos acometem, uma vez que o adoecimento é maior que sua sintomática. Junto a isso, existe um aumento do interesse pelas práticas não-convencionais e outras racionalidades em saúde. Nossa interlocutora evidencia isso novamente ao dizer:

Eu percebi que há vários sistemas médicos, o nosso ocidental é baseado na ciência objetiva. Isso começa no final do século XVII, mas é no século XVIII que isso vai se expandir. Por muito tempo nossa medicina foi tradicional, mas é a entrada do Newton, do cartesianismo, da coisa da ciência empírica que a coisa vai caminhando para esse lado. Sem condenação nem elogio, é outra forma de pensar que descobriu várias outras coisas, que está na ponta de pensar em várias outras coisas sobre doença, morte. Não pensa a vida, mas em algum momento a biomedicina vai pensar a vida também, já começaram a falar que com movimento e práticas saudáveis a pessoa não adocece, isso já é um grande progresso. E isso só tem cinquenta anos. (Interlocutora 7)

Benevides e Passos (2008, p. 389) relacionam ao cenário da crise o certo esgotamento do modelo clínico biomédico, cuja resposta no SUS, por exemplo, também veio por meio da Política Nacional de Humanização. Em parte, isso explica que “tudo isso vem minando a medicina convencional e gerando uma enorme demanda para a busca de outras formas de tratamento” (LORENZO, 2017, p. 77).

Para Barros (2012), a crise também reverbera em diferentes campos do conhecimento, o que produz pensamento crítico sobre as formas do fazer científico.

Dado que se tem uma “crise” do modelo científico, em diferentes áreas do conhecimento, muitos pesquisadores de diferentes formações têm refletido, filosoficamente, o seu fazer em ciência. Entre vários autores, destaca-se Boaventura de Sousa Santos que propõe um paradigma “prudente para uma vida decente”, que afirma: “... que a natureza da revolução científica que atravessamos é estruturalmente diferente da que ocorreu no século XVI. Sendo uma revolução científica que ocorre numa sociedade ela própria revolucionada pela ciência, o paradigma a emergir dela não pode ser apenas um paradigma científico (o paradigma de um conhecimento prudente), tem de ser também um paradigma social (o paradigma de uma vida decente). (BARROS, 2012, p. 300).

O trecho supracitado aponta que Barros (2012), por meio de Santos (1995), afirma existir a necessidade de uma ciência prudente para uma vida decente. A ciência decente, neste sentido, poderia ser compreendida como um fruto de uma ruptura com a ruptura epistemológica, uma transformação que levaria o paradigma ao seu devir ético. A raiz etimológica de *biomedicina*, por exemplo, deveria nos remeter a uma ciência da vida, do *bios*, mas que na prática isola a vida das doenças. A crise da biomedicina pode nos visibilizar, a partir deste ponto, que existe a impossibilidade desta racionalidade em dar conta da multiplicidade de demandas por cuidado que os sujeitos necessitam - embora pareça pretender. Tal crise poderia nos falar de um analisador, portando, de tensão paradigmática entre biomedicina e a emergência de novas racionalidades na saúde. Um dos efeitos dessa transformação social pela busca de um cuidado mais integrativo nos remete ao movimento de contracultura global, uma força instituinte produzida por sujeitos à procura de outras formas para cuidarem de si e do outro, tópico da nossa próxima seção, lugar no qual iremos localizar a crise da biomedicina em sua faceta que se faz visível, ou seja, ao nível das práticas.

### **1.3. Pista 3 - As Práticas Integrativas e Complementares: da contracultura ao Sistema Único de Saúde**

As primeiras partes deste capítulo nos forneceram condições de possibilidades para pensarmos a crise do modelo biomédico e suas problemáticas em dar conta da multiplicidade dos processos de saúde e adoecimento das pessoas. Nos parece que qualquer racionalidade, seja ela biomédica ou outra, está sujeita ao enfrentamento de uma crise conforme se proponha a homogeneizar um campo. Se faz necessário que pensemos, então, em termos dos movimentos sociais na saúde que produziram efeitos e alterações no campo ao longo do tempo - e aqui trataremos especificamente sobre o movimento de contracultura.

Na década de 1970, a contracultura despertava em um mundo que havia passado pela Primeira e Segunda Guerras Mundiais e se encontrava em meio à Guerra Fria, com acontecimentos emblemáticos como a Guerra do Vietnã. Existiam forças instituintes de uma revolução tecnológica, científica e informacional, conhecida popularmente como Terceira Revolução Industrial, que na época estava em seu pleno curso, reverberando diretamente na forma dos sujeitos viverem e habitarem seus territórios em uma sociedade cada vez mais globalizada. Para Barros (2008, p. 108), “o fundamento do movimento alternativo no Ocidente foi o de retomar as ferramentas intelectuais de análise, na forma dos pares de opostos, e redefinir seu padrão de domínio epistemológico”. Isso quer dizer que as formas “alternativas” de experimentação social começaram a ser de fato experimentadas por grupos inconformados com as estruturas instituídas até então, sendo o Maio de 68 provavelmente uma das cenas mais emblemáticas desse período histórico que continuaria a reverberar em diversos campos da vida ao longo da segunda metade do século XX. Nossa Interlocutora chama atenção para esse momento.

Começou aí a coisa. Era mais ou menos os anos 1980, houve uma revolução na área da saúde, no final dos 1970 e início dos 1980. Vem uma contracultura em saúde, isso parte dos Estados Unidos, a história do corpo passa a ser muito importante. (Interlocutora 7)

Os conflitos globais - e o envolvimento dos Estados Unidos neles - geraram uma corrida armamentista e, simultaneamente, informacional, técnica e científica. O produto foi uma enorme explosão de novas invenções no âmbito das telecomunicações, da robótica e da genética. Em meio às novidades, a sociedade tentava se recuperar de traumas no seu laço social pelo esquecimento, perdendo

sua capacidade de narrar as experiências. Walter Benjamin (1987) descreve esse momento como um mundo que havia passado por transformações não antes imaginadas, transformações que faziam a sociedade observar os combatentes das guerras e suas famílias não mais ricas em experiência como se esperava, mas “pobres em experiências comunicáveis - e o que se difundiu dez anos depois, em na enxurrada de livros sobre a guerra, não tinha nada em comum com uma experiência transmitida boca a boca” (BENJAMIN, 1987, p. 198).

Nesse sentido, podemos dizer que o movimento contracultural nasce em meio a um contexto político e social onde os velhos instituídos remetiam ao trauma do tecido social ocasionado pela destruição da capacidade de narrar a experiência - e o que os jovens da época queriam era exatamente o oposto. Barros (2008) diz que a juventude não aceitava mais as promessas da eternidade, do determinismo, das hierarquias alienantes. Buscava-se, assim, a “desordem que pulsa na ordem da vida; no lugar da necessidade material, como meio de sobrevivência ou método de análise, instala-se a criatividade para que seja possível enxergar a arte no interior das estruturas” (BARROS, 2008, p. 108). Assim, nossa Interlocutora relembra seus motivos de aproximação com o campo e, também como a Interlocutora 7, os associa aos primeiros efeitos do movimento contracultural, ainda nos Estados Unidos.

Eu passei um tempo nos Estados Unidos, região da Califórnia e do Colorado, e lá me chamou atenção o *boom* do que eles chamavam de medicina alternativa, que era muito forte lá, muito presente, isso me chamou muito a atenção. E eu fiquei pensando que eu gostaria de estudar isso no Brasil (Interlocutora 6).

Essas novas formas de experimentações alternativas foram realizadas, para Barros (2008, p. 109), mais do que por vanguardas, mas por grupos sociais “inconformados e inconformistas. Estes recusam-se a aceitar a ordem instituída, porque existia e devia ser aceita, e, além disso, estavam certos de que o que não existia continha um amplo campo de possibilidades”. Isso demonstra que mesmo em meio a um modelo instituído de fazer medicina e ciência, ainda existe a possibilidade de subterfúgios e tensionamentos. Nesse sentido, o movimento contracultural - desde seu lugar na área das ciências da saúde - também pode ser compreendido como uma pista que fala sobre uma nova cultura de cuidado emergindo na sociedade da época.

O movimento contracultural da década de 1970 é, no sentido desta pesquisa, uma pista que nos fala sobre uma tensão paradigmática entre biomedicina e outras racionalidades de cuidado da saúde. Isso porque, a partir da década de 1970, tivemos no Ocidente uma abertura para os recursos terapêuticos orientais como a meditação, yoga, acupuntura e a própria racionalidade médica da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Essa abertura foi produzida por contextos políticos e econômicos, como o da China que, após a revolução comunista, despontava como a maior potência econômica do Oriente, realizando grandes reformas internas que levaram o país a uma abertura das fronteiras, processo fundamental para criar as condições de possibilidade da popularização dos recursos de sua próprio sistema médico (LORENZO, 2017). Assim, duas primeiras observações de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) aconteceram. A primeira foi coordenada por Halfdan Mahler no período de 1973 a 1974 e a segunda foi advinda do movimento canadense gerado pelo “Relatório Lalonde - Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadianos” de 1974 (BRASIL, 2002).

Em um primeiro momento, O Relatório Lalonde e as observações de Mahler podem parecer ensejos instituintes na OMS que fizeram uma crítica aos instituídos da biomedicina, propondo uma ampliação do conceito de saúde que compreenderia não só a biologia, mas também o ambiente, estilo de vida e assistência sanitária. O alargamento do conceito de saúde proposto a partir de Lalonde começava a dar pistas para uma maior consideração dos espectros socioculturais e como eles influenciam a saúde, bem como as desigualdades sanitárias e, em certo grau, a corresponsabilização dos indivíduos sobre sua própria saúde. Entretanto, estas observações carregavam um teor exploratório e generalista acerca das diferenças, sobretudo, dos cuidados de saúde não convencionais desenvolvidos pelo povo chinês, principalmente na China rural. Para Heidemann *et al.* (2006, p. 353) estas “atividades, aparentemente bem sucedidas, tinham como pano de fundo a atenção primária de saúde, sendo suas ideias depois utilizadas e formalizadas na Declaração de Alma Ata, em 1978”. O Interlocutor traz a sua perspectiva sobre a entrada das PICS no SUS, também associando ao evento de Alma Ata:

Acho que existe um movimento mundial de valorização dessas práticas. A própria OMS em Alma Ata começa a valorizar as medicinas tradicionais. Também antes existiu o movimento de contracultura. Tudo foi valorizando essas práticas. Na década de 80 foi reconhecida pela medicina a homeopatia, na década de 90 foi reconhecida a acupuntura. Então fervilhava

no território as possibilidades de usar outras práticas. Eu creio que não é em algum momento que o SUS permite a entrada das práticas integrativas, creio que em algum momento ele endurece e pega todo o orçamento federal e aplica numa única forma de fazer saúde [a biomedicina], isso torna o sistema robusto e forte, mas com um olhar apenas. E as práticas integrativas vão tangenciando essa história. (Interlocutor 2)

É interessante perceber que o Interlocutor fala sobre as PICS irem tangenciando a própria história do SUS, pois já existiam no território antes de serem implementadas pela PNPIC. Se faz necessário, portanto, que resgatemos o histórico das condições de possibilidade, nacionais e internacionais, para a institucionalização das PICS no SUS.

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde de Alma-Ata, na antiga União Soviética, foi um evento fruto da OMS em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), tornando-se um grande marcador no campo da saúde, defendendo a proteção e promoção da saúde dos povos do mundo, que definiu um objetivo principal: “saúde para todos no ano 2000” a partir de uma estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS) Integral. Contudo, Testa (1992) tece uma crítica a APS, substituindo o “P” de Primária pelo “P” de primitiva. Para o autor, a APS limitou-se a intervenções rudimentares e simplistas para as classes mais vulneráveis, atribuindo, por exemplo, a ideia de “social” e “comunidade” como “algo de pobre”. Paim (2012) elucida que, após Alma-Ata, a Fundação Rockefeller e o Banco Mundial, praticando o liberalismo econômico de Ronald Reagan e Margaret Thatcher (via UNICEF), foram responsáveis pela implantação de uma APS seletiva e não integral como defendia-se em Alma-Ata. Isto porque no ano seguinte à Alma-Ata acontece na Itália a Conferência de Bellagio, onde a ideia de APS Seletiva é difundida como uma noção mais específica de APS, com um recorte de atenção à saúde nos países pobres constituído por serviços mínimos e gastos baixos (FAUSTO; MATTA, 2007).

Para Heck e Lima (2017), o objetivo de uma APS Integral e saúde para todos no ano 2000 que se desenhou em Alma-Ata só foi novamente retomado alguns anos depois, em 1986, na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde com a promulgação da Carta de Ottawa. Neste momento, o modelo de atenção à saúde foi redirecionado pensando o cuidado subjetivo e o cuidado para com os outros “pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da

própria vida e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção de saúde por todos os seus membros” (HEIDMANN *et al.*, 2006, p.353).

Em Alma-Ata (1978), o então diretor geral da OMS, Halfdan Mahler, declarou que cerca de dois terços dos agravos em saúde da população mundial não eram cobertos pelas tecnologias especializadas da biomedicina, ou seja, somente um terço da demanda era suprida (MULLER, 2015). É importante ressaltar que aqui a OMS está falando em “suprida” somente como sinônimo de “cobertura” ou “acesso”, o que pode ser interpretado como medidas mitigadoras da biomedicina, não colocando em questão a criação de um novo paradigma integrativo do cuidado de fato. A OMS, assim, passa a se posicionar a favor dos países fomentarem, por meio de política pública, formas mais sustentáveis de cuidados e atenção da saúde, investindo em seus recursos terapêuticos locais, específicos e subjetivos de cada realidade territorial (LUZ, 2005). Seria preciso, então, mais do que reformas, mas a institucionalização de uma nova cultura de cuidado na Atenção à Saúde, como as noções de contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, atributos da APS propostos por Barbara Starfield (2002).

No contexto brasileiro, simultaneamente às discussões internacionais, também acontecia uma articulação em relação às PICS especificamente - que na época ainda não haviam sido nomeadas com esse nome. Essa discussão nos remete ao ano de 1985, quando houve a tentativa de criação de uma Política Nacional de Homeopatia no Brasil. Tratava-se de um convênio envolvendo diversas instituições como a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) e o Instituto Hahnemanniano do Brasil (IHB), a escola mais tradicional em homeopatia do país. Juntas, estas instituições tentaram articular a implementação da homeopatia no sistema público de saúde do Rio de Janeiro. A iniciativa não teve êxito em sua proposta de formular uma política específica, mas segundo Estrela (2013), a experiência instaurou importantes debates político-institucionais, reverberando em uma discussão sobre práticas não biomédicas que já aconteciam no sistema público de saúde, mas que eram realizadas de forma descontínua e isoladamente. Estas práticas, especificamente a homeopatia, que acontecia nas margens dos serviços na época, eram praticadas principalmente por médicos/as homeopatas que se vincularam à medicina social e, posteriormente, às escolas de homeopatia brasileiras. Em geral, eram profissionais da saúde que produziram

rupturas com as carreiras dominantes em suas áreas, bem como com os projetos político-pedagógicos de seus cursos desde a formação de origem (ESTRELA, 2013).

Apesar da primeira tentativa de uma articulação de uma política pública para as práticas não biomédicas não ter seguido em frente, em 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi o grande marco para o Sistema Único de Saúde e para a própria Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que só veio a ser anunciada vinte anos depois, em 2006. Para nosso Interlocutor, esse é um acontecimento que mostra alguns analisadores.

Já existia essa discussão no território, tanto que os conselhos estavam tentando reconhecer essas práticas no dia a dia. Então tem toda uma questão social nesse período que vale a pena aprofundar isso. E aí na própria Conferência Nacional de Saúde de 86 existe um apelo social e está provado que se queria essas outras terapêuticas no sistema. E isso acontece. Em 88 saíram as primeiras normas da CIPLAN que edita a possibilidade de criar serviços de acupuntura, serviços de plantas medicinais, termalismo, serviços alternativos em saúde mental. Que interessante, né, tem essa nota criando esses serviços alternativos em saúde mental. Mas isso não ganha espaço do ponto de vista hegemônico, então ela tá ali, mas sem investimento. Todo investimento está voltado para esse campo hegemônico de cuidado. E aí se cria os procedimentos para operar as formas de pagamento, o de acupuntura e homeopatia que passam a ser monitorados. (Interlocutor 2)

O momento narrado pelo Interlocutor é, segundo Estrela (2013), um marco para a própria PNPIIC, uma vez que as atas da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) documentam a solicitação por práticas alternativas ao que se apresentava no campo da saúde até então. O relatório final da 8ª CNS deliberou pela “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida” (BRASIL, 1986, p. 10). Neste sentido, para Muller (2015, p. 31) “podemos dizer que o processo de legitimação das PICS e de construção da PNPIIC acompanha a história do próprio SUS”. Este é um analisador importante, pois evidencia que, mesmo sendo citadas como possíveis estratégias de cuidado e atenção da saúde, houve um retardo de vinte anos para que acontecesse a formalização de uma política que englobasse práticas não-biomédicas. De acordo com o Interlocutor, nos anos que sucederam a 8ª Conferência Nacional de Saúde, houve pouca discussão sobre o tema.

Em 2000, e você vê que tem um ‘gap’ aí nos anos 90 inteiro com pouco avanço nesse sentido, e nos anos 2000 um grupo vai ao ministério solicitar

ao ministro que se criasse uma política para ter financiamento, para ter o desenvolvimento, uma indução para outras práticas. (Interlocutor 2)

Os anos 1990 foram menos movimentados do ponto de vista político na temática, conforme nos informou o Interlocutor. A IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, reforçou a necessidade de uma reorientação do modelo de assistência à saúde, prevendo uma lógica desospitalizante e desmedicalizante. Este modelo deveria “desenvolver práticas diferenciadas segundo a realidade local” e incorporar “práticas alternativas aos serviços de saúde, às tecnologias populares e às ações de promoção da saúde” (BRASIL, 1992. p. 27). Mais tarde, em 1996, a X Conferência Nacional de Saúde apontou “a necessidade de práticas de saúde mais integrais para o cuidado, sendo as PICS citadas como alternativa novamente” (MULLER, 2015, p. 31). Na seção destinada para discutir os princípios da atenção integral à saúde, o documento diz que, segundo a lógica da descentralização do SUS, as Secretarias Municipais de Saúde, em colaboração com as Secretarias Estaduais e o financiamento do Ministério da Saúde, deveriam “incorporar no SUS, em todo o país, práticas de saúde como a fitoterapia, a acupuntura e a homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares” (BRASIL, 1996, p. 76).

Estrela (2013) nos remete a 1999, quando foi realizada a inclusão da Homeopatia e da Acupuntura na tabela SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais). Ainda que de maneira incipiente, pois contemplou somente os atendimentos médicos, este foi um marco institucional que viabilizou a oferta no SUS de outras perspectivas terapêuticas para além daquelas vinculadas diretamente à biomedicina, pois se insere mais profundamente nos sistemas financeiros complexos do SUS: sua tabela de procedimentos e pagamentos, o seio da organização administrativa.

Muller (2015) relata um outro acontecimento que forneceu as condições de possibilidade para a construção da PNPIC no Brasil: um documento da OMS em 2002 sobre a “Estratégia de Medicina Tradicional para 2002-2005”. Nele, se destacava que, até aquele momento, somente 25 dos 191 Estado-membros possuíam políticas nacionais que envolvessem práticas em saúde não-biomédicas. Logo então, a OMS declara que se propõe a respaldar os países que integrassem práticas não-biomédicas aos seus sistemas nacionais de saúde pública. Para isso, a organização previu em sua estratégia três eixos: bases para a articulação e implementação das políticas; segurança, eficácia e qualidade das práticas; uso

racional e ampliação do acesso (OMS, 2002). Assim, práticas não-biomédicas - e até mesmo marginalizadas - abriram espaço para um debate sobre sua institucionalização no sistema nacional de saúde do país. São as forças instituintes destas práticas em saúde que forçaram a passagem para a invenção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, palco para disputas e tensionamentos histórico-conceituais desde sua formulação e que discutiremos a seguir, no Capítulo 2.

**2.**

**Capítulo 2**

**Uma proposta de gênese histórica e conceitual**

*Eu queria ir atrás dos clamores antigos que  
estariam guardados dentro das palavras.*

Manoel de Barros

## 2.1. Pista 1 - As lutas na construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

No Capítulo 1 vimos que existia um contexto construído por lutas, tensionamentos e disputas que criaram condições de possibilidade para a existência do que veio a se tornar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Brasil - desde uma acumulação histórico-conceitual dos paradigmas sobre o corpo e a saúde, passando pelo movimento contracultural e a reverberação dos seus efeitos. Assim, o solo era fértil para a institucionalização das PICS, mas ao mesmo tempo repleto de disputas em um campo de forças. A partir desse momento, trarei exemplos de alguns cenários que envolvem os bastidores da formulação da política, trabalhando o conceito de *illusio*.

*Illusio* pode ser facilmente confundido como “ilusão”, mas suas raízes etimológicas nos levam ao “*ludos (jogo)*”, aparecendo na obra de bourdieusiana como uma noção de estar envolvido no jogo, com interesse pelo jogo (AGUIAR, 2017). Nas palavras de Bourdieu (1989, p. 14), *illusio* refere sempre ao “interesse específico, um interesse socialmente constituído e que só existe em relação a determinado espaço social, no qual certas coisas são importantes e outras não”.

O conceito bourdieusiano de *illusio* é, para Vieira-da-Silva (2018), uma forma pela qual os agentes do campo investem ou não em determinadas lutas. As lutas internas ao campo são reguladas pelas sanções externas, ou seja, das reverberações que acontecem para além do campo. Isto significa dizer que as lutas travadas internamente no campo, independentemente de seus desfechos, dependem da correspondência dialética que podem sustentar com as lutas externas - como as lutas realizadas nos campos sociais ou campos de poder. Assim, o processo de formulação da política e, posteriormente, o de ampliação das práticas são exemplos dessas lutas no campo.

A partir dos efeitos dos desdobramentos internacionais e das movimentações acontecendo em território nacional por pelo menos 20 anos - e que vimos anteriormente no Capítulo 1 - em 2003, com a pressão de diversas entidades representantes do que até então eram chamadas “práticas alternativas”, o Ministério da Saúde (MS) abre um espaço de discussão e elaboração de uma política de abrangência nacional. Para o desenvolvimento do documento, são formados os primeiros subgrupos de trabalho de formulação da PN. A coordenação geral do

processo como um todo é da Secretaria Executiva do MS e da Secretaria de Atenção à Saúde. Este mesmo período foi marcado no Ministério da Saúde pelas formulações da Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que também pediam passagem na qualidade de forças instituintes. Nas palavras da nossa Interlocutora:

Tinha um momento muito propício e auspicioso para isso acontecer. Eu estava no departamento de atenção básica, porque minha militância dentro da gestão foi sempre na atenção básica, que é o que eu gosto, que é a minha praia. Então eu já estava no departamento de atenção básica quando emergiu tudo isso. Aliás, emergiu antes de eu chegar, já tinha um movimento da fito e depois, logo na sequência, sociedades médicas buscaram o ministério para isso acontecer. Eu chego um pouquinho depois disso, com uma bombinha, que era o subgrupo da medicina chinesa. Então na política eu cheguei justamente no GT da medicina chinesa, a bombinha atômica. (Interlocutora 1)

O fragmento acima traz o caráter vivo dos movimentos de fitoterapia e de associações médicas recorrendo ao Ministério da Saúde para a formulação da política. Quando a Interlocutora assume o trabalho, passa a integrar o Grupo de Trabalho (GT) da Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura, ao qual se refere como “bombinha atômica”. Curioso com o significado do termo utilizado pela interlocutora, perguntei sobre o que ele significaria para ela, que me respondeu:

É porque era um grupo que tinha uma aliança. Era um grupo que tinha a sociedade médica, que tinha uma briga interna entre eles. Agora não lembro os nomes, tinha a que eu chamava de ‘samba’ que era a sociedade médica de acupuntura e tinha a dissidência paulistana no caso, então tinha uma tensão entre eles. Mas tinha um acordo maior que foi feito que na acupuntura só falaríamos com os médicos. Então olha que situação complicada, né. Porque não cabe ao ministério regular a profissão, infelizmente. Isso num país atrasado como nosso é papel ainda da câmara, do Legislativo, não do Executivo, o que é uma insanidade, mas é assim que a gente funciona no Brasil. Então já era uma tensão inicial, porque eu discordava disso radicalmente. (Interlocutora 1)

O relato mostra uma discordância sobre o acordo de debater a inclusão da Acupuntura na PNPIC somente com os médicos - já que o Conselho Federal de Medicina vem insistindo para que a Acupuntura no Brasil seja um ato exclusivamente médico. O termo “bombinha atômica” começa a dar pistas sobre as disputas investidas pelos agentes sociais no espaço de formulação da política. Como vimos anteriormente, o conceito de *habitus* fala da disposição dos agentes nesta rede de relações que envolvem tanto as histórias coletivas como as individuais, uma certa incorporação mental da disposição das estruturas do campo. É na relação entre o *habitus* - estruturas mentais - e as estruturas objetivas do

campo (organizações e as disputas travadas por elas), que são externalizadas ações, ou seja, a participação e investimento no jogo (AGUIAR, 2017). “Bombinha atômica” parece falar das dificuldades do trabalho, pois as associações médicas queriam que a acupuntura fosse editada na política como prática exclusiva da medicina. Nesse sentido, o Interlocutor 2 complementa os embates em torno da problemática ao dizer:

Esse grupo leva 3 anos em discussão, de 2003 a 2006, com imensas dificuldades. Quando vai ao conselho nacional de saúde, ele é bastante discutido, principalmente pelo controle social. Aí ele quebra a característica que ele tinha como uma prática fortemente médica, que era um recorte da política, pois foram associações médicas que foram solicitar. É o controle social que quebra e defende a multiprofissionalidade. O Ministério entende que não cabia a ele restringir as práticas, mas aos conselhos, então ela sai de forma multiprofissional em 2006. (Interlocutor 2)

A fala do Interlocutor 2 evidencia que a *illusio* das associações médicas as levavam a investir na disputa por práticas cujo exercício seria exclusividade médica. O controle social entra na disputa com outra *illusio*, que se relacionava com um investimento de política pública de caráter multiprofissional, mas não cabia e ainda não cabe ao MS sancionar o que cada categoria profissional está apta a exercer. Nesse sentido, a Interlocutora 1 não concorda com o contexto onde cabe exclusivamente às categorias profissionais decidirem sobre o exercício profissional.

Essa é uma realidade tosca e atrasada, mas é a nossa realidade [...], então quem decide o que quer que seja, são as categorias profissionais. Cabe ao executivo acolher isso e fazer acontecer, é isso que é o executivo. Então quis se imputar ao ministério essa responsabilidade, e nossa não era. Isso foi sempre um motivo de muita tensão, né. (Interlocutora 1)

O Interlocutor 8 complementa, ainda, sobre o espaço que a medicina ocupa nesse contexto.

A medicina tende a tomar para si algumas práticas porque existem interesses de mercado, vai se apropriando do que vai sendo consumido pelo mercado. A ampliação das práticas também envolvem o lobby de mercado, e isso tem a ver com práticas buscando legitimação na política para oferecer formação no mercado privado. (Interlocutor 8)

O Interlocutor 8 traz um debate importante: a racionalidade biomédica em primeiro momento nega algumas práticas e, posteriormente, reivindica seu exercício. Um exemplo é o da acupuntura, onde se travam debates sobre ela ser uma prática restrita ao profissional médico.

A acupuntura chega no Brasil através dos imigrantes chineses, lá por volta do final do século XIX. Na época só era praticada no meio familiar e social dos imigrantes orientais, mas aí vai tomando corpo e as primeiras turmas formadas no Brasil são de meados de 1950. [...] Assim, o Conselho Federal de Fisioterapia foi um dos primeiros a reconhecer a acupuntura em 1985, enquanto o conselho de medicina ainda resistia e só veio a reconhecer em 1995 querendo o exercício exclusivo dos médicos. (Interlocutor 8)

Aqui, acredito ser importante fazermos uma breve desaceleração sobre as mudanças no *habitus* do campo e atentar para o que o Interlocutor 8 está dizendo: circulam polêmicas em torno do debate entre profissionais médicos e os demais profissionais da saúde no exercício de algumas PICS que perduram até os dias atuais e se inscrevem em disputas políticas, jurídicas e institucionais.

Nos últimos vinte anos, o caso da Psicologia na luta pela multiprofissionalidade da acupuntura é um exemplo desse processo<sup>11</sup>. A resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) nº 005/2002 dispõe sobre a prática de acupuntura pelo(a) psicólogo(a), regularizando um campo de legalidade no exercício da terapêutica pela categoria. A resolução traz a acupuntura como um recurso complementar ao trabalho psi, desde que o(a) profissional comprovasse cursos e capacitação adequada. O parecer de 2002 a favor da acupuntura vêm para legitimar uma prática que já era exercida por profissionais de psicologia e menciona as seguintes justificativas: O catálogo brasileiro de ocupações, que prevê o/a Acupunturista como profissional capaz de tratar moléstias orgânicas e psíquicas; o ofício assinado em 1993 pelos conselhos federais da área saúde, que recomenda o exercício multiprofissional da acupuntura, desde que haja formação específica; o reconhecimento da Justiça Federal, que havia reconhecido a acupuntura como exercício profissional da Saúde Pública; as experiências de institucionalização de acupuntura em estados do Brasil, como Rio de Janeiro e São Paulo; por fim, o documento ainda menciona a proximidade entre a Psicologia e Acupuntura no sentido de que ambas visam o manejo do sofrimentos psíquicos e promoção da saúde mental.

Entretanto, em 2013 o Supremo Tribunal de Justiça (STJ) proibiu os profissionais de psicologia de exercerem a prática da acupuntura, não havendo mais possibilidades de recurso após uma série de trânsitos judiciais<sup>12</sup>. A decisão do STJ

---

<sup>11</sup> Informações retiradas de notas técnicas e notícias encontradas no site do Conselho Federal de Psicologia a partir da busca pela palavra-chave “acupuntura”. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/>. Acesso em: 20 mai 2021.

<sup>12</sup>Disponível em: <https://site.cfp.org.br/acupuntura/>. Acesso em: 27 mar 2021.

marca o final de uma batalha jurídica que acontecia desde 2002, quando o Conselho Médico de Acupuntura (CMA) entrou com ação que pedia anulação da Resolução do CFP 005/2002 - que regulamentava a prática, alegando que não caberia aos conselhos essa legitimação e, portanto, ela era ilegal<sup>13</sup>. Conforme nota, o CFP e a Sociedade Brasileira de Psicologia e Acupuntura (SOBRAPA) declararam:

Sua indignação e discordância em relação à decisão do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, sobre o exercício da acupuntura. Defendemos a Acupuntura Multiprofissional, livre de reservas de mercado e a favor da saúde da população brasileira, respeitando as diretrizes da Organização Mundial da Saúde, da UNESCO (Acupuntura como Patrimônio Imaterial da Humanidade) e também em conformidade com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. A tentativa de tornar privativa dos médicos tal atividade expressa a avidez de setores da Medicina de garantir uma considerável reserva de mercado a essa categoria. Esse problema está expresso inclusive no texto do Projeto de Lei nº 268/2002 mais conhecido como Ato Médico. Hoje, milhares de brasileiros beneficiam-se com a acupuntura praticada por Psicólogos, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Enfermeiros, Médicos e outros profissionais capacitados nesta prática milenar oriunda da tradição chinesa. Caso a decisão não seja revertida, os usuários da saúde serão os maiores prejudicados. O Sistema Único de Saúde, em vários municípios do Brasil, oferece a acupuntura como parte do cuidado em saúde realizado por profissionais concursados. Aqueles que não são médicos ficariam impedidos de trabalhar, embora autorizados para o exercício da acupuntura pelos seus Conselhos Profissionais e legalmente empossados em cargos públicos, como é o caso de muitas(os) psicólogas(os). Informamos às psicólogas e aos psicólogos que o Conselho Federal de Psicologia e a Sobrapa vão recorrer da decisão, tão logo o acórdão da decisão se torne público, como forma de garantir que a prática da acupuntura, enquanto prática multiprofissional, continue a ser oferecida à sociedade brasileira. Esperamos que o Ministério da Saúde, que tem papel fundamental de promover a integração das equipes multiprofissionais como garantia da qualidade dos serviços prestados à população interfira e exerça seu papel de mediador para garantir o avanço das Práticas Integrativas e Complementares exercidas por todas as profissões da saúde reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde e referendadas pelos usuários do SUS. (CPF, 2012)<sup>14</sup>.

A nota acima menciona a multiprofissionalidade da acupuntura no Brasil livre das reservas de mercado, o que dialoga com a fala do Interlocutor 8 sobre os interesses de mercado defendidos pela medicina clássica, exposto anteriormente. A nota cita, ainda, o Projeto de Lei (PL) nº 268/2002 / 7703/2006, conhecido como “Ato Médico”. O texto do Ato Médico trazia pontos que feriam a autonomia das outras categorias profissionais da saúde como, por exemplo, o Art. 4º - que

---

<sup>13</sup>Disponível em: <https://site.cfp.org.br/trf-decide-nao-autorizar-pratica-da-acupuntura-por-profissionais-de-psicologia/>. Acesso em: 27 mar 2021.

<sup>14</sup> Disponível em: <https://site.cfp.org.br/a-psicologia-e-o-exercicio-da-acupuntura-posicionamento-do-conselho-federal-de-psicologia-e-sobrapa/>. Acesso em: 27 mar 2021.

dispunha sobre as atividades privativas do médico e, entre elas, “a formulação de diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica”<sup>15</sup>. Nesse exemplo, a formulação de um diagnóstico e a decisão da prescrição terapêutica restritas ao exercício do profissional de medicina feriam a atuação dos demais profissionais da saúde, uma vez que impediriam as outras 13 profissões em formular seus próprios diagnósticos e terapêuticas específicas de cada área. Após uma série de manifestações dos Conselhos Federais das áreas da saúde, em 2013 o texto foi sancionado com diversos vetos na Lei nº 12.842/2013 e a exclusividade médica no diagnóstico e prescrição terapêutica foi um dos pontos vetados pela então presidenta Dilma Rousseff.

A constante referência à exclusividade médica sobre algumas práticas se relaciona com o conflito no cerne da “medicina científica” e da “medicina alternativa”, onde aquela é legítima e esta é charlatã. Como vimos nos capítulos anteriores, a constituição da medicina ocidental, de racionalidade biomédica, reivindicou para si o protagonismo em certos campos, como o campo científico e de regulação das tecnologias aplicadas por meio da prática. Esse processo se constitui duplamente na relação entre disputa pelo coeficiente de autonomia do saber médico sobre outros saberes e a desqualificação de outros profissionais como charlatães, como nos afirma Stengers (2002, p. 33).

A medicina é um dos setores em que os limites são mais rigorosos, em que o público é exortado a aderir aos valores da ciência, e não é um acaso. Contrariamente a outras práticas ditas científicas, presume-se que a medicina persiga o ‘mesmo’ fim, curar, desde a noite dos tempos, e a questão de saber quem tem o direito de exercer a medicina é bem mais antiga que a referência à ciência. O conflito, indissociável da ‘experiência social’ do médico, entre médicos diplomados e aqueles que são denunciados como charlatães, não foi criado ‘em nome da ciência’, mas a referência à ciência deu-lhe novas feições. O teor dessa referência, num campo que sempre associou diretamente praticantes e público, visto que a denúncia de charlatanismo teve sempre por alvo o “público enganado”, é tão mais interessante que ninguém aqui deveria ser tentado a “relativizar” a diferença entre os médicos do século XVII, por exemplo, e aqueles a quem procuramos hoje em dia. A ‘medicina científica’ cavou, de fato, uma diferença cujo sentido podemos avaliar. (STENGERS, 2002, p. 33)

O fato de muitas práticas existirem no Brasil sem legislações específicas, em lugares com fronteiras ainda não delimitadas, como é o caso da acupuntura, cujo exercício não é mais permitido por profissionais de psicologia após uma batalha

---

<sup>15</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm). Acesso em: 30 mar 2021.

jurídica com as entidades e associações médicas, evidencia a dupla-disputa que Stengers (2002) se refere entre quem detém legitimidade vs. quem não detém legitimidade. A disputa pelo exercício da acupuntura pelos profissionais de psicologia acabou visibilizando outras categorias profissionais que utilizam o recurso da medicina tradicional chinesa a partir da regulamentação dos seus conselhos, mas que ainda não foram judicialmente impedidas de realizarem a prática com ações partindo das entidades médicas. Nesse sentido, o Interlocutor 8, profissional da saúde não-médico e pesquisador da acupuntura, demonstra preocupação com a reserva de mercado que a medicina faz para si sobre determinadas PICS e a influência que isso pode ter sobre o acesso dos/as usuários/as às terapêuticas. Em suas palavras:

Eu tenho preocupação, principalmente para a questão da multiprofissionalidade da acupuntura no SUS, que pode sofrer prejuízos. Cerca de 50% dos procedimentos, segundo o SIAB/DATASUS, são realizados por profissionais não-médicos. Como ficariam esses atendimentos se restringirem a acupuntura a medicina? (Interlocutor 8)

Neste sentido, na próxima seção discutiremos o contexto de luta pela não exclusividade médica na PNPIC. Para isso, utilizaremos os relatos fornecidos por nossos Interlocutores e atas das reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## 2.2. Pista 2 - Analisadores sobre a luta pela não-exclusividade médica na PNPIC

As práticas sociais são práticas realizadas em campos ou inter-campos, como nos diz Bourdieu (2016). No que tange a formulação e implantação de políticas, isso ocorre na relação dialética entre o microcosmo do campo onde ocorrem os contatos entre agentes (interlocutores, grupos, organizações e instituições) que disputam lutas que afirmam sentidos, como as relações estabelecidas *com* e *por* associações médicas na construção da política. Em uma construção inter-campos, nossa Interlocutora 1, que participou do processo de formulação da PNPIC, diz:

Quem estava em 2003 num trabalho muito avançado era a fito [terapia], pois como a fito é um trabalho interministerial, ela graças à Deus correu independente do ministério. Quando o ministério fala 'vamos fazer', a gente só trouxe a fito. A fito tem carreira própria, até porque para dar conta da fito na política precisou vir um decreto, porque ela está em 11 ministérios, muito para além do processo saúde doença ou coisa parecida. (Interlocutora 1)

Assim, segundo Ribeiro (2015), três anos antes da promulgação do documento, em junho de 2003, reuniram-se com o então Ministro da Saúde os representantes das Associações Brasileiras de Medicina Antroposófica, Acupuntura, Fitoterapia e Homeopatia para a articulação de um Grupo de Trabalho (GT) coordenado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (MS) e pelo Departamento de Atenção Básica (DAB). Este GT acabou sendo ampliado para a participação das Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS, além da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Os subgrupos de trabalho foram compostos por organizações de gestão, além das entidades representantes das práticas que reivindicavam seu espaço na PN. Desta maneira, ficam formados os subgrupos de trabalho da Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura), Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia e Medicina Antroposófica. Mais detalhadamente, os subgrupos são compostos por:

Subgrupo de trabalho da Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura): Secretaria de Atenção à Saúde (Coordenação), Secretaria Executiva, Secretaria de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Governo do Distrito Federal - Secretaria de Saúde, Município de São Paulo - Secretaria de Saúde, Município de Campinas - Secretaria de Saúde, Associação Médica Brasileira de Acupuntura (AMBA) e Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA).

Subgrupo de trabalho da Homeopatia: Secretaria de Atenção à Saúde (Coordenação), Secretaria Executiva, Secretaria de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB), Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH) e Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas Homeopatas (ABCDH).

Subgrupo de Trabalho das Plantas Medicinais e Fitoterapia: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Coordenação), Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Fiocruz – Farmanguinhos, Associação Nacional de Fitoterapia em Serviços Públicos (Associofito), Instituto Brasileiro de Plantas Medicinais (IBPM), Associação Brasileira de Fitomedicina (Sobrafito), Rede Latino-Americana Interdisciplinar de Plantas Medicinais (Reliplan) e Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina.

Subgrupo de trabalho da Medicina Antroposófica: Secretaria de Atenção à Saúde (Coordenação), Secretaria Executiva, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (ABMA). (BRASIL, 2006, p. 8)

A Secretaria de Atenção à Saúde, a Secretaria Executiva e a Anvisa são instâncias presentes em todos os quatro subgrupos de trabalho. É interessante analisar que em três dos quatro subgrupos a coordenação é da Secretaria de Atenção à Saúde, exceto o subgrupo da Fitoterapia, com coordenação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Esta mesma secretaria, aliás, só não compõe o subgrupo de trabalho da Medicina Antroposófica, que também não é composto pela Secretaria de Gestão no Trabalho e Educação, compositora de todos os outros subgrupos. Esse analisador revela a constituição de uma *illusio* própria de cada uma das racionalidades e recursos terapêuticos que reivindicavam seu lugar na política. Entretanto, um campo não é somente constituído pela *illusio*. A *illusio* é um componente pelo qual o campo afirma suas lutas, mas mantém uma interdependência com a constituição de um *habitus* em singularização, por exemplo, que proporciona condições de possibilidade de um dado espaço social tornar-se campo, o que não parece estar evidenciado no processo ocorrido à época.

Em fevereiro de 2005, a proposta da política, nomeada como “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares” foi encaminhada para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), recebendo as aprovações necessárias das Câmaras Técnicas dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS) e (CONASEMS) (RIBEIRO, 2015). Nota-se que na primeira versão da política existiam somente as práticas advindas da presença política dos representantes de suas respectivas associações nos GTs (Acupuntura/Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterápicos e Medicina

Antroposófica), cada uma com investimentos específicos de lutas por legitimação, a *illusio*.

Ainda em 2005, no mês de setembro, o documento seguiu para apreciação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que preferiu não discuti-la naquele momento. Um trecho da Ata 158 do CNS explica o porquê.

Também lembrou que os Conselheiros apontaram outros temas para serem discutidos, sendo: Hanseníase; Saúde da Mulher; e Medicina Alternativa e Prática Complementares. Diante disso, ponderou sobre a possibilidade de a 159ª Reunião Ordinária ter três dias de duração, ao invés de dois. Após considerações, o Plenário decidiu realizar a 159ª Reunião Ordinária nos dias 18, 19 e 20 de outubro de 2005, a fim de possibilitar o debate dos temas propostos. As matérias deverão ser discutidas previamente pelas comissões temáticas do CNS e o Plenário aprofundará o debate apenas dos pontos polêmicos. (ATA 158, CNS, linhas 617 - 623)

Os “pontos polêmicos” que seriam discutidos na reunião de outubro de 2005 acabaram não ocorrendo novamente, como nos mostra a Ata 159/2005. O tema foi novamente postergado, desta vez para a reunião do CNS de novembro de 2005.

A Secretária-Executiva do CNS, Eliane Aparecida da Cruz, respondeu aos questionamentos dos conselheiros, informando, de início, que a CCG pautaria o debate sobre a descentralização das ações do Programa de Prevenção da DST/AIDS e que a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares seria ponto de pauta da próxima reunião do CNS (CNS, ATA 159, linhas 900 - 903).

Finalmente, em novembro de 2005, a proposta de política é pautada pelo CNS. A Ata 160/2005 cita as motivações técnicas para a criação da política, como documentos que incentivam a criação de estratégias nacionais de medicina tradicional e as experiências com práticas não-biomédicas que já vinham acontecendo em território brasileiro sem diretrizes. Cita, ainda, que o arcabouço teórico é proveniente dos estudos da Professora Madel Luz, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. É nesse momento que inicia-se a discussão sobre a alteração do nome da política.

Também destacou o documento do Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS) que apresentava propostas de alteração ao documento “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do Ministério da Saúde”, quais sejam: mudança do nome da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do SUS para “Política Nacional de Práticas Complementares na Saúde”; sejam incluídos todos os profissionais de saúde que já tenham habilitação e regulamentação para executar as práticas. (CNS, ATA 160, linhas 140 - 145).

Enquanto o Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde sugeriam a troca do nome para englobar todos os profissionais da saúde habilitados para exercer as práticas, existia uma outra força que afirmava um outro ponto de vista. A sugestão era a troca do nome por “Política de Medicina Integrativa”, uma política capaz de fomentar a integração entre conhecimento científico biomédico e o conhecimento científico milenar, afastando-se de “crendices, mitos e magias” associados a modelos terapêuticos de característica complementar.

O Conselheiro Francisco das Chagas Monteiro cumprimentou o Ministério da Saúde pela iniciativa que, na sua concepção, consolidava um histórico de práticas complementares que vinham sendo construídas no SUS. Além disso, solicitou que fosse reproduzido o documento “Medicina Natural e Práticas Complementares”, produzido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), a fim de também servir de subsídio para discussão do tema. Também apresentou a sugestão do CFM de substituir o termo “Política de Medicina Natural” por “Política de Medicina Integrativa”, que consiste na medicina que utiliza o conhecimento científico convencional agregado ao conhecimento tradicional (milenar ou centenário), também científico, excluindo práticas alternativas baseadas em crendices, mitos e magias e está associada a modelos terapêuticos complementares, tais como acupuntura, homeopatia e fitoterapia, acrescida de modelos propedêuticos tais como a medicina antroposófica. Considerou, ainda, que as práticas terapêuticas (acupuntura, homeopatia e fitoterapia) necessitavam de diagnóstico prévio e que a medicina tradicional chinesa não se resumia à acupuntura. Por fim, destacou que as práticas medicinais eram feitas por médicos e as terapêuticas poderiam ser praticadas por outros profissionais da área da saúde. (CNS, ATA 160, linhas 161 - 174)

O trecho acima revela, ainda, que tal ponto de vista afirmava uma distinção entre quem poderia exercer as práticas: médicos deveriam exercer as práticas medicinais e os outros profissionais da saúde poderiam realizar práticas terapêuticas. Ribeiro (2015) exemplifica o clima nessa reunião a partir de um informante de sua pesquisa.

A partir da instauração da discussão nessas instâncias decisórias, as tensões começaram a surgir e, de acordo com um sujeito de pesquisa (gestor) que trabalhou ao longo desse processo, havia muita resistência da classe médica e pouco empenho dos ministros até então envolvidos. Ainda de acordo com esse gestor, a política foi promulgada porque se tratava na gestão de um ministro da saúde que não era médico, mas bioquímico e sanitarista. É um processo de institucionalização do saber biomédico nos serviços de saúde e deslegitimação de outras práticas que revela a posição de poder diferenciada da biomedicina (RIBEIRO, 2015, p. 19).

A Ata 160/2005 do CNS mostra que os Conselheiros queixaram-se de não terem tido acesso ao documento com antecedência, solicitando o adiamento da votação. Existem posições contrárias, relatando que o documento havia sido enviado há quatro meses, em agosto, para a reunião de setembro de 2005. Tendo

em vista esse impasse, o CNS colocou em votação a proposta de adiamento da deliberação sobre o documento, que foi aprovada com um voto contrário e duas abstenções. Essa deliberação fez com que o documento fosse pautado novamente na 161ª Reunião do CNS em dezembro de 2005, após revisões da Comissão de Vigilância Epidemiológica e Farmacoepidemiologia do CNS.

É em dezembro de 2005, durante a 161ª Reunião do CNS, que a então Política de Medicina Natural e Práticas Complementares torna-se Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares após discussão do Grupo Técnico do Ministério da Saúde sobre os apontamentos da 160ª Reunião. Nesse momento também há a inserção do Termalismo Social/Crenoterapia. Nota-se uma discussão em especial, sobretudo nos capítulos sobre a Acupuntura e a Homeopatia, com a retirada do termo “médicos” em substituição por “profissionais da saúde”.

Em fevereiro de 2006 o CNS aprovou por unanimidade a PNPIC, após as respectivas alterações sugeridas e acatadas pelo Grupo Técnico do Ministério da Saúde. A PNPIC foi instituída pelas portarias Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2006). Por definição, a PNPIC passa a contemplar duas dimensões. A primeira delas engloba os “sistemas médicos complexos - racionalidades médicas” e, a segunda, os “recursos terapêuticos” (BRASIL, 2006). Na nota de rodapé, o documento cita que “compreende-se por recursos terapêuticos aqueles instrumentos utilizados nos diferentes sistemas médicos complexos” (BRASIL, 2015, p. 13). As primeiras práticas englobadas na PNPIC envolviam três racionalidades médicas, sendo elas a Medicina Antroposófica, a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura e a Homeopatia. As Plantas Medicinais e Fitoterapia e o Termalismo Social/Crenoterapia entravam como recursos terapêuticos.

O processo de construção da PNPIC - que por si só já é uma política que tensiona o paradigma biomédico - está repleta de disputas internas e lutas externas entre campos ou espaços inter-campos. Nossa Interlocutora 1 relata o contexto dentro do Ministério da Saúde:

A política de práticas foi designada para a secretaria de atenção à saúde, no departamento de atenção básica, com tudo que tinha, porque tinha a ver com assistência e atenção. Não era muito forte, nunca tanto dentro do ministério, de verdade. O ministério poderia ter sido menos ‘alternativofóbio’, não sei nem se existe esse nome, mas o desdém, o desmérito que se tinha por qualquer coisa que produzíssemos era um negócio assim, de ter que respirar fundo, respirar muito fundo. Mas tem uma coisa que é, nós somos

muito resilientes né, a gente consegue no nosso dia a dia se manter Deus sabe como. A tensão é muito grande. (Interlocutora 1)

Em sua opinião, o Ministério da Saúde poderia ter sido menos “alternativofóbico”, nos dando pistas sobre como começavam a ser travadas as lutas naquele espaço. O MS - que se ramifica tanto interiormente como exteriormente ao campo, neste sentido, pode ser percebido como organização normalizadora e normatizadora do fundamento epistemológico positivista, que se abre e fecha para a interlocução com a dimensão pública das políticas sociais. Sobre isso, Benevides e Passos (2005, p. 566) dizem que há “algo que insiste [...] com que a máquina do Estado se abra para o que é o seu fora. Chamamos este fora de plano coletivo aí onde se constroem, de fato, políticas públicas”. É nesse plano coletivo que acontecem as tensões contadas pela Interlocutora 1, que naquele momento se davam entre as associações médicas, o MS e o DAB, dentro dos subgrupos de trabalho e entre eles ao mesmo tempo. Ela nos auxilia a pensar como foi se constituindo e conformando tal plano coletivo envolvendo o processo de formulação da PNPIC.

Quando eu cheguei, tinham grupos que estavam se formando para começar o trabalho, tinha autorização do ministro, tinha a coordenação da secretaria executiva que era excelente. Mas eu pensava, gente, precisa juntar o ‘lé’ com ‘cré’, aí eu propus um esquema de planejamento pros subgrupos seguirem. O resultado disso é a PNPIC escrita, pois você vê que ela tem o mesmo ordenamento, cada qual falando lá da sua racionalidade, mas todo mundo fala diretriz, objetivo e vai indo. Foi assim a contribuição e diagnóstico da política quase escrita. (Interlocutora 1)

O esquema de planejamento proposto pela Interlocutora consistiria em um plano de trabalho visando a própria construção do que é visto no texto da PNPIC, onde se apresenta as motivações para criação da PN, o que é e o que compreende cada uma das racionalidades, seus recursos terapêuticos e objetivos (BRASIL, 2006). O próprio nome da política traz à cena um exemplo sobre as formas de tomada de posição dos agentes sociais no campo. O nome da política seria “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares” e não “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde”. De acordo com nossa Interlocutora, aconteceu uma mudança no nome da política por questões objetivas, mas que representam o simbolismo da hegemonia médica.

Representou ela ser aprovada no Conselho Nacional de Saúde no primeiro momento. Por isso ela mudou de nome. O conselho e seus representantes das 14 profissões da saúde tinham muito medo que ao ter o nome “medicina

natural”, a medicina exigisse o exercício exclusivo, e foi assim que aconteceu. (...) Quando o Conselho de Psicologia e Fisioterapia fizeram a intervenção para a mudança de nome, o conselho de medicina saiu do Conselho Nacional de Saúde por terem entendido que era uma afronta a eles o exercício da medicina chinesa e a acupuntura ao exercício multiprofissional. (Interlocutora 1)

O cenário que envolve a formulação da política, principalmente pela relação de seus agentes internos com o ambiente externo, mostra a presença de um espaço social em movimento, sujeito a sanções externas, como afirma Bourdieu (2016). A questão do receio sobre a medicina reivindicar exercício exclusivo sobre as PICS, ou seja, as sanções externas, é um exemplo emblemático que extrapola os limites do campo e será retomado à frente. Nesse momento, cabe colocar um complemento:

A PNPIC foi publicada no 3 de maio [2006], no 4 de maio o sindicato dos médicos a processou por exercício ilegal da medicina (...) porque a gente conseguiu que saísse a medicina chinesa como uma prática multidisciplinar como ela é. (...) Então foi muito difícil, mas o Conselho Nacional de Saúde nos ajudou com a inclusão do termalismo e da multidisciplinaridade da política, que não se chamava ‘práticas integrativas’, ela se chamava ‘medicina natural’. Então quando você muda o nome você cria um conceito, outro conceito. Já tínhamos um conceito da OPAS, bem fortalecido, de ‘medicina natural’. Ao escolher ‘medicina natural’, nós nos alinhamos a latino-américa. Oba, mas opa! No nosso país a história é diferente. Quando você muda o nome, você cria um outro conceito. Logo que a gente abre o documento técnico a gente explica o campo das práticas e diz do que a gente tá falando. (Interlocutora 1)

A fala da Interlocutora 1 demonstra as lutas travadas no simbolismo do nome escolhido para denominar a política. Sua perspectiva de desalinhamento com a “latino-américa” se dá porque no restante do mundo e, em especial na América Latina, é seguida a lógica de nomeação desses recursos e racionalidades como “Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI)” (OMS, 2002). Aqui, um desalinhamento na nomenclatura brasileira para as restantes no mundo, propostas pela OMS, podem nos falar de um analisador sobre as lutas corporativas da categoria médica, que produziram o efeito visto na alteração do nome, ou seja, a invenção de um novo conceito. Nos cabe provocar aqui: por que a associação com o termo “medicina” é tão importante para a OMS/OPAS? Seria provável que tais organizações internacionais também escapassem às lutas corporativas e conservadoras das categorias médicas?

As respostas não são possíveis de saber nesse momento, mas se faz importante compreender como foi a resposta articulada no Brasil para essa

problemática. Frente a essa demanda, no último trecho a Interlocutora cita que o começo do documento da PNPIC é disposto sobre as motivações para a implementação das Práticas Integrativas e Complementares ao Sistema Único de Saúde, justamente para evitar os riscos de reivindicação de exclusividade médica. Segundo a PNPIC, a sua criação parte de motivações de cunho técnico, político, econômico, social e cultural (BRASIL, 2006). As motivações sociais e culturais falam de uma cultura de práticas não-biomédicas que já vinha acontecendo nos territórios e disputavam legitimidade por meio da criação de políticas públicas.

A Interlocutora aponta, ainda, que o Termalismo Social/Crenoterapia foi uma prática endossada pela fala de diversos conselheiros do CNS, que também dizem sobre a utilização já presente desse recurso abundante no território nacional. As falas relatadas na Ata 160 do CNS nos mostram esse apoio majoritário, além da defesa pela multiprofissionalidade da política.

Conselheira Nildes de Oliveira Andrade propôs que o termalismo fosse incluído nas Práticas Complementares, aproveitando o manancial de águas minerais do Brasil. Conselheira Zilda Arns Neumann cumprimentou o Ministério da Saúde pela Política [...]. Também salientou a necessidade de incluir na PMNPC o termalismo, que engloba a crenologia e a crenoterapia (campos da medicina que utiliza as águas minerais com fins terapêuticos), de forma a aproveitar o manancial de águas minerais do Brasil, que era o maior do mundo. [...] Conselheiro Eni Carajá Filho também salientou a necessidade de o termalismo ser incluído no documento como prática complementar. O Conselheiro Carlos Alberto Duarte também considerou que o termo “Medicina Natural e Práticas Complementares” restringia essa prática apenas à profissão médica, o que não deveria acontecer. Além disso, lembrou que a medicina renegou a acupuntura e a homeopatia por considerá-las práticas alternativas baseadas em credices, mitos e magias, assim, salientou a necessidade de lutar contra essa ideia. Também destacou que há muito tempo os usuários lutavam contra o termo práticas alternativas, uma vez que pressupunha uma coisa ou outra. Por fim, destacou a necessidade de valorização das práticas complementares brasileiras como, por exemplo, as dos índios e dos negros. Conselheira Maria Eugênia C. Cury [...] também defendeu as propostas do FENTAS, por entender que o principal objetivo da Política era garantir o efetivo acesso da população usuária do SUS às terapias alternativas, logo, as várias profissões da saúde poderiam utilizar-se delas. A Conselheira Graciara Matos de Azevedo acrescentou que a odontologia, segundo o Decreto Lei de sua criação, poderia utilizar-se de práticas complementares como por exemplo a acupuntura e a fitoterapia. Nesse sentido, defendeu que outros profissionais de saúde também tivessem o direito de utilizar essas práticas no âmbito do SUS. (CNS, ATA 160, linhas 174 - 229)

A PNPIC cita que muitas destas abordagens que já existiam no território aconteciam em uma lacuna de diretrizes, registros, acompanhamentos e avaliações, ocorrendo desigual e descontínuamente (BRASIL, 2006). A política visou trazer, assim, um reconhecimento destas abordagens tanto para usuários/as quanto para

profissionais de saúde. Já vimos que houve, ainda na década de 1980, as primeiras tentativas de articulação de uma política nacional que dispunha sobre a racionalidade homeopática, o que evidencia a existência das PICS no território mesmo antes da promulgação da PNPIC. Como exemplo disso, trago à cena a experiência relatada por uma técnica em enfermagem do interior de Minas Gerais. Frente aos recursos escassos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior de seu estado de atuação, a profissional de saúde - e também indígena pertencente a uma comunidade tradicional do local - levava todos os dias para o serviço algumas plantas medicinais que a auxiliavam a realizar o tratamento dos/as usuários/as em seu devido cuidado e atenção da saúde, pois os medicamentos que chegavam ao seu serviço não eram suficientes<sup>16</sup>.

Contudo, quando ocorre a institucionalização da produção desejante existente na força *instituinte* - que passa a ser o *instituído*, existe a tendência de cristalização, uma espécie de despotencialização da força motriz desta produção instituinte. Este engessamento pode ser um dos dos preços a serem pagos.

Aí tem uma discussão. Antes essas práticas estavam no campo do contra hegemônico, não estavam dentro da medicina, estavam à parte. Já tem gente dizendo que quando existe uma política altamente implantada, isso já começa a fazer parte do hegemônico, alguns pesquisadores vão falar disso. Aí a gente precisa ir definindo as bordas. (Interlocutor 2)

“Definir as bordas” pode nos falar sobre os limites de um campo. Ao mesmo tempo que o *instituinte* se torna *instituído*, a processualidade existente aqui também pode constituir um lugar de resistência. Isso porque uma das características principais de um campo está no grau de seus limites como, por exemplo, do quase-dentro/quase-fora em relação ao que ainda seria contra hegemônico ou passaria a ser hegemônico, no caso das PICS, uma vez que elas são implantadas em uma política pública. Mesmo dinâmicos, os limites do campo eles se alargam concomitantemente aos seus efeitos de poder produzidos em forma de fronteira jurídica ou institucional, protegida por um direito de entrada explicitamente codificado. São as regras do jogo, às vezes colocadas em áreas cinzentas. Para Bourdieu (1996, p. 256) “um alto grau de codificação da entrada no jogo vai de par com a existência de uma regra do jogo explícita e de um consenso mínimo sobre

---

<sup>16</sup> Experiência relatada por Analice M. da Silva Maia, liderança pajé do povo indígena Tuxá Setsor Bragagá e técnica em enfermagem na I Jornada das Populações em Vulnerabilidade da LASPOVUS (Liga Acadêmica de Saúde das Populações Vulneráveis), realizado nos dias 03 e 04 de julho de 2018 no auditório da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL).

essa regra”. No caso da PNPIC, essa codificação aparece circunscrita no que é possível de ser englobado pela política ou não. Nossa interlocutora 1 evidencia esses limites quando fala sobre o saber popular e o conhecimento tradicional, discutido na formulação da PNPIC:

Fizemos questão de debater o saber popular e o conhecimento tradicional e de excluir essas coisas da regulamentação, não expô-los a regulação. Vamos imaginar o sul da Bahia, o povo Pataxó, o que aconteceu com os Fulni-ô lá em Pernambuco. Na aldeia, eu faço meu medicamento, na minha aldeia com meu pajé. Ele faz o medicamento na aldeia. Eu branca vou lá, uso o medicamento e compro o medicamento. E está tudo bem. Aí o pajé decide colocar uma barraquinha para dar força para a aldeia lá nos Fulni-ô. Isso é verdade e já aconteceu. Quando ele abre a portinha, a Anvisa vem e fala: ‘Cadê a regulação disso?’ Ele fala: ‘Heim? Isso eu faço lá na aldeia’. ‘Mas para tá aqui você precisa ter o medicamento escrito, regulado, provado’. E aí a tradicionalidade vai pro saco. Então no primeiro momento nós decidimos não contemplar as coisas tradicionais e populares. Educação popular chama educação popular, não pode migrar para a PNPIC. (Interlocutora 1)

A fala dessa interlocutora mostra como a definição institucional das “bordas” do que poderia ou não constar na política se fez importante para proteger a tradicionalidade de uma violência epistêmica e que a educação popular em saúde pertenceria a outro espaço. Isso nos leva à discussão sobre o caráter colonizador das regras do jogo científico, como no exemplo da Anvisa que interdita a prática do pajé nos Fulni-ô. Mesmo a PNPIC sendo uma forma um meio de exercer diferentes formas de cuidado e atenção da saúde para além do proposto pelo paradigma biomédico, com legitimidade, segurança e eficácia (BRASIL, 2006), o nosso Interlocutor 2 menciona como a institucionalização poderia ser violenta para os conhecimentos tradicionais.

Existe um outro campo que são as práticas populares. As práticas populares, no conceito, são medicina tradicionais. No conceito da OMS, todo o conhecimento de um povo, seja ele sistematizado ou não, compõe a medicina tradicional do povo. Eu já falei para os grupos da educação popular: ‘olha, isso é medicina tradicional nossa’. Chamar de uma ‘prática popular’ é uma forma de querer dizer que tem um ‘acadêmico’ e um ‘popular’, criar uma divisão. Quando se diz que as duas são medicina, é uma forma de dialogar. Então as práticas populares de cuidado são uma medicina, só que existe um campo do ‘quem faz’ que eu acho que é a grande diferença. A prática popular é aquilo que eu sei, que você sabe, que qualquer pessoa que cuida de um grupo no território sabe. Não é uma prática profissional, é alguém que tem uma formação específica e tem no seu ofício cuidar das outras pessoas. E quando ele entra no serviço de saúde, ele é um agente do estado para cuidar dos outros. Então por exemplo, um raizeiro do território, ele é importantíssimo para aquele território, tem conhecimento inclusive de cuidar das coisas daquela comunidade que são comuns daquela comunidade, quais são as ervas, as vezes melhor que alguém que chega de fora, que traz uma medicina

pasteurizada, que dá mais ou menos o mesmo medicamento para todo mundo. Aquele ator é importante naquele território, mas ele não substitui o agente do Estado que está lá para cuidar. Nem o agente do estado está para contrapor e dizer: 'olha, agora você não vai mais usar as ervas do raizeiro, você só pode usar o meu conhecimento colonizante e só o que eu falo é verdade. (Interlocutor 2)

A fala de nosso Interlocutor 2 legitima diferentes formas de cuidado. No entanto, ela também pode ser compreendida nos termos das regras do jogo no campo das PICS. A distinção entre a prática popular e a prática profissional estaria na fronteira jurídica entre quem as pode praticar: como agente do Estado, um sujeito necessariamente pertencente a uma categoria profissional regulamentada; como cuidador popular, um sujeito dotado de saberes e experiências específicas de um território e capaz de ocupar um papel de produção de saúde nele. Neste sentido, tais sujeitos (agente do Estado e cuidadores populares) poderiam atuar buscando a não sobreposição de um conhecimento sobre o outro ao produzir uma lógica de coexistência de saberes - reconhecendo as distinções desses lugares na sociedade. Podemos remeter a fala do Interlocutor ao que Boaventura de Sousa Santos chama de "ecologia dos saberes", sugerindo a composição de diferentes paradigmas em disputa. Partindo da ideia de que todo conhecimento é também interconhecimento, problematizando a ciência convencional sem negar sua contribuição, o autor propõe a pluralidade dos conhecimentos heterogêneos em "interações sustentáveis e dinâmicas sem comprometer a sua autonomia" (SANTOS, 2007, p. 87).

Na próxima seção poderemos repercutir essa discussão a partir de uma cena narrada por uma de nossas Interlocutoras. Para isso, precisaremos voltar a um período de surto de dengue no Brasil e as estratégias de enfrentamentos pensadas à época.

### 2.3. Pista 3 - Analisadores sobre uma estratégia de enfrentamento não-biomédica no surto de dengue no Brasil

Aqui começa a tornar-se possível perceber como a história do campo vai compondo uma história da luta pela legitimação de suas práticas, uma luta-movimento, uma luta-invenção. Contudo, é importante desnaturalizar funcionamento do *habitus*, pois "como parece 'natural' às práticas institucionais às quais estamos todos submetidos, e está 'naturalizado' em nós mesmos nos mecanismos que constroem nosso *habitus*, só identificamos seus efeitos" (SOUZA, 2015, p. 121).

A possibilidade de identificação somente dos efeitos dos *habitus* está justamente em sua reverberação na *prática*. Acontece que as concepções dominantes de saúde e doença e as intervenções a partir delas ainda estão atreladas a racionalidade biomédica, como apontado por Czeresnia (1997), passando pelos crivos de um conhecimento científico estruturado no positivismo cartesiano, da hegemonia médica e dos laboratórios farmacêuticos de empresas internacionais (HECK; LIMA, 2017). A política publicada escancara esse debate e nossa Interlocutora cita um exemplo que aconteceu no exercício das práticas homeopáticas no território.

Quando teve o primeiro surto de dengue, São José do Rio Preto foi para a televisão porque estavam dando uma vacina homeopática na sala de vacina, aí o ministério tem que responder que zorra é essa. Aí a política já tava publicada, aí eu tenho que explicar que a vacina tem um gênio epidêmico. Aí você me pergunta se eu sou homeopata, eu respondo que não, mas eu tive que aprender o básico para poder responder isso. (...) foram anos de muita tensão. (Interlocutora 1)

O gênio epidêmico, citado por nossa Interlocutora, é um conceito criado por Samuel Hahnemann, considerado fundador da homeopatia. Ainda que adentrar a racionalidade homeopática não seja nossa intenção e não nos atreveríamos a reduzir uma racionalidade complexa, é necessário contextualizar brevemente alguns pressupostos desta racionalidade para compreendermos o trecho acima. Segundo o método homeopático, regulado pelas leis como similitude e experimentação, durante uma epidemia, por exemplo, para medicar a pessoa adoecida é preciso antes de tudo anotar a sintomatologia presente nos casos (NUNES, 2016). Depois, pela lei da semelhança, é realizada uma pesquisa que objetiva encontrar uma substância

capaz de provocar os sintomas da doença em uma pessoa saudável. Assim, essa substância em doses altamente diluídas seria capaz de curar a pessoa doente ou prevenir a doença - daí a expressão popular “doses homeopáticas”. Só então, pela cosmovisão homeopática, o profissional de homeopatia pode receitar um medicamento, como o que é produzido a partir da planta *Eupatorium perfoliatum*, que normalmente provocaria sintomas parecidos com os da dengue (NUNES, 2016). No caso de São José do Rio Preto, a “vacina homeopática” citada pela Interlocutora é um medicamento formulado a partir da farmacotécnica da homeopatia. O estudo de Nunes (2016) analisou surtos de dengue entre 2007 e 2012 no Brasil e concluiu que os municípios que adotavam medidas sanitárias eficazes de controle de vetores apresentavam menor índice de doentes e, entre eles, destacou o caso dos municípios de Macaé (RJ) e São José do Rio Preto (SP), onde os habitantes tomaram medicamento homeopático e obtiveram os menores números de casos à época.

Todo esse tensionamento nos leva a questionar: quais são as lutas travadas nesse espaço? Como se constituem essas disputas? Em “*Campo de poder, campo intelectual*”, Bourdieu (1983, p. 8) cita Marcel Proust ao dizer que “as teorias e as escolas se devoram reciprocamente, como os micróbios e os glóbulos, e asseguram por sua luta a continuidade da vida”. Na perspectiva bourdieusiana, podemos pensar que a metáfora dos micróbios e dos glóbulos são agentes *no* corpo e também *fora* dele, como um campo e um espaço intercampos composto por agentes sociais que se organizam em torno das lutas, oposições e posições que regulamentam as leis daquele determinado espaço, um espaço onde também circulam pontos de vista (BOURDIEU, 2001). Em Bourdieu, a disputa é um elemento importante pelo qual o campo produz sua história. Na análise de nossa pesquisa, a disputa do campo das PICS estaria não somente na legitimidade institucional - cujo ensejo acontece a partir da publicação da PNPIC, mas em uma legitimidade que possui um sentido prático no seio do reconhecimento da existência e legitimação dessas nova cultura do cuidado presente no SUS - mesmo pelos agentes que não atuam no campo compartilhando de um ponto de vista semelhante.

Em outro momento de sua obra, no texto “*A miséria do mundo*”, Bourdieu (2001) define a noção dos “pontos de vista” como uma perspectiva sempre estabelecida a partir de algum outro ponto de vista, não sendo possível (re)construí-lo tal como sua forma própria. A tarefa seria, então, (re)situar os pontos

de vista no mundo, reconhecendo os que nos são próprios. Nesse sentido, para a nossa Interlocutora 1, as PICS não disputariam lugar com a biomedicina porque não existe diálogo, ou seja, um lugar pelo qual esses pontos de vista pudessem interagir em condições equânimes. Ela traz outro exemplo prático sobre a dengue, desta vez em Macaé (RJ), para evidenciar sua posição.

Na verdade a gente não disputa cuidado com a biomedicina. É um equívoco achar isso. Eu acho que é a indústria. Tem coisas muito maiores que intervêm muito mais nisso que tem raízes históricas desde lá quando tudo indicava para humanidade caminhar para esse lado e a linha iluminista nos levou para outro lado. Não que a gente não deva, não é nada disso. Essa disputa é lá para trás. Aí a gente o bendito Relatório Dawson, não é que ajudou muito, mas ajudou por um lado, não existe uma disputa entre coisas. O nosso sistema, infelizmente, é um sistema alopático, biomédico, capaz de gastar fortunas. Exemplo, na dengue nós tínhamos um município no Rio de Janeiro, Macaé, na região dos lagos, que não tinha dengue. Macaé tinha epidemia controlada. O que foi que aconteceu? A coordenadora da atenção básica de Macaé, médica homeopata e sanitaria, ela usou gene epidêmico. Mas em primeira instância, ela usou tudo que ela tinha de força, por ser sanitaria, de controle de meio ambiente, controle de vetor, e também usou o medicamento homeopático personalizado para cada região da cidade. Nós apresentamos na época esse caso à coordenação de dengue, que nos falou que precisaríamos de um estudo duplo cego. Aí a fiocruz topou fazer com a gente o estudo duplo cego. Então era a gente explicando a homeopatia para um epidemiologista e o epidemiologista explicando um duplo cego para a gente. Conseguimos montar o estudo, foi lindo! Quando a gente apresentou na coordenação de dengue eles nos disseram: 'Está publicado numa revista qualis A? Traga o artigo publicado'. Entendeu? Não existe disputa, não existe diálogo. (Interlocutora 1)

O Relatório Dawson remonta à Inglaterra dos anos 1920, período no qual o documento propõe uma reestruturação do modelo de atenção à saúde segundo o grau de complexidade dos serviços e financiamento das terapêuticas. Desta forma, serviços primários da base seriam as portas de entrada ao sistema, lugares plenamente capazes de resolver a maior parte dos agravos à saúde. O relatório é importante porque marca alguns princípios centrais da criação da Atenção Primária à Saúde, como a hierarquização da complexidade, introdução ao acolhimento do usuário e a territorialização (MINISTRY OF HEALTH, 1920). No caso da dengue, mencionado pela Interlocutora, o Relatório Dawson auxilia a retomar a ideia de APS e suas premissas da organização da oferta médica que englobam, por exemplo, a escolha pelas intervenções financeiramente mais viáveis, desde que sejam seguras. Neste sentido, mesmo frente às evidências produzidas pelo tratamento homeopático no controle dos surtos de dengue em municípios brasileiros, houve polêmica na época. Ainda hoje a resistência com a homeopatia é grande e o diálogo entre as racionalidades em saúde (RS) não-convencionais e a racionalidade biomédica

quase não acontece. O conceito de racionalidades em saúde formulado por Luz (2012) diz que as cinco dimensões das RS (morfologia/anatomia, dinâmica vital/fisiologia; doutrina médica; diagnose e terapêutica) compreendem uma sexta dimensão que engloba todas as cinco dimensões anteriores, chamada de cosmologia. No tensionamento entre a racionalidade biomédica e as racionalidades não-convencionais, parece não haver o auto-reconhecimento da biomedicina como somente mais *uma* racionalidade em saúde, que possui dimensões cosmológicas de compreensão e intervenção na vida como qualquer outra; a racionalidade biomédica parece se autodeterminar mais como “A” racionalidade em saúde, capaz de enunciar suas próprias verdades e negar qualquer outra que se constitua longe de seus parâmetros de análise.

Novamente as regras do jogo científico-biomédico surgem como uma fronteira que coloca limites sobre as ações, exigindo a mobilização da *illusio* para o investimento na luta. Nas palavras de Bourdieu (1996, p. 181), “é a própria luta que faz a história do campo e é pela luta que ele se temporaliza”. Assim, o campo das PICS começa a parecer como um campo-movimento, uma vez que o que ocorre no campo está cada vez mais ligado “à história específica do campo, e apenas a ela, portanto, cada vez mais difícil de deduzir a partir do estado do mundo social no momento considerado” (BOURDIEU, 1996, p. 335). Para isso, é importante não ignorarmos as lógicas específicas de funcionamento do campo e a temporalidade que escreve o seu futuro a cada momento em uma relação de rede, assim o campo atualiza o seu futuro “ao realizar as potencialidades objetivas que se determinam nela, entre seus poderes e os possíveis objetivamente inscritos no campo” (BOURDIEU, 1996, p. 306).

Portanto, o campo passa a ser “rede de relações objetivas (de dominação ou de subordinação, de complementaridade ou de antagonismo, etc) entre posições” (BOURDIEU, 1996, p. 261). Conforme explica Bourdieu (1996, p. 262), é nos “interesses específicos associados às diferentes posições no campo que é preciso buscar o princípio das tomadas de posições, ou mesmo das tomadas de posição políticas no exterior do campo”.

A gênese histórica, assim, implica em uma abordagem que não simplesmente analisa “os agentes e as instituições que compõem o campo, a suas estruturas internas, questões em jogo, mas também as pressões externas, as condições históricas de possibilidade de sua existência” (VIEIRA-DA-SILVA, 2018, p.

26). Para Bourdieu (1996, p. 285), uma transformação bem sucedida em um campo de forças - e fora dele - é produto das interferências dos “encontros entre dois processos relativamente independentes: as mudanças internas e mudanças externas”.

Nesse sentido, é necessário produzirmos uma gênese conceitual. Na próxima seção, discutiremos as distinções conceituais necessárias que foram emergindo no trabalho de campo e que evidenciam acumulações não somente históricas, mas epistemológicas do espaço social das práticas integrativas e complementares em saúde no Brasil.

#### **2.4. Pista 4 - Afastamentos e aproximações entre as “Racionalidades em Saúde”, o “Integrativo” e o “Complementar”**

A partir do que já foi exposto anteriormente, aqui nos interessa refletir sobre as compreensões que circulam no campo acerca dos substantivos “integrativo” e “complementar”, realizando as devidas distinções e articulações ao conceito de “racionalidades em saúde”. Esse é um ponto de conexão entre as disputas políticas e as disputas conceituais, tornando-se disputas político-conceituais. Isso porque os conceitos, sejam quais forem, não são dados *a priori*, mas construídos. Para Silva (2004, p. 14), falar em uma “invenção” de um conceito “não pretende buscar uma origem ou uma identidade primeira; ela pretende desnaturalizar os objetos e mostrar como os mesmos são historicamente constituídos”. Em nosso caso, falar em uma “invenção” das “práticas integrativas e complementares em saúde” significa dizer que não existe um campo dado das PICS, mas que ele é construído, inclusive pela biomedicina, quando ela se coloca como forma dominante de cuidado, expulsando para margens do campo da saúde os ditos “alternativos”, “tradicionais”, “integrativos” e “complementares”. Antes de aprofundar as conceituações usadas no Brasil, é necessário trazer a atual definição global proposta pela Organização Mundial da Saúde de “Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas” (MTCI).

A Medicina Tradicional é muitas vezes confundida com a Medicina Ocidental/Biomédica pela confusão entre os termos “Tradicional” e “Convencional”. Para a OMS (2000), a Medicina Tradicional é aquela que remete à ancestralidade dos povos originários, uma soma total das práticas circunscritas em teorias, crenças e experiências de “diferentes culturas, explicáveis ou não, e usadas na manutenção da saúde, bem como na prevenção, diagnóstico, tratamento ou melhoria de doenças físicas e mentais” (WHO, 2000, p. 1).

A Medicina Complementar foi, por muito tempo, chamada de Medicina Alternativa. Ela é composta por um espectro amplo de práticas em saúde que não pertencem exatamente nem às medicinas tradicionais e nem à medicina convencional (WHO, 2000).

Já a Medicina Integrativa é a adição mais recente do conceito ao conceito das MTCI, antes MTC (Medicinas Tradicionais e Complementares). Segundo a

OPAS<sup>17</sup>, ela é um projeto inovador que visa reunir abordagens distintas entre convencionalidade e complementaridade para as integrar em um plano de cuidado coordenado nos sistemas de saúde. Dessa forma, quando pergunto para a Interlocutora 1 qual seria sua compreensão sobre o “integrativo” e “complementar”, ela responde que pensa ser a definição já circunscrita na PNPIC.

Como a gente já definiu na política, não mudaria em nada. Sistemas médicos complexos. Se nós estudarmos a medicina maia, a medicina unani, as medicinas africanas, e entendermos que ela é uma racionalidade médica, ela pode entrar, desde que alguém ensine e alguém regule a prática dela. Mas não é recurso terapêutico que tem aí, que é uma coisa sem fim, precisa ser linkado com uma racionalidade médica. E por que ele tem que ser amplo? Porque por exemplo, a antroposofia tem mais de 25 recursos terapêuticos, não posso colocar o nome de só um. (Interlocutora 1)

A Interlocutora 1 traz para a definição de integrativo e complementar o próprio escopo teórico presente na PNPIC, onde os estudos sobre as Racionalidades Médicas fundamentam conceitualmente o documento. Desta maneira, é citado que a PNPIC engloba “sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa” (BRASIL, 2006, p. 10). Uma Racionalidade Médica é um sistema médico complexo considerado em suas seis dimensões: morfológicas, fisiológicas, diagnósticas, terapêuticas e de doutrina médica - essas cinco dimensões compreendem uma sexta, chamada de cosmologia (LUZ, 2003). Já recursos terapêuticos são “instrumentos utilizados nos diferentes sistemas médicos complexos” (BRASIL, 2006, p. 10). Um recurso terapêutico, conforme definição da PNPIC, deveria estar sempre vinculado à uma racionalidade, assim como a Acupuntura é um recurso terapêutico da racionalidade médica chinesa. Entretanto, o termo “médicas” da categoria das Racionalidades foi motivo de críticas.

A conceituação das “Racionalidades Médicas” foi realizada por Madel Luz na década de 1980. A pesquisadora coordenou variados grupos de pesquisa no âmbito da Saúde Coletiva desde a década de 1980 até 2009, entre eles o grupo CNPq “Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde”. Ao longo deste período, o conceito foi sendo aprofundado e suas dimensões (morfologia/anatomia, dinâmica vital/fisiologia; doutrina médica; diagnose e terapêutica) também tornam-se

---

<sup>17</sup> OPAS. Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas. Disponível em: <https://cutt.ly/ZnwaBCd>. Acesso em: 24 mai 2021.

operadores de análise em estudos comparativos entre racionalidades médicas, que ultimamente vêm sendo denominadas “Racionalidades em Saúde”. A alteração no nome não é em vão e traz à cena um analisador importante: a retirada do termo “médico” do conceito, como demonstra uma de nossas Interlocutoras.

A categoria racionalidades médicas desenvolvida pelo grupo de pesquisa da Madel está muito bem estabelecida conceitualmente, mas no campo ela sofre resistências. Não em termos conceituais na delimitação de uma área do conhecimento, de pressupostos, das dimensões das racionalidades médicas, não do pressuposto teórico-conceitual. Mas no termo “médicas” das racionalidades. Eu pesquisei acupuntura e até hoje existe um debate forte dessa prática ser exclusivamente médica ou uma prática multiprofissional, porque os médicos primeiro rejeitaram essas práticas de maneira generalizada e aos poucos foram querendo para si, querendo excluir os outros praticantes, monopólio. Então no nível simbólico, cultural, social, esse nome “racionalidades médicas” gerava esse tipo de resistência, embora a categoria não tivesse essa proposta, porque a categoria não se posicionou sobre a exclusividade médica, da multiprofissionalidade, ela só identifica campos do saber em saúde. Mas havia muita resistência, então ‘racionalidades em saúde’ retira os médicos da história. E a própria PNPIC, o nome original era “Política Nacional de Medicina Natural” e aí depois o conselho federal de medicina não aceitou que entrasse o nome ‘medicina’, aí saiu a ‘medicina’ e ficou as ‘práticas integrativas e complementares’. Então tem esse embate sócio-político na sociedade. E o nome racionalidades médicas, embora não tenha esse propósito de se posicionar dessa perspectiva, ele tinha uma apropriação questionável e eu entendo que foi por aí. (Interlocutora 6).

O trecho acima traz as motivações para a mudança de nome no conceito. É possível analisar que a substituição de racionalidades “médicas” por racionalidades em “saúde” responde a possíveis sanções da categoria médica em reivindicar o exercício exclusivo da medicina sobre alguma racionalidade - é neste sentido figurativo que a alteração no termo “retira os médicos da história”, segundo a Interlocutora. Essa foi a mesma motivação presente no caso da mudança de nome da política de “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares” para “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde”, como vimos anteriormente. Contudo, o termo “racionalidade médica” ainda é o mais popularizado e difundido, o que gera resistências. A fala da Interlocutora 4 demonstra uma dessas resistências de agentes internos no campo com o termo “médico” quando ela diz:

Ainda existem vários pesquisadores trabalhando as ‘racionalidades médicas’, o que me incomoda, porque o médico do termo diz quem pode fazer. Quando a gente vai ver o conhecimento das mulheres agricultoras, isso vem de caboclos, de imigrantes, e como eu diria que isso não é racional? O grande problema é isso, a PNPIC traz como integral e complementar uma terapêutica para o que já está posto. Parece que não se

integra o conhecimento ao fazer. E se formos ver, a grande parte dos pesquisadores das PICS são estudiosos que não são médicos. (Interlocutora 4)

O trecho acima torna possível perceber o argumento de quem resistiu ao termo “médica” das racionalidades. Paradoxalmente, nossa Interlocutora 1 mostra outro ponto de vista - também de resistência, uma vez que afirma uma falta de sentido na mudança do termo no conceito das racionalidades.

Racionalidades em saúde é uma conceituação moderna que Madel deu para racionalidades médicas, que é o grande arcabouço teórico da política de práticas integrativas. Mas eu não posso de verdade, não consigo mesmo, aceitar que a gente inclua tudo isso nesse conceito. Aí a gente muda o conceito para racionalidades em saúde, para poder caber mais alguma coisa dentro do negócio porque a coisa evoluiu. Mas qual é o conceito de racionalidade em saúde então? Cadê o conceito escrito? (Interlocutora 1)

A Interlocutora 1 aponta para uma ampliação - de certa forma indevida - que foi realizada com o conceito de racionalidades médicas no campo para a inclusão de um maior número de práticas. Nesse sentido, nossa Interlocutora 7 complementa dizendo que há uma confusão entre o conceito de “PICS” e o de “Racionalidades Médicas”.

Acho que eles ainda não entenderam a diversidade que eles estão lidando. Eles ainda nem entenderam. Práticas, racionalidades, isso são nomes para a política pública. Pelo que eu vejo, não há entendimento claro o que é uma racionalidade, pois saberiam onde usar cada uma delas. E mais ou menos ver onde se complementam, esse é um mistério profundo, impossível? Na Índia e na China isso acontece, há vários países onde você tem hospitais especializados em uma especialidade e hospitais que trabalham com a conciliação das duas. Aqui estamos atrasados, ainda não entendemos a diferença entre racionalidades e práticas. (Interlocutora 7)

Tal confusão, para a Interlocutora 7, vai além. Sua fala demonstra a necessidade de realizarmos as distinções necessárias. Para ela, o conceito de “racionalidade médica” instrumentaliza as pesquisas a trabalharem as categorias de análise, que podem ser alguma PIC, inclusive.

O pessoal do campo não consegue perceber que racionalidade médica é um conceito. [...] Uma categoria de análise pode ser uma PIC. Ou então a medicina homeopática. O conceito é muito mais teórico e abstrato, que é o de racionalidades médicas. Homeopatia não é um conceito. Não quero separar, quero distinguir o conceito de uma categoria de análise ou de uma realidade empírica. O conceito de racionalidades médicas diz respeito a esse conjunto de medicinas que são sistemas médicos complexos, porém que a biomedicina, que é a medicina auto legitimada como ciência, portanto como verdade, porque a verdade é a ciência, no século XVII era a teologia. Então uma coisa é o conceito, que tem uma densidade teórica e explicativa, outra coisa é uma prática. A prática é uma forma de intervenção na realidade. Então as PICS dizem respeito a formas de intervenção na área de saúde e

doença feita por profissionais. Aqui vem a dificuldade: os praticantes jamais entenderam que uma coisa é o conceito de racionalidades médicas e outra coisa são as PICS. Nenhuma é falsa ou verdadeira, são coisas diferentes. (Interlocutora 7)

A fala da Interlocutora 7 faz uma distinção fundamental no campo. Como vimos, as PICS são uma série de recursos terapêuticos e racionalidades em saúde específicos e circunscritos em torno de uma política nacional. O nome “PICS” é uma forma de mencionar o conjunto dessas racionalidades e terapêuticas englobadas pela política pública. Entretanto, será que é necessário apenas a inauguração do espaço da política nacional, que condensa essas práticas, para a invenção de um novo conceito? Nesse momento é possível pensar que as PICS são uma maneira de intervir na realidade. É preciso repercutir, então, o que os agentes sociais no campo compreendem por uma prática “integrativa” e uma prática “complementar” como forma de intervenção na vida das pessoas. Começo pelo Interlocutor 2, que evidencia pistas do que compreende por tais substantivos, dando o exemplo de um possível caso para ilustrar sua reflexão.

O integrativo, o que os teóricos começam a trazer e definir, é que você tem as várias formas de olhar o sujeito sem um estar em sobreposição sobre o outro e você utiliza a ferramenta de acordo com a necessidade do sujeito. Não existe um olhar prévio, vou usar medicina chinesa, vou usar biomedicina daqui a uma hora. Então são conhecimentos diferentes que em certo momento eles tem uma contraposição de como cuidar do sujeito, mas que enquanto sistema de saúde, enquanto cuidado ao sujeito, eu acho que elas se complementam e compõe. Por exemplo, eu não vou fazer acupuntura para tratar uma fratura exposta. Eu posso fazer acupuntura numa pessoa com fratura exposta para ver se ajuda numa recuperação mais rápida, mas essa pessoa vai precisar de um conjunto de procedimentos como a cirurgia, analgesia, vou fazer um antibioticoterapia pois o risco de infecção é muito grave. Talvez, usando outras práticas, posso reduzir o tempo de antibiótico, mas aí precisa de discussão para ver como vai ser essa composição. A discussão que vejo é que todas as inclusões de práticas desde 2017, tirando o ayurveda, são práticas não farmacológicas. Isso coloca o sistema biomédico que depende muito da terapia farmacológica em cheque, dizendo que existem outras questões que eu posso cuidar inclusive primeiro. Não como alternativa, mas eu cuido primeiro porque ele pode ter efeitos melhores, evitando efeitos colaterais do medicamento para talvez não entrar em terapia farmacológica. Então em alguns momentos ele vai entrar como contraposição ao modelo de cuidado. Só que se você pensa enquanto sistema, não é contraposição, pois qual a obrigação do sistema? É cuidar da pessoa da melhor forma possível. A contraposição não é ao sistema, é ao modelo clínico. Por exemplo, isso a própria medicina de família tem questionado o fazer médico na atenção primária. Vai falar da prevenção quaternária, de avaliar se o medicamento vai ter melhores efeitos que os riscos ou prejuízos que ele vai trazer. Então a medicina de família dialoga muito com as práticas integrativas nesse sentido. (Interlocutor 2)

O trecho acima expõe que, independentemente das disputas pela legitimidade das formas de cuidado, a premissa do SUS é cuidar da melhor maneira, de acordo com as necessidades específicas de cada sujeito. Traz, ainda, as perspectivas integrativas e complementares na saúde como forma de produzir um olhar crítico sobre os efeitos das iatrogenias, reforçando o papel da prevenção quaternária na identificação de sujeitos que estejam com a saúde em risco por um excesso de tratamento e intervenções médicas, o que caracterizaria as PICS como recursos e racionalidades predominantemente não-farmacológicos.

Para Norman e Tesser (2012), um dos preceitos da medicina é o “*primum non nocere*”, ou seja, “primeiro não ferir”, o princípio da não-maleficiência de Hipócrates. Contudo, a exposição do paciente ao excesso de intervenções, tanto no sentido da diagnose quanto da terapêutica, podem produzir danos chamados de “iatrogenia”, sendo a medicalização social um dos mais palpáveis exemplos (NORMAN; TESSER, 2012). A medicalização social é um analisador complexo, mas pode ser resumido pela palavras de Tesser (2006, p. 62) como uma “expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos”. A medicalização social é um fenômeno cultural que transforma a forma como as populações se relacionam com seus adoecimentos, o que em último caso pode levar a um menor grau de autonomia para a realização do enfrentamento dos padeceres cotidianos que, em grande parte, não necessitam de intervenções medicamentosas (TESSER, 2006).

A prevenção quaternária surge a partir dos níveis de prevenção primária, secundária e terciária propostas por Leavell e Clark (1976), mas seu foco não está nas dimensões preventivas propostas pelos níveis anteriores - que se relacionam com o risco das doenças para os indivíduos, mas em evidenciar os riscos de adoecimento por iatrogenias (NORMAN; TESSER, 2012). É neste sentido que o Interlocutor 2 menciona que não procederá com a prática da acupuntura como a protagonista do cuidado com um sujeito fraturado, porque ela também é capaz de produzir danos se não for realizada pensando na necessidade específica da pessoa que requer cuidados. Ao mesmo tempo, o trabalho de alguma PIC - nesse caso a acupuntura, poderia ser benéfico ao sujeito para redução dos efeitos colaterais dos medicamentos e suas possibilidades iatrogênicas. Entretanto, tudo parece depender do sistema de avaliações e tomadas de decisões que deveria acontecer de forma

*entre* campos, conciliando perspectivas que não envolveriam somente o campo da racionalidade biomédica.

Aqui, existe um debate pertinente no que tange a forma como os recursos e as racionalidades circunscritas nas PICS podem ser exercidas de diferentes maneiras. Até mesmo a acupuntura, recurso terapêutico de uma racionalidade milenar - a medicina chinesa, pode ser transformada em um formato biomédico, conforme nos aponta o Interlocutor 3.

Aproveita-se muito pouco, é muito complementar, um amaciamento da prática biomédica. Para a biomedicina é uma riqueza, mas para cultura em geral é uma colonização e um subaproveitamento do que tem fora, que é muito mais rico e diverso. Um exemplo típico é a acupuntura, uma colonização total que ficou restrita a analgesia, não como uma racionalidade médica. Uma parte do mundo rico já dispensa a medicina chinesa porque a biomedicina já aprendeu a usar essa técnica das agulhas. Temos que torcer para que os povos nativos sobrevivam a essa era obscura para termos com quem aprender. (Interlocutor 3)

A fala do Interlocutor 3 coaduna com a pesquisa liderada por Luz (2012) que, no caso da acupuntura, concluiu que o tipo de acupuntura praticada no serviço público de saúde fala sobre a própria lógica de serviço: a lógica da produtividade. Neste sentido, existem outros pontos de interseção com o modelo biomédico como, por exemplo “as representações de corpo, saúde, doença e tratamento dos pacientes de acupuntura que tendem a se aproximar das dos pacientes da biomedicina e do imaginário mecanicista desta racionalidade médica” (LUZ, 2012, p. 224). Essa questão é trazida pela Interlocutora 1, dando um exemplo do que aconteceu com a chamada “acupuntura neurofuncional”.

Na acupuntura neurofuncional eles são capazes de negar os meridianos, os cinco elementos, yin e yang e tudo que vem junto com isso eles jogam fora. E eles trabalham com agulhamento neurofuncional, que é claro que funciona, mas trabalhamos com outra lógica. E por isso não é possível que eu tenha uma dor lombar e trate com acupuntura, pois eu tenho que fazer um outro diagnóstico. (Interlocutora 1)

Uma das premissas das práticas que se propõe integrativas e complementares está no fortalecimento do vínculo entre terapeuta e paciente que, segundo a pesquisa de Luz (2012), é mais improvável de acontecer no serviço público devido a rotatividade de profissionais de referência no cuidado, inclusive com a homeopatia - não como se esse fosse um analisador de uma certa “natureza” ou “essência” da dimensão pública dos serviços de saúde, mas um processo que decorre das formas de organização e gestão do sistema. De forma mais radical, Luz

(2012) diz que no setor público da saúde é difícil o exercício de qualquer racionalidade médica, seja ela chinesa ou biomédica. “A racionalidade (ou irracionalidade) ali vigente é exógena à medicina (qualquer medicina). [...] Está tendo sobre a atenção médica destinada à população uma consequência desagregadora” e atribui, ainda, esse efeito aos frutos da política econômica em vigência (LUZ, 2012, p. 227). Nesse sentido, pergunto para a Interlocutora 7 se ela acredita que alguma Prática Integrativa e Complementar pode também possuir efeito parecido como a iatrogenia, comum nas práticas biomédicas.

Pode ser que criem *habitus*. Pode ser que você fique adicionado àquilo, não pare de fazer acupuntura o resto da sua vida, porque se você não fizer vai voltar tudo. Eu me tratei uns vinte ou trinta anos com homeopatia radical, e realmente a transformação é lentíssima, mas há uma transformação na pessoa. Os sintomas vão diminuindo e você vai mudando. Para você apresentar determinados sintomas, você está formatado de uma determinada maneira, isso inclui emoções, coisas guardadas desde a infância, aspectos psicanalíticos ou outras, e para mexer com isso é uma pedreira, isso não sai do dia para noite. Você não toma um desses psicofármacos e a coisa acaba. Você pode até tomar e diminuir o sintoma, mas parou e volta tudo. Agem muito lentamente as medicinas vitalistas, a ayurveda, a medicina chinesa. Em compensação, elas se sustentam por muito tempo. (Interlocutora 7)

A fala da Interlocutora 7 reconhece que existe um potencial do usuário produzir algum tipo de relação de adição com alguma PIC - ou vice-versa, desnaturalizando algumas compreensões que geralmente são somente positivas sobre as práticas. Nesse sentido, Tesser e Dallegrave (2020, p. 3) dizem que “características positivas são atribuídas generalizadamente às PICS: estímulo à autocura, tecnologias eficazes/seguras, escuta acolhedora, vínculo terapêutico, integração com o meio ambiente/sociedade”.

As PICS constantemente abordam essa temática, propondo uma maior responsabilização do usuário sobre a própria saúde. Entretanto, o reconhecimento da capacidade dos sujeitos em manejarem suas questões entre saúde e adoecimento não deve ser descolado da necessidade de também poder ser cuidado por uma equipe de saúde. Menéndez (1992) chama esse processo de autoatenção: um cuidado subjetivado da saúde de caráter grupal e social, onde se fomenta a autonomia dos sujeitos em se corresponsabilizarem pela própria saúde junto às equipes. Para isso, é preciso ser possível conciliar as múltiplas existências de itinerários terapêuticos na jornada do sujeito, reconhecer que existe um amplo espectro de diferentes culturas de cuidado tanto no campo institucional da saúde

quanto nos campos da vida social. Essas diferentes práticas que se apresentam nas mais variadas composições são “tecidas por afetações subjetivas, sociais e culturais e disponibilidades de recursos, desenhadas por indivíduos na busca pelo atendimento das necessidades em saúde”, são pluriversos que nos introduzem “ao ‘pluralismo médico’ ou ‘terapêutico’ para cobrir suas manifestações, transformações e eventuais articulações” (GERHARDT et al, 2006, p. 27). Assim, pergunto para o Interlocutor 8 qual seria a maior potência das PICS no cuidado à saúde.

Eu acho que o principal é a desmedicalização e a mudança de cultura de cuidado. Eu vejo que a gente quer resolver nossos problemas com remédio e a biomedicina sem remédio é muito complicada. Agora é importante a questão do uso racional, saber qual PICS é indicada para qual problema. Eu não sou a favor que se use PICS para tudo e muito menos que as 29 PICS são recomendadas. Eu utilizo como parâmetro essa definição conceitual que Madel traz e a política traz e as pesquisas. Eu que trabalho com dor, eu não vou recomendar um paciente tomar homeopatia sabendo que acupuntura já tem um respaldo muito maior do ponto de vista científico. Eu acho que a política em si no sistema de saúde é isso, ampliar a visão no processo de saúde doença, tendo elementos próprios de diagnóstico que transcendem a visão cartesiana do corpo. (Interlocutor 8)

O Interlocutor 8 cita a desmedicalização e a mudança na cultura do cuidado da saúde, uma ampliação do processo de saúde e doença capaz de transpor a visão cartesiana clássica de corpo, que comentamos no Capítulo 1. Neste sentido, o texto da PNPIC propõe a ampliar as possibilidades de recursos terapêuticos dos/as usuários/as, oferecendo mais oportunidades de itinerários terapêuticos (BRASIL, 2006). Em uma ampliação das possibilidades terapêuticas, o/a usuário/a é corresponsabilizado/a pelo percurso que trilha nos serviços, isto porque não lhes são mais apresentados somente os recursos biomédicos para lidar com seus padeceres, mas também recursos integrativos e complementares para além da biomedicina, produzindo, assim, um pensar sobre as próprias estratégias de como lidar com sua saúde. Contudo, a fala do nosso Interlocutor 8 mostra suas ressalvas sobre o uso racional das PICS, que também podem produzir prejuízos.

Um exemplo que exige cuidado é a questão da co-responsabilização do usuário, uma vez que “a ‘nova’ responsabilização dos indivíduos pode ser usada como justificativa para reduzir os serviços públicos de saúde, retirar recursos dos doentes e deficientes e estigmatizá-los”. (TESSER; DALLEGRAVE, 2020, p. 6). Para Tesser e Dallegrave (2020), algumas PICS podem ter uma abordagem mais individualizante, se acoplando ao discurso neoliberal sobre um modo holístico de adoecimento de que o agravo em saúde pode ser um meio para o paciente

aprender, crescer e curar-se. Nesse sentido, para o Interlocutor 8, a atenção no trabalho com PICS parece ser fundamental para extrair delas a sua potência.

O diagnóstico sintomático tradicional já está presente na CID 11. Imagina, eu no serviço de saúde podendo dar um diagnóstico de acordo com uma síndrome na visão da medicina chinesa. E pro paciente é desafogar as filas, porque o paciente pode aprender a fazer o manejo dos problemas, sem precisar ficar procurando o tempo todo o profissional. Imagina a atenção primária mais resolutiva. (Interlocutor 8)

Contudo, para a Interlocutora 4, a realidade de uma perspectiva integrativa, como a mencionada no último trecho pelo Interlocutor 8, ainda não parece ser possível. Para ela, até mesmo o que poderia ser “integrativo” acaba tornando-se “complementar” nas rotinas dos serviços.

Eu vejo que quando a PNPIC fala nisso, eu vejo que ela se refere muito mais a terapêutica, usar o reiki como complementar ao tratamento convencional. Integrar a roda de dança circular, integrar o tratamento da auriculoterapia à prescrição convencional. O que eu acho que deveria ser é integrar esse conhecimento ao serviço, e quando a PNPIC fala nisso é como se fosse um plus ao tratamento convencional. Então o médico vai prescrever o citalopram, ele vai indicar que essa pessoa procure o enfermeiro para fazer o reiki, muito para complementar a prescrição que ele deu. Acho que deveria ser integrado o saber ao serviço para que, por exemplo, com uma série de tratamento, convencionais ou não, essa pessoa não precise de medicação. (Interlocutora 4)

As questões levantadas pela Interlocutora 4 falam de desafios que iremos repercutir nos próximos capítulos, que passam por ensino e formação curricular em PICS, pois se os saberes deveriam ser integrados e compartilhados pelas equipes, é necessário que se fomente uma cultura de ecologia dos saberes, conforme proposto por Boaventura de Souza Santos (2007), para que alguém ensine e alguém esteja disposto a dialogar e aprender sobre outras perspectivas, ainda nas formações de graduação. Nesse sentido, a Interlocutora 5 percebe que o exercício de uma prática de fato “integrativa” é um desafio, sendo mais possível realizar a prática “complementar”.

Eu acho que pensando muito rapidamente que a gente tem muita dificuldade de fazer uma prática integrativa, mas é muito mais possível fazer uma prática complementar. Eu acho que as políticas de saúde ajudam nisso, mas tem um exercício da multidisciplinaridade que é o grande exercício. Então a construção da integralidade é um ponto muito importante. Acho que temos que reconhecer que integralidade para o modelo biomédico é a promoção da saúde que pensa a integralidade a partir do conhecimento que o perfil epidemiológico possibilita, e isso não é integralidade efetiva. Então nós, profissionais, não nos dedicamos a essa discussão ao ponto de mostrar isso ao mundo. Então quando se fala em integralidade é mais fácil se pensar em

condições de saneamento, educação e integralidade na direção da intersetorialidade que na concepção de uma integralidade real. [...] A concepção da epidemiologia é orientada pelo perfil epidemiológico da população aos quadros de adoecimento. Então uma concepção da integralidade situada à saúde ainda precisa ser feita. Acho que a antroposofia, quando se pensa em salutogênese, é muito diferente. Eu sempre achava que a psicologia do desenvolvimento iria dar esse laço. Mas a antroposofia é a que mais pensa num ser integral. (Interlocutora 5)

Até aqui, as falas vão falando de dimensões das terapêuticas. Desde uma práxis “alternativa”, passando pela “complementar” até o exercício da “integrativa”, o que existe são graduações. O trecho acima coloca um ponto de vista sobre a concepção de integralidade, proposto pelas discussões de promoção da saúde que, para a Interlocutora 5, estaria fortemente vinculado ao conhecimento epidemiológico, mas ainda distante de constituir uma integralidade efetiva. A racionalidade biomédica, como campo hegemônico, pode acabar definindo esses platôs.

Não há dúvida, para mim, que a biomedicina é a prática hegemônica em saúde em termos institucionais, em termos culturais, já nem tanto, mas ainda hegemônica. E as práticas integrativas, as PICS, elas podem entrar como um cuidado alternativo, paralelo, como um cuidado integrado que os profissionais da biomedicina e da prática complementar dialogam entre eles. Então tem vários níveis, desde o alternativo, que geralmente é um paralelo, a pessoa se cuida com biomedicina, em paralelo se cuidam com outra prática, mas geralmente esses profissionais não dialogam entre si e muitas vezes desconhecem o que um está fazendo, o que o outro está prescrevendo. A gente tem um ideal que pelo menos haja um diálogo entre essas práticas, que seria uma prática complementar, né. Quando o próprio profissional da biomedicina reconhece os limites de uma prática e legitima outras contribuições que tem potencial no projeto terapêutico e ele dialoga com essas outras práticas, então essa seria a perspectiva mais complementar. (Interlocutora 6)

As falas dos/as interlocutores/as vão mostrando que a nossa realidade ainda está distante da utopia de uma cultura que não sobreponha saberes, uma cultura que fomente a integralidade exigida pela perspectiva integrativa da saúde. Isso porque não caberia apenas conciliar uma visão ecumênica entre racionalidades diferentes, capaz de congrega diferentes perspectivas sobre o sujeito, a clínica e o cuidado. A ideia de um eucumenismo na saúde é capaz de nos dizer que, em diferentes campos, pode existir o culto a deuses - no caso, suas próprias racionalidades. A integralidade, neste sentido, poderia se propor ao momento onde deuses não precisariam ser cultuados, o que torna a práxis “integrativa” uma perspectiva ainda porvir.

A perspectiva integrativa, para mim, ainda é um objetivo no horizonte, né. Porque isso demanda uma formação dos recursos humanos em saúde que contemplem essas duas práticas e que isso acontece, por exemplo, no médico que tem especialização em homeopatia, então ele pode fazer uso dos dois recursos, ele pode olhar com as lentes da biomedicina, mudar de óculos e olhar com a lente da homeopatia e ele pode de fato integrar na prática. E mesmo que ele encaminhe para outro profissional, mas que seja um tratamento de fato integrado, um tratamento que esteja dentro de um plano estratégico-terapêutico para aquela pessoa. Então são gradações de espaço. Teve uma reportagem recente que falava que toda essa oposição à homeopatia recentemente, ela tem uma base cultural e social, porque a gente vive numa sociedade violenta, de controle, materialista. E essa sociedade é pouco compatível com uma medicina que é da ordem do sensível, da subjetividade, do autoconhecimento. Então tem toda uma tendência social e cultural. A gente está rompendo com esse funcionamento do controle, da intervenção, da materialidade. A gente está vivendo de um lado um certo acirramento, mas também existe uma percepção de desenvolvimento da valorização da natureza, de subjetividade e mesmo da espiritualidade, que são visões mais próximas ao mundo das PICS, né. Então para além do sistema de formação profissional, para além dos conselhos profissionais, tem esse plano mais amplo da cultura, dos grandes embates epistemológicos, culturais que se vive na sociedade contemporânea, globalizada. (Interlocutora 6)

A perspectiva da Interlocutora 6 chama a atenção para as discussões culturais e o que esses embates nos comunicam sobre as práticas na vida dos sujeitos. O conceito de integrativo é, para o Interlocutor 2, uma possibilidade de olhar e intervir na vida de forma a contemplar a integralidade das pessoas.

Ter a disposição diversos olhares sobre o sujeito em sua integralidade, da forma mais ampliada possível, com a maior possibilidade de terapêuticas possíveis de acordo com a necessidade do sujeito e o desejo do sujeito. O Áureo Augusto é um médico do vale do capão, bem reconhecido no campo das práticas e aí ele fala: 'ó, eu recomendo que você mude a alimentação, faça exercícios, tome sol'. Um conjunto de práticas dentro do conhecimento dele da naturopatia. "Ou você pode tomar esse remédio aqui, que a longo prazo por fazer trombose, isso, isso, isso, mais rapidamente'. E a pessoa escolhe. Muitas pessoas escolhem se comprometer a mudar, voltam e ele monitora se está dando certo ou não, que é a obrigação do profissional de saúde. Outros dizem que querem o medicamento pela condição de vida, não ter tempo, enfim. Ele teve uma fratura exposta, a acupuntura não vai remendar o osso dele. Eu posso não usar a acupuntura nesse momento e ser integrativo, usando no período pós-operatório. O que é integrativo é a visão, não necessariamente o que eu uso. (Interlocutor 2)

A prática "complementar" vêm se mostrando como uma prática que assinala a existência de um corpus maior e protagonista no cuidado, nesse caso, o da biomedicina, a qual podemos complementar com um ou mais recursos terapêuticos, práticas e racionalidades médicas circunscritos na PNPIC. O Interlocutor 2 segue sua fala, expondo como uma prática com potencial de ser integrativa pode ser subordinada e reduzida a ser somente complementar.

O complementar, e o Nelson fala bastante disso, surge como apropriação da biomedicina sobre outras práticas. Exemplo: eu te olho, vejo que você tem uma lombalgia, e digo que você vai fazer acupuntura para cuidar disso e aí chega lá o profissional que vai fazer acupuntura não faz diagnóstico, nada, só coloca agulhas para tratar a lombalgia. Então a acupuntura nesse caso ou qualquer outra prática está sujeita e subordinada ao olhar da biomedicina. É diferente de chegar o sujeito, ele tá com uma lombalgia, faço toda a análise biomédica, aí vejo o pulso dele, vejo a língua, digo o meridiano tal tá assim, dentro do linguajar da medicina chinesa e digo que ele vai tratar a lombalgia com acupuntura para desbloquear aquele meridiano. Aí eu estou usando os dois sem uma sobreposição. Quando eu digo que a pessoa está estressada, está com ansiedade e depressão, mando fazer ioga, mas não houve um olhar como o ioga, a alimentação, o ayurveda, a antroposofia entende o adoecimento, ela está sendo utilizada somente como recurso terapêutico, como objeto, ele tá sendo usado como uma prática complementar. (Interlocutor 2).

Nesse sentido, o complementar surge como sintoma da hegemonia médica nas tomadas de decisões sobre as prescrições terapêuticas. E mais, o Interlocutor aponta que muitas vezes as PICS são utilizadas de forma objetificante, a descolando dos sistemas médicos e seus recursos terapêuticos, compostos por suas cosmovisões sobre as dimensões morfológicas, fisiológicas, diagnósticas, terapêuticas e de doutrina médica no cuidado da saúde. Entretanto, a Interlocutora 6 parece discordar que o “complementar” é uma concessão realizada pela biomedicina, embora reconheça que em um sentido prático, a complementaridade pode significar subalternidade, mesmo quando poderia ser uma forma integrativa de produção de cuidado.

Eu gosto da ideia do complementar, o que necessariamente não precisa ser subalterno. Em alguns momentos pode ser a acupuntura na frente do cuidado e o que não impede da acupuntura trabalhar junto com o fisioterapeuta e eventualmente com um medicamento analgésico. Não impede essas coisas de conversarem. Acho que nenhuma medicina é completa por si só, acho que esse conjunto de recursos que produzimos coletivamente, culturalmente e socialmente são importantes. Em alguns momentos a biomedicina tem seu lugar, sua importância, e acho que a gente não tá pronto para abrir mão da biomedicina. [...] Eu defendo o complementar e não acho que seja sinônimo de subalterno, embora na prática muitas vezes possa ser. E aí a questão da formação profissional e dos valores culturais têm um papel. Acho que as PICS têm avançado significativamente, e tenho a esperança e a sensação que isso é irreversível, que a tendência é a gente viver uma ampliação dessa presença das PICS no cuidado em saúde, mas é um processo histórico, social, cultural. (Interlocutora 6)

Barros (2008) percorre as acumulações histórico-conceituais da medicina biomédica, da medicina alternativa e da medicina complementar para viabilizar a construção da medicina integrativa que, articulada às perspectivas dos nossos interlocutores, parece ainda ser um objetivo distante. Para Barros (2008), o modelo

complementar da saúde nos fala mais sobre indagações do que certezas, propondo um “talvez”: talvez tenhamos superado a crença da ciência positivista em delimitar; talvez “só muitos anos ou décadas depois das mudanças no paradigma biomédico será possível afirmar com segurança que ele perdeu sua hegemonia e determinar a data, aproximada, da sua morte” (BARROS, 2008, p. 217). Talvez ainda não conheçamos os efeitos das revoluções provocadas pelas transformações sociais em muitas frentes, como a contracultura em saúde e, entre indagações...

“Além de todas essas possibilidades, resta-nos a certeza de que, ‘ao contrário do que se passa com a morte dos indivíduos, a morte de um dado paradigma traz dentro de si o paradigma que lhe há de suceder, [por isso] a passagem entre paradigmas é semi cega e semi-invisível; e só pode ser percorrida por um pensamento construído com economia de pilares e habituado a transformar silêncios, sussurros e ressaltos insignificantes em preciosos sinais de orientação” (SANTOS, 2000, p. 15 *apud* BARROS, 2008, p. 217).

Devo dizer que até aqui não busquei uma essência, uma verdade única e universal sobre o que seria, no campo das PICS, a perspectiva integrativa e a perspectiva complementar. As falas dos Interlocutores e das Interlocutoras sempre serão maiores que os fragmentos escolhidos e colocados no texto. Devo dizer, ainda, que minha intenção foi mostrar os pontos de distanciamento e aproximação sobre suas compreensões técnicas e teóricas sobre a temática, o que me tornou, ao mesmo tempo, um pesquisador-interlocutor de suas perspectivas. No capítulo 3, iremos repercutir como todas essas acumulações teóricas, conceituais e históricas se relacionam com as mudanças ocorridas no campo das PICS nos últimos anos.

**3.**  
**Capítulo 3**  
**Transformações**

*Eu pensava ter dado um grande salto para a frente e percebo que na verdade apenas ensaiei os tímidos primeiros passos de uma longa marcha.*

Trecho do filme *La Chinoise*, de Jean-Luc-Godard, 1967.

### **3.1. Pista 1 - Institucionalização e ampliação da PNPIC: é possível uma transformação da cultura de atenção e cuidado à saúde do SUS?**

Na primeira versão da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, homologada pela Portaria nº 971/2006, estavam presentes quatro modalidades de PICS, sendo elas recursos terapêuticos (RT) e racionalidades médicas (RM), como Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura (RM), Homeopatia (RM), Plantas Medicinais e Fitoterapia (RT) e o Termalismo Social/Crenoterapia (RT). Naquele mesmo ano, ainda em 2006, a Medicina Antroposófica (RM) foi incluída pela Portaria nº 1.600/2006. A partir de um rol de cinco PICS - 3 racionalidades médicas e 2 recursos terapêuticos, a política passou aproximadamente 10 anos sem novas inserções.

Em 2016, a Portaria nº 404/2016 da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) incluiu na Tabela SUS procedimentos da: Terapia Comunitária, Dança Circular/Biodança, Oficina de Massagem/Automassagem, Yoga, Sessão de Auriculoterapia, Sessão de Massoterapia e Tratamento Termal/Crenoterápico. Essa inclusão fomentou a ampliação, em 2017, da PNPIC - que com a Portaria nº 849/2017 passou a englobar 14 novas modalidades: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. Com isso, em 2017 a política nacional passou de cinco para dezenove práticas.

Um ano depois, em março de 2018, durante o 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Saúde Pública (CONGREPICS), o então Ministro da Saúde do Brasil, Ricardo Barros, anunciou a inclusão de mais dez práticas que foram publicadas na Portaria nº 702/2018, passando também a compor a PNPIC: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais. Atualmente, a PNPIC engloba 29 práticas vinculadas a sistemas médicos complexos ou recursos terapêuticos, processo de inclusão que será discutido aqui<sup>18</sup>. São, portanto, quatro racionalidades: a homeopática, chinesa, ayurvédica e antroposófica, sendo recursos terapêuticos as 25 práticas restantes na política.

---

<sup>18</sup>Para saber mais sobre cada uma das práticas, ver: <<https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>>. Acesso em 24 mai 2021.

É este processo de ampliação que passa a ser nosso foco de análise neste capítulo. As inserções de novas modalidades de PICS - que em uma janela de um ano chegaram a 24 diferentes novas práticas integrativas e complementares - produziram efeitos no campo, os quais iremos repercutir. Ao escutarmos os nossos Interlocutores, foi possível perceber que suas compreensões acerca da ampliação do número de PICS se dão em duas dimensões, que categorizamos como: (a) Institucionalização e ampliação da PNPIC: é possível uma transformação da cultura de atenção e cuidado à saúde do SUS? e (b) Multiplicidade e singularização das PICS: é possível construir um espaço polifônico? A partir dessas duas dimensões, iremos repercutir as compreensões dos/as Interlocutores/as sobre o assunto, que se mostra uma emergência no campo para pensarmos as condições de possibilidade de constituição de um lugar afirmado pela singularização da heterogeneidade de PICS.

Assim como é significativo o aumento do número de recursos terapêuticos e racionalidades médicas dentro da política nacional, também são expressivos os números de atendimentos: mais de dois milhões em 2018, sendo a Acupuntura o mais realizado, com cerca de um milhão de procedimentos. De acordo com o Ministério da Saúde (2020), as PICS hoje estão presentes nos serviços de todas as capitais brasileiras e em 54% dos municípios (3.173), distribuídas na Atenção Básica (78%), Média (18%) e Alta Complexidade (4%) em 9.350 diferentes tipos de estabelecimentos de saúde do SUS<sup>19</sup>. Entretanto, ampliação do acesso não significa de fato um processo de institucionalização capaz de transformar uma cultura do cuidado no SUS à priori. A Interlocutora 4 demonstra isso ao dizer:

Acho que ainda falta muito para termos elas organicamente institucionalizadas no SUS. Ainda sem reconhecimento de fato, ainda como algo meio alternativo. (Interlocutora 4)

Os 29 diferentes recursos terapêuticos e racionalidades médicas inseridas na PNPIC produziram diferentes efeitos que se relacionam com os ônus e os bônus gerados pelo processo de ampliação do número de práticas, ou seja, as possíveis perdas e/ou os possíveis ganhos para o campo. Em um primeiro momento, é importante termos em mente que a ampliação do número de PICS na política

---

<sup>19</sup>Disponível em <[https://redepicsbrasil.com.br/wp-content/uploads/2018/11/PNPIC\\_11-2018.pdf](https://redepicsbrasil.com.br/wp-content/uploads/2018/11/PNPIC_11-2018.pdf)>. Acesso em 25 mar 2021.

nacional não significa uma transformação da cultura de cuidado e atenção à saúde no SUS em si mesmo, nem mesmo a consolidação de suas acumulações político-institucionais. Nossa Interlocutora 1, por exemplo, demonstra uma insatisfação com essas mudanças quando ela diz que há uma confusão de compreensões sobre o conceito de PICS, que foi

Esculhambado com a entrada de qualquer coisa na PNPIC. Desculpe, mas isso é verdade, porque quando você joga o conceito na terra, vira terra de ninguém. (Interlocutora 1)

A perspectiva de um conceito “esculhambado” fala sobre as tensões geradas no *habitus* do campo. Como vimos anteriormente, em um campo existem agentes, instituições e organizações que se relacionam entre si de forma interna, externa ao campo ou, ainda, em um modo inter-campos. As crenças que sustentam o campo, constituídas pelos investimentos e interesses em jogo, são chamadas de *illusio* e influenciam as lutas e disputas travadas para a manutenção desse espaço (BOURDIEU, 2016). O *habitus* pode ser compreendido, então, como as formas que essas estruturas de histórias individuais e coletivas compartilhadas são dispostas em determinado campo, sendo o discurso uma maneira de entender *habitus* específicos que falam sobre o funcionamento destes lugares.

Contudo, nos termos das transformações sociais, é esperado que elas produzam reverberações no *habitus* ao longo do tempo. Isso porque o campo é exatamente um espaço de lutas, um espaço que não é - e nem deve ser - blindado às transformações. Tais alterações no *habitus* do campo não raro geram perturbações no que já existia conformado entre a tessitura dos fios que engendram seus tecidos, uma espécie de estresse nas estruturas que fazem a manutenção de sua sustentação. Nesse sentido, é possível perceber como a Interlocutora parece compartilhar de uma preocupação com a ampliação aparentemente rápida do que se tinha circunscrito na PNPIC, ou seja, do que se tinha como um *habitus* no campo e que entra em conflito com uma nova correlação de forças. Ao mesmo tempo, essa nova correlação de forças também é capaz de entrar em conflito com o *habitus* que encontra em sua trajetória.

Eu vejo isso com muita preocupação porque teve uma expansão sem um estudo prévio. A gente já tinha 5 sem regulamentação, depois passamos para 19, e agora temos 29 sem regulamentação. Ao mesmo tempo vejo com entusiasmo em saber que o Ministério da Saúde chancelou as 29, mas aí quando vemos, temos poucos estudos e poucos profissionais qualificados nisso. O termalismo, por exemplo, são pouquíssimos os locais capazes de

oferecer. (...) Acho que primeiro precisava consolidar o que tem. No primeiro CONGREPICS o ministro da saúde assinou as 10 PICS e eu aplaudi, vibrei junto. Aí tinha um local com vários profissionais oferecendo PICS, mas oferecendo de qualquer jeito, indicando aromaterapia numa conversa de dois minutos. Eu vejo que quando as PICS entram para o SUS já não é mais só conhecimento popular, precisa ter olhar científico. Na minha opinião, como que estão essas 29? A cromoterapia no SUS, quais as evidências? Abre-se a questão para o misticismo. Uma vez já me questionaram, entraram no espaço PICS, deitaram na maca do reiki, eu liguei uma lâmpada azul e a pessoa me questionou. E eu disse que dentro da cromoterapia tem uma indicação. Ele me perguntou sobre as evidências e eu mencionei o pessoal de Cuba, que bom que eles fazem isso, esses estudos. Nas PICS é complicado fazer ensaio clínico dando resque para todo mundo, porque floral trabalha emoção e não dá para dar Rescue para todo ansioso, é caso a caso. Eu olho para isso com preocupação e cautela, acho que muita coisa não deveria estar ali. (Interlocutora 4)

O relato acima nos permite acesso no que tange ressalvas com a ampliação das PICS, como a pesquisa e a formação dos profissionais, onde seria necessário buscar as evidências que justificassem sua presença no SUS. Em sua opinião, ela nos diz que ainda faltava consolidar as primeiras cinco modalidades de práticas presentes na PNPIC antes da realização de novas inserções. O ponto de vista da Interlocutora abaixo aparece, nesse sentido, como contraponto ao argumento de uma ampliação rápida, citando alguns movimentos que aconteciam anteriormente à expansão ser de fato publicada.

A gente conseguiu coisas muito legais. Os meninos [da Coordenação Nacional das PICS] conseguiram o mapa de evidências. [...] Aí o cara diz: '29 não pode, é muito'. Aí a gestão decidiu colocar no mapa de evidências só algumas. Não é que as outras não tenham evidência. Aí foi feito o mapa de evidências com a OPAS, excelente trabalho, que nos empodera muito. Mas por outro lado já faz o recorte. (Interlocutora 1).

O mapa das evidências pode ser lido aqui como uma forma de legitimação do campo relacionada a sua vertente cientificista. Entretanto, quando são escolhidas apenas algumas PICS para estudo no mapa das evidências e não todas presentes na política nacional, um recorte é feito dentro deste espaço e, para a Interlocutora, isso não implica necessariamente em dizer que não exista evidência nas práticas que ficaram de fora do estudo, apenas que uma divisão é feita. Vejamos.

O mapa das evidências foi um estudo conduzido pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (BIREME/OPAS), Rede MTCl (Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas) e o Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIn), realizando 14 mapas de evidências sobre 14 diferentes recursos e racionalidades circunscritas na PNPIC. Segundo a OPAS, o

objetivo dos mapas é “sintetizar, identificar, descrever e caracterizar a evidência científica existente para determinadas temáticas e mapear as lacunas no conhecimento”<sup>20</sup>. Hoje a plataforma conta com 14 diferentes mapas que pensam as contribuições e efetividade da: Acupuntura; Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas no contexto da pandemia de COVID-19; Práticas mente e corpo da Medicina Tradicional Chinesa; Prática da meditação; Prática do Yoga; Fitoterapia e plantas medicinais para cicatrização e doenças agudas; Plantas medicinais e fitoterapia para saúde mental e qualidade de vida; plantas medicinais e fitoterapia para distúrbios metabólicos e fisiológicos; Plantas medicinais e fitoterapia para doenças crônicas e dor; Shantala; Reflexologia; Auriculoterapia; Ozonioterapia bucal; e Ozonioterapia médica.

A plataforma do mapa das evidências é intuitiva e de fácil acesso, catalogando estudos realizados por metodologia, país, população e efeitos. Ela aponta, ainda, o nível de confiança do estudo (alto, moderado e baixo), direcionando, por fim, o interessado à página original de publicação do artigo para sua leitura na íntegra. As pesquisas presentes na plataforma são predominantemente estudos empíricos quantitativos e/ou revisões de literatura de dados quantitativos, nos moldes epistemológicos da ciência ocidental. Os mapas se constituem, portanto, como uma forma de constituir uma argumentação sobre as evidências científicas de algumas PICS que ainda sofrem resistências ao olhar da medicina convencional. Contudo, ao adotarmos o pressuposto de “evidências” em PICS, acabamos correndo o risco de um retorno a um tema-chave clássico da ciência biomédica que molda o que é legítimo (verdadeiro) e o que é falso (ilegítimo).

Na perspectiva de Stengers (2002), a discussão em torno das evidências vs. não evidências nos remonta à disputa, colocada pela ciência biomédica, por uma diferenciação entre uma “medicina racional” e o que seria “charlatanismo”. Aqui, a ciência “racional” é tomada como fonte única de verdade fundamentada em seus próprios pressupostos como, por exemplo, o efeito placebo. Nesse sentido, “a prática médica científica, longe de apresentar, para tentar entendê-la, a singularidade daquilo de que a medicina tem de cuidar, procura inventar como um

---

<sup>20</sup> Cada um dos 14 mapas estão disponíveis em: <https://www.paho.org/pt/noticias/19-11-2020-biremeopas-lanca-mapas-evidencias-sobre-aplicabilidade-clinica-das-praticas>. Acesso em: 04 abr 2021.

corpo doente poderia, apesar de tudo, diferenciar o ‘verdadeiro remédio’ do ‘remédio falso’” (STENGERS, 2002, p. 34).

Vejamos que, aqui, não estamos negando a existência do efeito placebo, mas que a racionalidade biomédica-convencional, colocada como a única capaz de possuir uma matriz “científica”, cria seus próprios crivos que escapam a outras racionalidades e, uma vez que estas não atendem aos seus pressupostos, são consideradas como uma irracionalidade ou charlatanismo. O exemplo das psicoterapias é emblemático neste sentido e pode nos fornecer condições de possibilidade para problematizarmos tal busca por evidências em PICS. Para isso, precisamos lançar mão de uma breve ilustração das crises vividas permanentemente no campo psi.

A Psicologia é um campo dividido em matrizes de pensamentos epistemológicos desde seu nascimento com Wundt e seu laboratório de psicologia experimental no século XIX, fazendo um hibridismo entre fisiologia e filosofia. Resumidamente, desde então temos um campo do saber psicológico dividido em duas matrizes principais: as científicas, que argumentam uma união da Psicologia com as ciências naturais; e as românticas/pós-românticas, onde algumas correntes argumentam a independência da Psicologia tanto das ciências naturais quanto das ciências sociais e, outras, uma vinculação às ciências sociais somente (FIGUEIREDO; SANTI, 2014). Se no século XIX vimos o nascimento da psicologia experimental, no século XX viveríamos o apogeu de emergência das psicoterapias: Psicanálise, Gestalt, Behaviorismo, Psicossomática, Humanismo, Construtivismo, entre outras. Cada uma delas, dependendo de suas correntes internas, pode se vincular tanto às matrizes científicas quanto às matrizes românticas, tentando responder a uma determinada demanda da sociedade - que passava por uma aceleração dos traumas vividos nas grandes guerras e crises econômicas (FIGUEIREDO; SANTI, 2014). Essa grande e rápida expansão das psicoterapias do século XX levou a racionalidade positivista da ciência convencional a se perguntar quais dessas psicoterapias eram legítimas e quais não eram.

Muito distante das métricas de avaliação do efeito placebo realizadas pelas pesquisas vinculadas ao campo da infectologia, por exemplo, em psicoterapias clínicas a avaliação do placebo é realizada de forma completamente diferente, como aponta Roudinesco (2005) ao citar que é impossível testar a eficácia de uma terapia de forma semelhante ao que se faz com os medicamentos. Assim, entre os

protocolos de avaliação das terapias “ativas” e das terapias “placebo”, estão grupos de sujeitos submetidos, de um lado, às técnicas psicoterápicas propriamente ditas e, de outro, estão grupos submetidos a situações como, por exemplo, um contato mínimo com o profissional durante longos períodos de tempo, o que fragiliza a vinculação entre paciente e terapeuta (ROUDINESCO, 2005). No campo das psicoterapias, portanto, a avaliação da placeboterapia, a busca pela distinção entre a verdadeira terapia e falsa terapia, torna-se a antítese da ética.

Assim como a grande expansão das psicoterapias do século XX trouxe a noção positivista de efeito placebo para avaliação das intervenções no campo do sofrimento psíquico, aqui é possível pensar como os acontecimentos no campo das PICS trazem também para esse espaço uma busca pela legitimidade capaz de evitar a falsidade, a deslegitimação, o descrédito e o estigma do charlatanismo. O ponto de inserção de novas práticas na PNPIC traz justamente a discussão sobre as fronteiras do que pode e do que não pode estar presente, do que possui evidências e do que não possui. Neste sentido, é possível pensarmos que o espaço das PICS acaba respondendo a uma correlação de forças da matriz cientificista de pensamento - aquela que busca denunciar o que poderia estar circunscrito no SUS e o que não poderia. Entre as certezas e as incertezas, essa matriz de pensamento cientificista impõe um determinado tipo de fazer ciência que procura incorporar tecnologias baseadas em certos modelos, mais do que pensar em dispor uma multiplicidade de maneiras de cuidar das populações. De acordo com Stengers (2002), esse é um processo que diz sobre uma tipologia de fazer-ciência que cria seus moldes de produzir-evidências à sua própria racionalidade. Indo além, os caminhos entre a certeza e a incerteza de legitimidade sobre as práticas de intervenção na vida se acoplam ao grau de autonomia nos processos que influenciam nas tomadas de decisão pelos agentes sociais do campo. Roudinesco (2005, p. 88) comenta sobre o contexto que engloba o paciente, o terapeuta e o Estado na judicialização excessiva da psicanálise vivida pelos psicanalistas na América do Norte, onde estes são “avaliados permanentemente por peritos incompetentes que pretendem testar a eficácia dos tratamentos com a ajuda de placebos”.

O exemplo acima nos leva a pensar que vivemos uma nova fase no movimento de judicialização de certas terapias. No caso das PICS e da sua captura pelo Estado, os efeitos da institucionalização podem produzir ônus e bônus para

essas práticas tornadas instituídas. O que estaria em jogo, portanto, na ampliação da PNPIC? Um trecho da entrevista com o Interlocutor 2 coloca algumas motivações em torno destes acontecimentos. Para ele, a ampliação esteve sempre em pauta.

Na época da [1ª Coordenação Nacional das PICS] existia o interesse de pessoas de fora pedindo a ampliação da política, enviavam documentos, então a própria Coordenadora e a equipe técnica responderam várias notas técnicas sobre possíveis ampliações. Isso sempre foi uma coisa em pauta, não existiu um momento que iniciou. Acho que tínhamos poucos elementos para fazer uma discussão dessa. No final de 2011 nós estávamos discutindo os resultados do PMAQ, que estava avaliando também quais PICS eram realizadas no território. No final do primeiro ciclo eles enxugaram o instrumento e só perguntaram se faziam PICS ou não. E das 17 mil equipes, umas 3200 disseram que faziam práticas integrativas, o que na época era um número bem elevado. Aí o diretor olha para gente e diz: “Ué, mas se fazem, fazem o que?” E aí a gente diz: “A gente não sabe, vocês enxugaram o instrumento”. Com isso, ganhamos a oportunidade de colocar uma lista de práticas que estavam na política, uma lista de práticas que não estavam mas eram reconhecidas internacionalmente e no próprio Brasil ou reconhecidas por categorias profissionais. Então a gente fez um levantamento e deixamos um campo aberto. (Interlocutor 2)

O fragmento acima explicita o devir máquina-produtiva-incessante do SUS. Neste sentido, as práticas não começam meramente a reivindicar seu espaço no sistema em determinado momento histórico. Elas vão abrindo espaço em relação ao seu direito consuetudinário de existir, ou seja, seu direito legítimo de existir pelos costumes presentes em realidades específicas e que, no âmbito do SUS, podem ser tornados leis pelos graus de autonomia de seus gestores e profissionais de saúde no território. É justamente na indefinição sobre o momento onde se iniciam as discussões sobre novas inserções na PNPIC que esse analisador pode ser lido, já que desde a publicação da política existiam solicitações de inclusão de novas práticas, o que levava a primeira Coordenação Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPICS) a responder a essas forças externas em duas dimensões: a primeira está vinculada à máquina jurídico-burocrática do estado - na forma de notas técnicas que explicavam os motivos pelos quais determinados recursos não poderiam entrar na política naquele momento; a segunda está vinculada à construção de um diálogo com as bases sociais - na forma da agenda de eventos da CNPICS. Mesmo assim, o espaço institucional das PICS no Ministério da Saúde continuava sofrendo pressões externas de agentes sociais, que se movimentavam em torno da organização buscando uma possível legitimidade das práticas das quais eram representantes; legitimidade que poderia ser angariada via PNPIC.

Em meio a essas correlações de forças, os resultados obtidos pelo Programa Nacional de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), mencionado pelo Interlocutor 2, parecem ser uma das justificativas técnicas para a ampliação da PNPIC. Em 2011, segundo Amado *et al.* (2017), os resultados do primeiro e segundo ciclo do PMAQ na Atenção Básica (AB) demonstravam que existia maior oferta da PICS no território do que até então era conhecido via Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), o que apontava uma subnotificação. A partir da avaliação do segundo ciclo do PMAQ-AB, foi questionado às equipes se elas estavam realizando algum tipo de PICS que ainda não estava inserida na PNPIC como: Arteterapia, Ayurveda, Florais, Yoga, Reiki, Do-in/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia, Sistema Rio Aberto (Movimento Vital Expressivo), Shantala, Talassoterapia, Biodança, Musicoterapia, Dança circular, Naturologia, Terapia comunitária, Terapia com Argila, entre outros (AMADO *et al.*, 2017). Os resultados do instrumento apontaram que existiam práticas ainda não inseridas na PNPIC presentes nos serviços, sendo as mais significativas em termos numéricos de atendimentos a Terapia Comunitária Integrativa, Arteterapia, Danças Circulares, Shantala e a Musicoterapia, respectivamente (AMADO *et al.*, 2017). Desde então, a CNPICS pôde acompanhar as ações na Atenção Básica, observando a quantidade de estabelecimentos em saúde ofertando PICS, em quais municípios, com quais práticas e o perfil dos usuários/as.

Por outro lado, os agentes sociais continuaram a lutar por uma legitimidade de suas práticas - o que poderia vir, em parte, por pertencer à política nacional e que até então estavam fora deste espaço institucional. Aqui, é possível compreender que a CNPICS não se propunha a dizer o que era legítimo e o que não era, mas se propunha, por meio de crivos avaliativos, a determinar o que poderia e o que não poderia estar presente na PNPIC, além de possibilitar, por meio da descentralização da política, o fomento para que os estados e municípios formassem seus próprios documentos com base nas realidades locais. O próprio questionário do PMAQ, que investigava o uso de algumas práticas, mostra uma lista de recursos que provavelmente produziam uma correlação de forças externas e instituintes ao Ministério da Saúde. Entretanto, a realidade pode ser muito mais plural, conforme a problematização do Interlocutor 3 aos dados.

Acho que a proliferação tem um efeito adverso de que pode tudo, mas nada vai ser feito de verdade. Acho que deveria existir uma prioridade. [...] Eu acho que a expansão das PICS no SUS é muito menor do que se fala e se pensa. Se eu pegar os textinhos do ministério eles são completamente ufanistas. Se você pegar o último que eles lançaram, acho que o último relatório é do meio de 2020, eles põem lá que tem mais da metade dos municípios, uma caçambada de serviço oferecendo. Só que a contabilidade é completamente fantasiosa, é claro que eles sendo muito minoritários não podem fazer muita autocrítica dos seus números. O PMAQ diz que tem 20% das equipes mais ou menos. Os dados do ministério dizem que tem mais de 50%. A discrepância tá nos dados do SISAB, um sistema que não é público e só o ministério tem os dados, e eu estou brigando para eles abrirem. Então se você é uma enfermeira e dá um chazinho de maracujá para alguém nervoso e ela anota como fitoterapia, aquele serviço oferece PICS. Mas vamos devagar! Essa enfermeira uma vez no ano deu um chazinho de maracujá. Então tem uma coisa assim, os dados do PMAQ, os dados do pessoal da Fiocruz de Pernambuco, falam que é mais ou menos uns 20%. Mas se você for ver 20% dos que responderam, mas os que responderam eram mil e poucos municípios. É muito pouco. Então é muito periférico, mas cresceu. E acho que cresceu muito mais porque a legitimidade social cresceu no mundo inteiro nos últimos vinte anos e porque a institucionalização foi aos pouquinhos crescendo. (Interlocutor 3)

Nesse sentido, é importante apontar que tais resultados obtidos indicam apenas dados quantitativos, não sendo possível avaliar como esses recursos terapêuticos vinham sendo praticados. Na perspectiva do Interlocutor, é provável que ocorra uma inflação dos dados, já que temos, a partir deles, a noção de que há uma maior oferta de terapêuticas podendo seus efeitos no território ser mensurados quantitativamente, todavia, também temos um maior número de práticas acontecendo sem sabermos exatamente como estão sendo trabalhadas junto aos usuários/as em sua dimensão qualitativa. Esses são alguns dos entraves entre os os ônus e os bônus da ampliação do número de práticas na PNPIC e os regimes jurídicos-burocráticos nos quais esses recursos passam a operar, ou seja, as regras de funcionamento do jogo dentro da máquina centrípeta do Estado.

Os trechos das entrevistas acima trazem à cena interesses externos disputando lugar no interior da PNPIC acontecendo há longo tempo. Sobretudo, apresentam uma perspectiva crítica aos números apresentados pelo Ministério da Saúde, problematizando o que eles dizem qualitativamente sobre a institucionalização de uma cultura das PICS no SUS. O CONGREPICS, evento citado anteriormente pela Interlocutora 4, realizado no Rio de Janeiro em 2018, se mostra como um analisador que marca a segunda (e até agora última) expansão do número de PICS nos SUS pela Portaria nº 702/2018. No evento, a Interlocutora 4 menciona que em um primeiro momento vibrou com a ampliação da PNPIC, mas logo depois foi tomada por um estranhamento ao perceber que haviam espaços

prescrevendo procedimentos em uma conversa rápida, como a aromaterapia, o que a levou a pensar que deveria haver um olhar sobre como essas práticas estavam ocorrendo no território e como iriam ocorrer as novas práticas, passando pela pesquisa e pela formação. Nesse sentido, a Interlocutora 5 - que também compareceu ao CONGREPICS - complementa as questões levantadas anteriormente.

É uma questão política. (...) Teve um congresso no Rio que não foi fruto do trabalho da RedePICS. É porque o congresso do Rio, em março de 2018, foi um congresso não previsto na agenda. Foi construído em seis meses, se deu por uma série de ações e conjunções políticas. Então Ricardo Barros já era o ministro e ele colocou muito dinheiro no congresso, dinheiro que as PICS nunca tiveram, e dentro desse congresso, meio que numa cartada de embaixador, ele anunciou a incorporação daquelas 10 novas práticas e da racionalidade Ayurvédica. A política não tinha a intenção de nomear. E eu te digo que isso provocou uma série de ações em questões territoriais, desafios mesmo. E isso a gente vive até hoje os efeitos disso. (Interlocutora 5)

A fala da Interlocutora 5 evidencia que o CONGREPICS não foi um evento articulado pela RedePICS - agente social importante na mobilização da *illusio* no campo. Segundo nossos interlocutores, a partir de interesses políticos externos que não interessavam nem à RedePICS nem à CNPICS, que “não tinha a intenção de nomear” novas práticas, podemos perceber que o CONGREPICS pode ter sido utilizado como dispositivo de legitimação e espetacularização de uma nova e maior PNPIC promovida pelos novos agentes políticos a frente do Ministério da Saúde, já que esse acontecimento escapa ao que era preconizado pela PNPIC até então: o incentivo que os estados e municípios criassem suas próprias políticas regionais de práticas a partir do princípio da territorialização, previsto na política nacional (BRASIL, 2006). Como dito nos capítulos anteriores, em um primeiro momento a PNPIC era pensada como um grande potencializador capaz de abrir espaço - a nível federal - para que cada município e os estados pudessem produzir suas próprias políticas estaduais e municipais condizentes com as especificidades de suas realidades locais. Esse é um analisador que mostra um primeiro momento da PNPIC compreendida como uma força de resistência na criação de um grande endosso na afirmação da diversidade cultural do país em termos de cuidado da saúde, mas que possivelmente teve, no curso de sua história, um encontro com distintos projetos políticos, afirmadores de outras disputas, ou seja, um encontro com outros agentes sociais e organizações que lutam por diferentes interesses, desejos e necessidades constituídos na *illusio*.

Recife, por exemplo, tinha editado a sua política com muito mais práticas do que na política nacional. [...] Como uma diretriz da PNPIC nas responsabilidades dos gestores: Eles podem reconhecer práticas de importância local. Às vezes a prática não tem uma relevância nacional, mas tem para aquele território, então cabe ao território normatizar e monitorar. (Interlocutor 2)

Além disso, a intenção de motivar os estados e municípios a reconhecerem práticas de relevância local dialoga com o princípio da descentralização do SUS. Na perspectiva de bourdieusiana, podemos pensar que aqui as organizações do campo, com suas regras do jogo, estariam propondo a conformação de *habitus* específicos, localizados em territórios específicos. Nas palavras de Bourdieu (1994, p. 116) “o *habitus*, como um produto do condicionamento social e, portanto, de uma história (diferente do caráter), é transformado incessantemente”. Entretanto, a criação de políticas estaduais e municipais acabou acontecendo por poucos estados e municípios brasileiros. A PNPIC, a nível federal, acabou sendo alterada intensamente em um período curto de tempo, provavelmente respondendo à pressão externa de inclusão de novas práticas, como o princípio do direito consuetudinário que passa a inscrever nas leis, nos usos, costumes, hábitos e comportamentos de uma sociedade. Nossa Interlocutora 5 demonstra por que, em sua opinião, esse processo acabou acontecendo diferentemente do que se imaginava.

As práticas querem estar listadas, querem o nome na portaria do ministério. Acho que isso tem muitos efeitos e te digo, tem uma busca dessas legitimações. Isso podia acontecer a nível estadual, municipal, mas no nível federal acho que não precisava. O município x dizia: ‘As PICS que nós fazemos são essas’. O governo federal tem muitos efeitos. [...] Eu acho que hoje a gente vive uma crise bem importante na RedePICS, provocada pelo deputado federal [...], que tem as PICS numa compreensão dele e não segue nenhum autor ao que parece. Ele também trata de outras práticas que não tem nada a ver com PICS. (Interlocutora 5)

No momento em que o *habitus* começa a se alterar, pode haver o fenômeno da *histerese* no campo, que se relaciona com a forma como as correlações de forças em determinado espaço vão mudando, podendo reverberar em uma certa crise e reestruturação deste lugar. Para Hardy (2018, p. 169), “Bourdieu viu que a *histerese* era uma consequência necessária de suas definições de *habitus* e *campo* como mutuamente geradoras e geradas”. Dessa forma, a mudança de um determinado *habitus* no campo é “uma consequência necessária das definições de Bourdieu do *habitus* e do *campo* como inter-relacionados e interpenetrantes, de

modo que uma mudança num deles exige uma mudança no outro” (HARDY, 2018, p. 169). A histerese pode ser compreendida, assim, como um atraso entre o *habitus* em conformação e alteração, que ocorre na política pública como uma impossibilidade na captação da atualidade e dinâmica das novas forças. Assim, a Interlocutora 1 parece coadunar com a perspectiva da Interlocutora 5, mencionando novos interesses sendo disputados por agentes sociais no campo.

E aí a gente vê as barbaridades do cara aí do sul, que é um deputado fora da casa, procura as barbaridades [...]. Quem é a grande problemática hoje está na pessoa de [...]. Procure para você ver como se apropriaram da política de práticas indevidamente, na minha opinião, né. (Interlocutora 1)

A apropriação da PNPIC, mencionada pela Interlocutora 1, parece falar de agentes sociais em disputa no campo - inclusive disputa de sentidos - que forçaram a passagem para a inserção de práticas que até então estariam fora do escopo técnico-teórico em permanente construção da PNPIC. Os últimos dois trechos, das Interlocutoras 5 e 1, mencionam a ação de um deputado federal do Estado do Rio Grande do Sul. O deputado atua em defesa de uma “Frente Holística”, conforme informações de seu site, mas não foi possível ouvi-lo para entender a disputa em jogo por esse sujeito que, aqui, parece se tornar um agente do campo<sup>21</sup>. Contudo, podemos inferir que a figura do deputado, nas entrevistas, parece ser a de uma posição tática em torno do Ministério da Saúde para a entrada de terapêuticas do campo privado dentro da PNPIC. No sentido de uma “apropriação” da PNPIC, o Interlocutor 8 diz que acha “péssimo” a ampliação rápida das PICS, atribuindo aos jogos políticos e associando aos interesses defendidos pelo deputado.

Acho péssimo. São essas questões das parcerias. A coordenação precisava de uma representação na câmara para conseguir ampliar a política e daí esse deputado que se aproximou aproveitou do apoio da coordenação nessa área e na hora que os dois entraram em uma desavença em questão ao rumo da política e aí o deputado dá força para colocar na coordenação uma pessoa que atendia ao seu interesse. (Interlocutor 8)

Pudemos ver, até aqui, que as ampliações do número de PICS na política nacional não resultaram em uma discussão ampliada junto aos agentes sociais do campo, o que não produziu a formação de um consenso político - um dos preços a pagar. A opinião do Interlocutor demonstra que a PNPIC já vinha há algum tempo

---

<sup>21</sup> Preferimos manter em sigilo o nome do deputado estadual do Rio Grande do Sul, supracitado nas entrevistas, uma vez que não pudemos entrevistá-lo para essa pesquisa. Um e-mail foi enviado à assessoria do deputado no dia 28 de maio, a fim de apresentar a pesquisa e marcar uma entrevista. Porém, até a finalização desta dissertação, o e-mail não havia sido respondido.

sofrendo pressões políticas, constituindo alianças que acabariam a colocando em cheque - outro preço a pagar para a sobrevivência da política nacional, uma vez que nos últimos anos a gestão pública vêm sofrendo um estado de anormalidade institucional no Brasil. Neste sentido, podemos pensar que as tensões políticas e econômicas produzidas desde o injustificável impeachment de 2016, como a Emenda Constitucional nº 95/2016, reverberaram na PNPIC como um acontecimento que torna mais dificultoso o manejo e gestão de capitais políticos e científicos - que até então não vinham culminando em uma crise tão evidente no campo. Desta forma, nos resta tentar compreender como essas correlações de força produzem a própria história de (re)construção deste espaço.

### 3.2. Pista 2 - Analisadores sobre as transformações ocorridas na Coordenação Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Aqui, é possível perceber que as mudanças em curso entre determinados *habitus* no campo com a ampliação do número de práticas e os debates anteriormente exposto sobre quem poderia praticá-las já causava uma perturbação entre os agentes sociais e as organizações, uma certa *histerese*. Entretanto, o momento que evidencia essa acumulação histórica e conceitual de lutas e disputas travadas interna e externamente ao campo, o momento que condensa toda essa movimentação do *habitus* nos últimos anos aconteceu recentemente. Uma ruptura pode ser compreendida em um momento de mudança na Coordenação Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, que aconteceu em fevereiro de 2021<sup>22</sup>.

No dia 1º de fevereiro de 2021, Daniel Amado e Paulo Rocha foram desligados dos cargos de Coordenador Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e de Coordenador Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde Adjunto, respectivamente. Ambos ocuparam a posição por 10 anos, dialogando com agentes, entidades e organizações, conforme comunicado via carta aberta da RedePICS, ator político importante no campo e que produz grande engajamento dos agentes sociais. No comunicado, a RedePICS (2021, p.1) diz que os ex-coordenadores vinham trabalhando com “ética, competência técnica e valores coletivos, conquistando irrefutáveis avanços às PICS no Brasil e também no âmbito internacional. Uma atuação ética reconhecida pela RedePICS Brasil”. Em 3 de fevereiro de 2021, a RedePICS Brasil publicou uma imagem em suas mídias sociais que diz: “A RedePICS está de luto! A coordenação da PNPIC foi vilmente usurpada!”, causando grande comoção e a produção de uma série de vídeo-manifestos de atores das PICS<sup>23</sup>.

A RedePICS é uma organização importante no campo e que congrega uma rede de agentes sociais, atuando também na articulação política desse espaço. Entretanto, é importante não pensá-la como organização que sustenta uma homogeneidade ou unidade do campo, mas compreender como ela, assim como a

---

<sup>22</sup> Tentamos realizar uma entrevista com a nova Coordenação Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, mas depois de trocas de e-mails respondendo questões sobre a nossa pesquisa, não tivemos mais retorno até o momento de finalização desta dissertação.

<sup>23</sup> Disponível em: <https://www.facebook.com/RedePICSBrasil/posts/2775731255978384>. Acesso em: 25 mar 2021.

CNPICS, vinham fazendo a gestão da correlação de forças e tensionamentos com outros agentes sociais até então e, que em determinado momento, já não mais conseguem manejar os conflitos produzidos na *histerese*. Existem, ainda, outras posições nesse espaço de pontos de vista em relação aos efeitos da mudança de coordenação da PNPIC. O Interlocutor 8, por exemplo, relatou lamentar a troca na coordenação por um lado, mas por outro, ponderando, diz que também existe a possibilidade de oxigenação do campo.

Minha outra perspectiva é de ponderação. Oxigenar a coordenação pode ser bom, assim como já houveram trocas na PNPIC anteriormente, a questão é saber quais os interesses vão entrar em jogo. Então sempre haverá ameaças. (Interlocutor 8)

No sentido de uma ameaça constante à PNPIC, a Interlocutora 1 também menciona que PNPIC é uma portaria, cujo risco de ser revogada existe a todo momento. Aponta, ainda, que a PN não é uma política que dispõe de grandes incentivos financeiros, mas propicia o fomento de uma nova cultura de cuidado que pode disputar seu espaço.

Nesse tempo os atuais técnicos e coordenadores, eles tentaram se manter, existir, pois como a PNPIC é uma portaria, para revogar é quase nada. Ela não tem recurso ainda hoje. Então não tem dinheiro, mas tem a força. A força desse cuidado diferenciado faz com que ela não possa ser tocada. (Interlocutora 1)

Em momentos de mudança, o *habitus* em conflito com as novas forças necessita formular respostas para responder às alterações no campo - que podem se dar de forma abrupta e, em muitas vezes, percebidas como catastróficas. Nesse interlúdio de mudança, é possível perceber que o *habitus* evolui em resposta a essas novas oportunidades com desdobramentos imprevisíveis, pois ainda não é possível saber quais serão os interesses em disputa no campo, ou seja, a *illusio* ainda não está visível. Para Hardy (2018, p. 170) “quando a mudança é indeterminada desse modo, a *histerese* torna-se um termo técnico inestimável para destacar a perturbação entre o *habitus* e o *campo* e as consequências disso ao longo do tempo”.

Neste sentido, a resposta que o *habitus* do campo começa a formular vai se dando na forma de cartas abertas. Em um primeiro momento, no dia 2 de fevereiro de 2021, a RedePICS publica a primeira edição de sua carta, que vai ganhando o apoio de organizações do campo das PICS e da Saúde Coletiva, passando por

novas edições nos dias 13, 18 e 22 de fevereiro<sup>24</sup>. Todas as edições das cartas abertas da PNPIC vão incorporando um maior número de organizações (associações e entidades), instituições, e categorias profissionais que a subscrevem, como a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e o Conselho Federal de Nutrição (CFN). A carta aberta da RedePICS se posiciona contra diversas ações e, entre elas:

Quaisquer afirmações advindas de supostos representantes das PICS que afrontem a ética, bem como recomendações de medicamentos e intervenções sem evidência científica e/ou com risco comprovado, utilizando o nome PICS como estratégia de articulação política. Essas iniciativas colocam em risco a saúde da população e a reputação dos milhares de profissionais das práticas integrativas e complementares em saúde no Brasil. (REDEPICS, 2021).

O trecho do documento fala sobre a perda da segurança, a eficácia e a qualidade das PICS em nome de articulações políticas. Assim, o Interlocutor 2 complementa sobre interesses ligados ao reconhecimento de algumas práticas dentro da PNPIC quando diz:

Essas práticas alternativas, (...) existe uma pressão para ter o reconhecimento dentro da política pública. Existe de tudo nesse universo, desde práticas reconhecidas e práticas que reconhecidamente não funcionam, e tem as novas que precisam de estudos. Tem um campo muito grande. E a política, ela traz para dentro do serviço público uma normatização e um reconhecimento. E é importante dizer que as práticas que foram reconhecidas em 2017 e 2018 eram práticas que já aconteciam dentro do SUS e que tomamos conhecimento pelo PMAQ, práticas que eram reconhecidas pelos conselhos, haviam estudos, então existe esse campo de conhecimento. E aí tem interesses diversos, por motivos diferentes, que querem entrar no campo da política pública, apesar da política não ter recurso orçamentário, a disputa parece ser do campo do reconhecimento da prática. (Interlocutor 2)

A fala acima evidencia uma disputa do interesse privado por busca de legitimação na PNPIC, ou seja, a *illusio* aqui poderia estar relacionada à dimensão do reconhecimento da prática pela PN, embora a política não disponha de incentivos financeiros. Não é possível dizer, no entanto, quais os interesses da *illusio* presente no mercado privado das práticas, nos restando a possibilidade de formular pistas. É possível, assim, que existam determinados agentes interessados nos efeitos a médio e longo prazo do reconhecimento das práticas na política: um possível crescimento da procura por estes recursos na dimensão privada em razão

---

<sup>24</sup> Carta aberta da RedePICS. Edição 2. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/02/Carta-Aberta-RedePICS-Brasil-.pdf>. Acesso em: 25 mar 2021.

da sua legitimação realizada na dimensão pública. Vale ressaltar que essa é somente uma pista, restando a outros estudos um aprofundamento dessas motivações.

Outro ponto do fragmento retirado da entrevista com o Interlocutor 2 é, novamente, a citação sobre as motivações para a ampliação das PICS em 2017 e 2018, fruto de resultados atribuídos ao PMAQ, citados anteriormente neste capítulo, que poderíamos atribuir ao SUS da realidade dos territórios, que não raro escapa das normas jurídico-burocráticas do jogo, nos mostrando que muito já era produzido no campo das PICS mesmo antes da promulgação da política e seus atos de ampliação. Isso nos diz sobre um espaço de produção desejante e coletiva, tal qual o inconsciente maquínico, proposto por Deleuze e Guattari (1995), onde o real é composto por uma incessante produção de desejo que expande, se (re)faz e transborda na realidade. Neste sentido, a PNPIC poderia ser compreendida como transbordamento de uma produção desejante que já acontecia no SUS da realidade.

Até onde eu entendo, a PNPIC tem essa coisa de legitimar culturalmente, e isso é o grande ganho. A ampliação para 29 práticas foi um reforço disso, mas que embora tenham dito que 'foi feito um estudo, que não sei o que', nunca escreveram isso em lugar nenhum, ninguém sabe desse estudo. Nunca contaram como definiram essas 29 práticas. (Interlocutor 3)

Parece ser entre o SUS real (na forma de culturas nos territórios) e o SUS jurídico-burocrático (seu regramento pelo Estado) onde acontece a incessante produção desejante de forças instituintes - que forçam sua passagem rumo ao instituído. No trecho acima, podemos inferir que a explicação sobre a ampliação da PNPIC vinculada a estudos realizados aos moldes de uma racionalidade científica normativa e hegemônica inviabilizaria tal processo de produção desejante coletiva, já que esta buscaria exatamente uma legitimidade, um capital cultural, não necessariamente científico. Desta maneira, as mudanças no *habitus* do campo podem reverberar em forma de *histerese*, como já vimos anteriormente. A fala do Interlocutor 2 demonstra como existe uma processualidade na elaboração de respostas em relação à mudança no *habitus* do campo que, nesse caso, se dava em torno da ampliação da PNPIC.

Então é muita coisa que quer entrar na política. Como a política ampliou muito as práticas e até mesmo pessoas que já trabalhavam com PICS disseram: 'Nossa, mas entrou tudo isso?'. Sim, estava acostumada com 5, aí entrou 14, depois mais 10. Até cair a ficha... (Interlocutor 2)

“Até cair a ficha” parece dizer sobre as formas de conciliação entre o *habitus* no campo, o tempo que é preciso para que as alterações se conformem nesses espaços entre as resistências geradas. A fala da Interlocutora 6 demonstra um exemplo disso. Para ela, houve pouco diálogo no processo de ampliação da PNPIC.

Essa ampliação foi feita num contexto pouco dialogado com a base das PICS, né. (...) Isso gerou reações internas e externas, e as PICS já tem bastante resistências externas, internamente também não é homogêneo, tem fissuras e disputas internas, e há questionamentos sobre algumas dessas PICS que foram incluídas na pesquisa. Acho que tem o lado positivo, acho que boas práticas foram introduzidas, mas algumas são muito polêmicas. Eu particularmente achei muito rápida a ampliação, acho que reforça o cuidado, mas dá munição a críticas, acho que um crescimento mais dialogado, com mais base social, eu acho que pode ser um crescimento mais lento e seguro, acho que pode ser mais favorável às PICS, do que essa ampliação rápida. (Interlocutora 6)

A Interlocutora 6 levanta um debate sobre a velocidade de inserção das novas práticas na PNPIC. Para ela, estamos falando em um campo com disputas e resistências que acontecem tanto com a racionalidade biomédica quanto entre a conformação do *habitus* do campo. É possível, assim, que cada um dos recursos terapêuticos e racionalidades médicas circunscritas na política formem subcampos deste *corpus* maior, condensador de forças, que é a PNPIC. Neste sentido, a própria troca na Coordenação Nacional da Política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde pode ser compreendida como um efeito de sua própria ampliação uma vez que vimos como essas forças eram, antes dos atos de ampliação, geridas de forma externa ao espaço institucional das PICS no Ministério da Saúde. Desta maneira, a abertura da PNPIC a partir de 2018 já marcava, de alguma forma, o começo do atual momento de *histerese* pelo qual o campo atravessa e precisará se conformar em torno.

Por fim, aqui podemos pensar que a aceleração da ampliação da PNPIC pode resultar, por exemplo, na capacidade de atuação política dos agentes e seus graus de autonomia. Além disso, também estaria em jogo distintas concepções de PICS, onde existem duas matrizes de pensamento: (a) uma mais vinculada à legitimação científica das evidências, que constituiria para o campo um capital científico; e (b) outra mais vinculada à legitimação cultural de uma produção desejante nos territórios do SUS real, que constituiria para o campo um capital cultural. Estamos falando, então, de um campo polifônico, complexo, heterogêneo,

múltiplo. São essas diferenças, aproximações e intersecções possíveis que iremos pensar a seguir.

### **3.3. Pista 3 - Singularização das PICS: é possível construir um espaço polifônico?**

Percorremos, até aqui, um percurso de visibilização sobre as lutas em torno da PNPIC, refletindo sua formulação e gestão conflitiva, uma vez que existem interesses distintos entre agentes e organizações em um cenário onde a afirmação ético-política das práticas ainda está em curso. É importante sublinhar também que todas essas transformações aconteceram aceleradamente nos últimos cinco anos. Em uma análise de conjuntura, tais transformações são realizadas em um contexto político de anormalidade institucional no Brasil, onde o Ministério da Saúde é especificamente afetado. A PNPIC, assim, vai se tornando um grande analisador de um campo social onde acontece o manejo desta correlação de forças, capaz de apontar pistas para a construção de um *habitus* estruturado e estruturante na singularização dessa heterogeneidade, dadas as transformações pelas quais o campo produziu e precisou atravessar, o que pode nos permitir traçar novas possibilidades para o campo.

No contexto de um conflito no *habitus*, entre estruturas já conformadas no campo e outras ainda em suas vias de atualização e imprevisibilidade, a partir deste momento nossa tarefa se torna discutir, partindo do fenômeno da *histerese*, se é possível construir um *habitus* polifônico fomentado pela heterogeneidade das 29 PICS existentes no SUS. Além disso, poderemos investigar quais são as linhas em rede que unem as racionalidades e recursos terapêuticos presentes na política nacional, não em um sentido identitário, mas em um sentido de singularização de suas diferenças. Estamos, portanto, diante de um espaço polifônico que nos faz retomar noções sobre singularidade e identidade. Não se trata, contudo, de pensar numa espécie de desfecho para o campo, como se a afirmação de uma singularização pudesse dar conta de conformar a singularização desse *habitus*. Antes disso, precisamos entender como o Estado tende a manejar movimentos potencialmente disruptivos como as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

As PICS se mostram como uma força instituinte no tecido social que desejou se institucionalizar na sua luta por reconhecimento - que em certo grau poderia advir do ato de legitimação do Estado em forma de política pública. Seu sentido consuetudinário, ou seja, seu sentido que se afirma nos costumes e hábitos de um

povo, nos diz sobre um *habitus* incorporado e presente na PNPIC. Um exemplo é o próprio documento da política, quando é citado que uma das motivações para a sua formulação seria o fenômeno de práticas que já vinham sendo realizadas nos territórios (BRASIL, 2006).

Assim, em seu primeiro momento, a PNPIC seria uma política pública que vem de baixo para cima - do coletivo para a máquina estatal. Contudo, o Estado opera também institucionalizando de cima para baixo - da máquina estatal para o coletivo. Pasche e Passos (2010) nos dizem que o Estado funciona como uma máquina centrípeta que se abre e se fecha para as forças instituintes a fim de captá-las, uma vez que a institucionalização permite o controle de movimentos disruptivos que emanam dos coletivos. Neste sentido, a lógica centripetista pode operar de forma autoritária, já que “todo autoritarismo é expressão de um centro de poder a que se outorga o 'direito' de determinar a ordem social” (PASCHE; PASSOS, 2010, p. 427). Como poderíamos, então, produzir linhas de fuga disso?

A aposta da nossa análise está em produzir uma pista que nos aponte para compreendermos as diferentes formas de afirmação de sentidos que vimos até agora em torno da PNPIC. Aqui podemos citar duas matrizes de pensamento que aparecem predominantemente nas entrevistas: uma matriz que afirma um sentido - o *poder fazer* esse movimento disruptivo acontecer, abrindo mão de disputar evidências científicas do modelo positivista e legitimar culturalmente, uma vez que os princípios positivistas de fazer ciência são, em grande parte das PICS, difíceis de se praticar; e outra matriz que afirma uma luta por legitimação científica - o *poder realizar* através de evidências. Isso nos leva de volta à declaração de Alma-Ata, onde se definem os atributos sobre cuidados primários de saúde.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978)

A declaração de Alma-Ata (1978) coloca, portanto, a necessidade de integração dessas duas matrizes de pensamento, pois as práticas precisam tanto da fundamentação científica quanto da aceitação cultural da sociedade na produção de determinada cultura sanitária - e, neste sentido, a cultura predominante é o modelo médico-assistencial hospitalocêntrico em sua tríade de signos entre hospital,

medicação e medicina. No âmbito da PNPIC, a intersecção entre uma matriz de legitimação científica e a de legitimação cultural pode estar na luta por uma virada paradigmática na cultura de cuidado e atenção à saúde no SUS, lugar no qual as PICS no SUS, em nossa análise, podem possuir a potência de ser uma incubadora deste projeto. Para isso, é necessário uma investigação que nos remonta à heterogeneidade própria deste espaço, uma tarefa complexa, de acordo com nossa Interlocutora.

Isso é difícil, qual a identidade das PICS. A gente tem uma delimitação primordial que é: 'O que não é biomedicina, os cuidados não biomédicos'. É pela negativa, pela exclusão. E a gente comentou também que é bastante presente que algumas práticas são utilizadas pela abordagem biomédica, homeopatia, acupuntura, fitoterapia. Então acho que é uma coisa que os estudos, as pesquisas, têm o desafio de aprofundar. Eu tendo a ver nas PICS algo que trabalha com essa dimensão da subjetividade, do autoconhecimento, da valorização da natureza, de recursos mais brandos, menos intervencionistas na ordem vital, que passe pela autotransformação, autocuidado orientado e partilhado com o terapeuta. As pessoas falam da ozonioterapia, é um recurso natural que é o Ozônio, mas tem toda uma tecnologia dura utilizada, enfim. A fitoterapia tem essa dimensão da industrialização também, a homeopatia que passa pelo processo farmacológico. Mas de novo eu faço a menção de uma perspectiva de controle, de intervenção, de submissão da natureza a tecnologia, aos fármacos, ou numa perspectiva de harmonia, de autoconhecimento, de valorização da ordem natural, não de submissão, de intervenção, de respeito. Eu vejo que tem aí uma fronteira que não está tão explicitada ainda. Vários autores falam disso, né. Até antes dos recursos utilizados, eu acho que é a perspectiva da utilização desses recursos. [...] Acho que tá mais por aí, de relação com a natureza, se é de nutrição, de equilíbrio, harmonia. E aí o corpo como expressão da natureza, a alma como expressão da natureza humana, então acho que tem uma raiz epistemológica. Embora uma PICS possa trabalhar numa perspectiva de controle em episódios específicos, como a acupuntura, numa perspectiva predominante não seria assim. Então acho que tem essa postura epistemológica mesmo de relação com a natureza, compreendendo o corpo e a subjetividade como expressão da natureza humana. (Interlocutora 6)

O trecho acima expõe compreensões importantes a partir das quais tentaremos realizar inferências. Os debates travados no seio da constituição de uma singularidade nos falam sobre relações entre identidade e singularidade, entre oposição e complementaridade. Falar em uma singularização entre a heterogeneidade das 29 PICS não significa atribuir um carácter identitário, unicista ou pacificador sobre suas multiplicidades. Neste sentido, a identidade pode ser compreendida como uma noção de referência, como as formas que o Estado dispõe para ter o controle e a identificação de um povo, “aquilo que faz passar a singularidade de diferentes maneiras de existir por um só e mesmo quadro de referência identificável” (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 68).

Assim, talvez a busca do espaço da PNPIC não precise ser necessariamente por uma identidade, mas em formas de singularização de um conjunto de diferenças, um instanciamento dos lugares pelos quais o campo se movimenta, ou seja, as possibilidades que dispomos ao criar algo diferente de uma lógica do que se pensava até então, um processo sempre polifônico e que se transforma incessantemente. Neste ponto, processos de singularização podem ser compreendidos, conforme Guattari e Rolnik (1996), como algo que não se mistura com a identidade e, sim, com todos os elementos no mundo social que nos fazem desejar isso ou aquilo. No caso das PICS, poderíamos inferir que o desejo em comum das duas matrizes predominantes de pensamento é a afirmação de um campo e, neste sentido, o desejo pode ser tomado como um porvir, onde o *habitus* é estruturado e estruturante pelo *campo-em-devir*.

A ideia de um *devir*, entretanto, não é uma possibilidade de singularizar *a priori*. O *campo-em-devir* só encontra seu potencial de singularização na transversalização dos processos entre os múltiplos devires que circulam entre os sujeitos e grupos sociais. Essa transversalização é possível porque, para Guattari e Rolnik (1996, p. 74), ela própria diz sobre os processos de subjetivação que não existe em si e, sim, em um “movimento processual; e isso que lhes dá sua potência de travessia em todas as estratificações - estratificações materiais, de sentido, de sistemas maquínicos e assim por diante”.

Aqui, as novas formas de existência para as PICS podem ser compreendidas como novos *habitus* subjacentes ao campo, ainda em processos de conformação, onde a singularização não é uma possibilidade somente compatível, mas constitutiva disso. O processo de singularização poderia operar para não cairmos numa “essencialização” do que são ou do que ou do que não são PICS: uma alta industrialização vs. uma baixa industrialização; domínio de um elemento natural vs. coexistência harmônica entre ser humano e natureza. Optar pela construção de uma identidade das PICS afirmaria exatamente um caminho homogêneo, como a não-industrialização, a não submissão da natureza ao ser humano pela lógica meramente de expropriação de seus recursos. A construção de um processo de singularização poderia produzir pistas para não nos deixarmos cair nas armadilhas dos pré-construídos, modos de qualificação e estruturação de um campo que o limita a uma determinada essência. A singularização das PICS poderia proporcionar, sobretudo, assumir sua característica predominantemente rizomática, onde não é

possível estabelecer seu início, meio ou fim; onde qualquer um de seus pontos é (inter)conectado um com o outro, um sistema aberto, onde as práticas sociais estão sempre relacionadas com suas circunstâncias, não com essências dadas, mas com sua potência inventiva de criação. (GUATTARI; ROLNIK, 1996).

A produção de uma singularização, assim, não visa que os agentes sociais, organizações e instituições entrem em pleno acordo, mas que permitam construir sentidos em comuns, articulando e analisando os desacordos coletivamente, em um exercício de diálogo fundamental para a democracia. Uma das linhas de fuga para uma não-essencialização das PICS, neste sentido, poderia ser uma possibilidade de reativação de conexões parciais que senso comum que, para Isabelle Stengers (2016), não deve ser confundido com a opinião pública meramente.

Algum tempo atrás, li um texto muito bonito sobre indígenas norte-americanos que estavam lutando contra a construção de uma rodovia. Eles explicaram como ela destruiria o lugar, os animais e as suas antigas formas de caça. A partir daí, surgiu uma bela aliança entre eles – os indígenas que resistiram à estrada – e os etólogos que foram a campo estudar os animais da região, co-traduzindo em conjunto um argumento que ganhou força suficiente para fazer oposição ao projeto da estrada. Dessa forma, os cientistas interessados no modo de vida dos animais e os indígenas que têm outros tipos de conhecimento sobre os animais puderam se encontrar – não no geral, mas em relação à estrada. Isso é uma conexão parcial. (STENGERS, p. 173, 2016)

Reativar o comum-senso como uma conexão parcial entre agentes sociais parece criar condições de possibilidade de formulação dos enunciados próprios de certas lutas, de certos interesses coletivos e constitutivos da *illusio* dos agentes no campo, uma certa conexão parcial. A pista aqui estaria em produzir pactuações na manutenção das diferenças entre os pontos de vista que diferem no campo. Desta forma, aqui é importante pensarmos que as falas dos nossos Interlocutores vão sendo analisadas não em seu sentido identitário sobre as PICS, mas exatamente em seus pontos de diferenciação - diferenças com potencial de apontar linhas de fuga rumo à reativação do comum-senso da PNPIC por meio de seus pontos de conexões parciais. Neste sentido, essas conexões operam como aquelas realizadas por diferentes instrumentos em uma orquestra sinfônica, lugar no qual cada instrumento continua sendo um instrumento singular, mas entra em comum-senso com um coletivo de instrumentos para produzir uma força polifônica de sons.

No sentido de uma reativação do comum-senso pelas suas diferenças, essa orquestra não seria necessariamente um concerto, uma vez que no concerto existe

destaque para um instrumento à medida que os outros podem ser coadjuvantes. A sinfonia, assim, é o lugar de produção de pontos de encontros entre conexões parciais e singulares que encontram seu sentido em um mundo *entre-conexões*. É assim que a fala da Interlocutora mencionada anteriormente traz questões importantes do que ela compreende ser predominantemente os encontros parciais entre as PICS: a valorização da natureza e a menor submissão dela aos interesses do ser humano, uma menor intervenção sobre o corpo e uma menor industrialização em cuidados da saúde que podem ser realizados de forma mais sustentável. A partir do trecho anterior, vemos que a questão da industrialização e uso de tecnologias duras em algumas PICS seriam pontos de diferenciação entre o que seria uma prática integrativa e complementar e o que não seria, distinções que podem inviabilizar a constituição deste comum-senso no campo, conforme apontado pelo Interlocutor 2.

A maior parte dessas práticas utilizam mecanismos naturais do próprio corpo para se recuperar. Muitas delas reconhecem que existe um vitalismo, o conceito de vitalismo, que na medicina chinesa é o *Ti*, na ayurveda é o *prana* e a homeopatia também vai falar dessa energia vital. Então passam a olhar essa dimensão que a biomedicina não olha. Também há um baixo uso tecnológico de medicamentos e equipamentos, então tem um campo onde essas várias práticas tem algum desses elementos, nem todas práticas tem todos. E essas práticas também mudam. Eu vejo gente dizendo que não pode ter tecnologia nas PICS. E eu digo: Acupuntura é o que? Não é medicina chinesa? Então ter tecnologia é ou não é PICS? Para você produzir fitoterápicos, você precisa de indústria, equipamentos de ponta. Se produz fitoterápicos até mesmo usando nanotecnologia. Eu discordo disso, que para ser PICS não podemos usar tecnologia. No geral, o que a gente tá fazendo é estimular os mecanismos naturais do organismo de cura. (Interlocutor 2)

A compreensão do Interlocutor 2 dialoga com a conexão entre as oposições dicotômicas como industrialização vs. não-industrialização, tecnologia dura vs. tecnologia leve presentes no debate do que seria e do que não seria uma PIC. A classificação das tecnologias envolvidas no processo de trabalho em saúde nos termos de tecnologias duras, leve-duras e leves nos leva à formulação de Merhy (1997), que elucida que a tecnologia leve diz respeito às relações interpessoais de vínculo e investimento entre terapeuta-paciente. Já a tecnologia leve-dura se refere à estruturação dos saberes de forma teórico-prática, ou seja, um viés epistêmico. Por fim, a tecnologia dura está relacionada ao uso de recursos materiais, como os aparatos tecnológicos para a realização de exames. O viés epistêmico que integra as tecnologias leve-duras, por exemplo, em seu sentido teórico-prático nos fala de um paradigma como o presente nos modelos integrativos de saúde. Aqui é

importante dizer que não é defendida somente uma clínica das tecnologias leves, onde a tecnologia dura é descartável, pelo contrário, a crítica está no processo de exclusão de uma tecnologia por outra. Enxergamos a possibilidade de existência de uma clínica da sustentabilidade do cuidar exatamente em seu ponto de composição entre tecnologias, práticas e procedimentos, lugar no qual os sujeitos possam ser agentes protagonistas e autônomos de seus processos, “capazes de acionar vontade e desejo de mudança, construindo redes de corresponsabilização” (PASCHE, 2007, p. 706).

Assim, o Interlocutor 2 está apontando que, independentemente das diferentes tecnologias envolvidas em alguma PIC, esse não poderia ser um parâmetro para legitimar ou não a prática como PIC já que, apesar de suas diferenças, elas trabalham com o mesmo objetivo de estimulação dos mecanismos naturais de cura presentes no organismo humano - um caminho que parece apontar no sentido de um processo de singularização, um ponto de encontro entre conexões parciais. Neste sentido, o Interlocutor 3 traz um ponto de vista importante para pensarmos nas adequações de determinadas PICS no SUS, refletindo sobre sua viabilidade na atenção primária, que é o foco de sua ação.

O que eu acho é que devia ter tido mais discussão com gestores e pesquisadores para ver o que vale a pena. Além dos erros que eu acredito que tem a ver com lobby, como a ozonioterapia. A ozonioterapia eu não conheço, mas quando você lê o que é, é igual câmara hiperbárica, hipertecnologia, uma derivação da biomedicina. Você não pensa que câmara hiperbárica é uma coisa alternativa, é um recurso terapêutico da tecnologia moderna. Então é ótimo que isso faça bem às pessoas, mas não tem nada a ver com PICS. O conceito guarda-chuva de PICS são as coisas do lado de fora do conhecimento científico biomédico. Tinha que haver o mínimo de uma conversa pública de uma adequação cultural para o país, que é gigante e eclético, e para o SUS. Ozonioterapia para atenção primária é meio sem sentido. Não tenho conhecimento de causa para saber o custo dos aparelhos, mas é esse conhecimento de causa que deveria aparecer. O bom é que legitima o resto, como o Yoga, que tem em todo lugar. Acho que só perde para as plantas medicinais. Usar picada de abelha para cuidar das coisas, eu não tenho nada contra, mas se tu não pensar na aplicação disso... quem tem abelha no centro de saúde? Tem coisas que são culturalmente adequadas. (Interlocutor 3)

Como vimos anteriormente nas falas dos/as interlocutores/as, a questão da tecnologia envolvida em torno de determinadas PICS é um campo repleto de discussão, não sendo possível adentrarmos cada um deles, já que são necessárias pesquisas em cada uma destas áreas, utilizando categorias de análise para comparação. Entretanto, o que podemos ir percebendo é que existe uma resistência

com recursos como a ozonioterapia e a apiterapia, por exemplo. A base destes argumentos remontam novamente às diretrizes da Atenção Primária à Saúde, onde as terapêuticas devem ser aceitáveis tanto cientificamente quanto culturalmente pela sociedade. Neste sentido, a problematização do Interlocutor 3 sobre a adequação cultural de algumas PICS na APS é importante.

Tem a comodificação, a profissionalização e especialização das coisas. Tem a coisa da ANVISA que se enrijeceu que quase terminou com as farmácias de manipulação. As plantas têm essa coisa do princípio ativo que para ser extraído precisa-se de industrialização; e por outro lado tem a coisa magnífica do conhecimento que é muito fácil de operacionalizar na cultura popular, que é a ideia da preparação caseira da planta in natura. A gente tem um exemplo famoso aqui em Florianópolis, é uma erva que tem em todo lugar, chama-se erva baleeira, e os caras com dinheiro internacional e dinheiro da universidade, transformaram em uma pomadinha que se encontra em qualquer farmácia do Brasil. Acheflan. É uma pomadinha tirada do princípio ativo do mato que dá em todo canto aqui de Florianópolis. E se considera um grande êxito da fitoterapia, mas só seria se fosse atrelada à educação popular. Então tem essas coisas de opções políticas e adequações tecnológicas que tem a ver com um tipo de cuidado. A ciência está muito ligada a essa coisa de mercado. O comércio tem a ver quase tudo com a indústria, a indústria é capitalismo e ciência pura. Nosso mundo foi transformado por conta disso e o grande sucesso da ciência é baseado nessa história do controle da natureza pela industrialização. Isso tudo é paradoxal e complexo, mas a gente pode ter o desafio de fazer um tipo de ciência que não seja somente uma reprodução dessa lógica. Na área das PICS seria uma área legal para isso, pois poderia ser a vanguarda da coisa de produzir cuidado e saúde mais sustentável, ecologicamente e socialmente legal. (Interlocutor 3).

É importante sublinhar que na fala do Interlocutor 3 não há uma negação da potencialidade da fitoterapia, mas uma crítica à forma como ela pode ser realizada em moldes biomédicos, privilegiando a indústria farmacêutica a afastando do conhecimento popular. Ele ressalta, ainda, que esses recursos podem apontar para a construção de pontos de encontro, conexões parciais entre a heterogeneidade de PICS, apesar de suas diferenças, onde se pense a produção de um cuidado mais sustentável.

Assim, a discussão proposta neste momento nos leva a refletir que, para o fomento de um processo de singularização das PICS no SUS, seria preciso propiciar a invenção de dispositivos capazes de acionar novos modos de conexão. Esses dispositivos poderiam fomentar um *devir-autogestionário* sobre problemáticas não partem meramente de “um ponto central que vai dispor os elementos, esquadrihar, fazer uma ordem do dia, mas que, pelo contrário, deixa as diferentes processos singulares tentarem um desdobramento rizomático” (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 126). Cabe dizer, ainda, que um processo de singularização das

PICS não é uma garantia de que a máquina centrípeta do Estado não capture seu devir-instituinte-disruptivo na qualidade de movimento social, já que “toda problemática micropolítica consistiria, exatamente, em tentar agenciar os processos de singularidade no próprio nível de onde eles emergem” (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 130).

Um processo de singularização para as PICS, portanto, não passa de uma pista que talvez seja importante tentar, mesmo que não funcione como o esperado, uma pista que que visibilize as expressões de desejo dos agentes deste espaço, de micro agenciamentos que não se conformam somente por meio da política pública vinculada ao regime burocrático-jurídico do Estado. Deste modo, Guattari (2006, p. 71), nos diz que desde as máquinas sociais e desejantes às máquinas técnicas, “uma mesma categoria de máquina abstrata autopoiética engendra as objetividades-subjetividades de um tempo que se instaura no cruzamento de componentes engajados em processos de heterogênese”. O caminho de uma heterogênese afirma, sobretudo, uma legitimação da heterogeneidade de PICS presente na política nacional - que não tentaria criar uma identidade capaz de produzir um desfecho para o campo, mas construir sentidos comuns, pontos de conexões, sempre parciais e provisórias. Assim, a PNPIIC vai se tornando, em nossa análise, um espaço com projeto de tornar-se campo, um *campo-em-devir* pelo “fato de se formar em territórios existenciais singulares que lhe confere, com efeito, uma potência de heterogênese, quer dizer, de abertura para processos irreversíveis de diferenciação necessários e singularizantes” (GUATTARI, 2006, p. 68).

Esse campo em devir não possui um destino de apaziguação de suas disputas - e também é nossa intenção apontar uma pista que tenha pretensão de conciliar essas forças. Não é possível antecipar as novas configurações entre as forças incessantes que se produzem no campo e por meio dele, nem como pensar uma maneira de como os atores farão o manejo destas tensões. A nossa pista é essencialmente ética no sentido em que pensamos a produção de conexões parciais de comum-senso exatamente no ponto das diferenças entre os pontos de vista no campo, ou seja, um espaço que fomente a singularização das PICS em sua heterogênese. É necessário que continue se fomentando espaços já existentes de discussão e diálogos, mas que também se produzam outros fóruns, conselhos, lugares para o construção das novas conexões e disposições da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Desta forma, uma vez que

falamos em um *campo-em-devir*, se torna possível que partamos, assim, para uma atualização sobre as lutas a serem disputadas neste espaço, lutas por afirmação de sentidos. É o que veremos na Pista 3.

#### **3.4. Pista 4 - Por uma sustentabilidade do cuidar: uma atualização sobre as lutas a ser disputadas pelas PICS**

Tem muitas frentes que não foram nem tocadas. Eu tenho notícia de um único concurso que foi aberto para o ensino de coisas de PICS, que é de

umas das universidades federais na Bahia. Só sei disso porque me convidaram para a banca do concurso e eu nem pude participar. Mas não sei de nenhuma outra, não existe investimento em ensino. Se quer que se saiba, mas não existe ensino. Se o povo das PICS sobreviver no ministério, alguém teria que ir lá e fazer gestões juntos ao ministério da educação para enfiar nos currículos uma carga horária sobre PICS, assim como têm cargas horárias obrigatórias sobre outras pautas. Tem uma coisa que poderia ter sido melhor explorada, mas temos que ver o que vai existir após esse governo, que é a coisa do NASF. O NASF permitia que os especialistas pudessem fazer trabalho colaborativo na AP e também atividades especializadas na sua carga horária, e o NASF era um protótipo de uma atenção secundária vinculada à atenção primária. O NASF te permitia, mas nunca foi explorado nesse sentido. O que eu propus em artigos é que todos os especialistas deveriam matricular, o que é complicado, teria que esperar uma geração sair e outra entrar. Isso é importante para PICS porque eles necessitam de gente especializada para ensinar nas universidades e o povo poder sair de lá para fazer isso na atenção primária. Hoje em dia se aprende no setor privado majoritariamente. O Ministério da Saúde e o MEC teriam uma grande frente de trabalho para estimular e criar docência nesse âmbito. Teria que ser uma coisa que matriculasse a AP e tivesse educação permanente. O setor hospitalar já está explorando as PICS ao seu modo, principalmente nos cuidados paliativos, oncologia e doenças crônicas. A maior literatura diz que as PICS são feitas em serviços especializados com especialistas. (Interlocutor 3)

\* \* \* \* \*

Eu acho que isso bate em outro lugar importante, de formação curricular da graduação, de como falta uma carga horária que vá falar sobre isso. Porque depois as pessoas se formam e vão trabalhar no SUS, que é muito diverso, e o profissional não sabe manejar essas diferentes formas de cuidado e acaba violentando o usuário, a sua história, o seu saber. Nesse sentido quero te perguntar como está na sua universidade as disciplinas que falem sobre diferentes tipos de cuidado? (Interlocutora 4)

\* \* \* \* \*

Eu ainda acho que é a formação, porque se a gente quer de fato a integração das pics no cuidado em saúde, a gente tem que ter recursos humanos capacitados para isso. e se a gente pegar as experiências de PICS nas graduações em saúde, ela é basicamente informativa, não é formativa. a grande parte dos egressos não conhecem, e isso alimenta a desinformação e isso reproduz o preconceito de que não são científicas, não têm evidências, não tem eficácia. A formação não é o único, mas certamente é um dos grandes desafios para o fortalecimento das PICS no país. E de qualidade, né lago, porque existe uma proliferação de cursos com critérios questionáveis que mais ameaçam as PICS que as apoiam. Isso pesa contra o fortalecimento das PICS. A formação como acontece nos EUA, houve uma política pública para que fosse estimulada a integração da medicina complementar e alternativa nas graduação em saúde, eu vi bolsas para que as universidade implantassem esse ensino nas formações em saúde. Em Cuba eu também vi isso de maneira ampla. A partir de uma integração na formação, de recursos para pesquisa que mostrem desenvolvimento tecnológico, eficácia, evidências, isso vai dando uma base sólida de crescimento das PICS. Formação e pesquisa andam de mãos dadas, porque a pesquisa instrumentaliza a formação e vai dar segurança para os profissionais apoiarem a formação dentro daquela prática. (Interlocutora 6)

\* \* \* \* \*

A minha impressão é que essa transformação, pensa no Bourdieu, ela parte de um movimento social de mudança, entende. Vai haver uma mutação nos saberes e na prática da saúde e da vida, já está em movimento. Então muita coisa que agora é tido como o certo, pode mudar, e vice-versa. O que é considerado uma coisa desprezível, pode vir a ser aceita e recomendada, isso já acontece dentro do sistema de saúde, saberes tradicionais são incorporados em certas condições. E as pessoas procurarem a saúde de outra perspectiva, não somente se medicalizar ou fazer determinados tipos de práticas, mas terem um modo de vida diferente. Enquanto existir uma sociedade individualista e excludente a questão da saúde não vai melhorar, porque é uma sociedade doente, então todo mundo tende a adoecer. Enquanto não houver solidariedade e aceitação do outro como semelhante, não vai melhorar. É um tecido social adoecido, enquanto for assim, não melhora a saúde. (Interlocutora 7)

\* \* \* \* \*

Eu acho que a formação, conseguir definir um currículo mínimo que deve ser abordado na formação geral em PICS e nas específicas. E trazer isso para dentro das universidades públicas, porque elas já tem um processo de produção de conhecimento que ele é mais sólido, mais consistente, não atendem tanto aos interesses do mercado. Eu acho que o avanço das PICS é incluir elas nos cursos de graduação e trazer a delimitação de um currículo mínimo. (Interlocutor 8)

\* \* \* \* \*

A partir do caminho que percorremos até agora e das discussões levantadas, aqui é possível dizer aqui que o que até então chamamos de “campo”, agora passamos a compreender como um espaço público e social das PICS no SUS em processo desejante de tornar-se campo, um *campo-em-devir*. Neste sentido, Bourdieu (2016) diz que um espaço social torna-se campo em um longo período de tempo - e a história de invenção do espaço da PNPIC no SUS é relativamente recente. Assim, os trechos acima são fragmentos das entrevistas reunidos intencionalmente um abaixo do outro justamente para trazer um espaço dos pontos de vista dos nossos Interlocutores sobre um tópico específico: uma atualização sobre as lutas e desafios para a existência de um campo das PICS no Brasil, as potências e as fragilidades desta construção até então.

É possível identificar quatro eixos centrais nas narrativas que se relacionam aos desafios que se apresentam na atualidade para uma contínua implementação mais eficaz da PNPIC, como formação, pesquisa, gestão e atenção à saúde no território: a) formação das PICS visando a expansão de conhecimento sobre a área e capacitação de possíveis profissionais; b) pesquisas científicas que fomentem resultados para um maior coeficiente de luta e disputa (*illusio*) no campo da saúde; c) qualificação dos gestores para implementação de políticas municipais e estaduais

de PICS, bem como a qualificação permanente da coordenação nacional das PICS; d) avaliação e qualificação das PICS na atenção à saúde, refletindo qualitativamente sobre como os procedimentos estão sendo realizados no território;

Este é um resultado que coaduna com a pesquisa de revisão integrativa conduzida por Habimorad *et al.* (2015). Na ocasião, os pesquisadores analisaram 25 artigos avaliando as potencialidades e fragilidades da implantação da política, emergindo cinco temáticas que se constituem como desafios: 1) formação profissional em PICS para o trabalho no SUS; 2) estruturação da oferta em PICS, bem como as condições de acesso; 3) conhecimento e aceitação de usuários em relação às PICS; 4) conhecimento e aceitação de profissionais e gestores em relação à PNPIC; e 5) necessidade de qualificação do escopo, monitoramento e avaliação da PNPIC no território (HABIMORAD ET AL., 2015).

Esses dados remontam à vigente Estratégia Global de Medicina Tradicional 2014-2023, onde a Organização Mundial da Saúde (2013) aponta a necessidade de fomento de um plano global para as Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI). Entre os destaques, podemos elencar: a) promoção da cobertura universal à saúde integrando diferentes modelos de cuidado convencionais e não-convencionais capazes de, ao mesmo tempo, estimular e apoiar o processo de autocuidado dos usuários; b) fortalecer uma oferta qualificada, eficaz, segura e de uso adequado das MTCI, avaliando e monitorando práticas, produtos e profissionais através de formação e capacitação; e c) construir uma base teórica que crie condições de possibilidade para as MTCI serem implantadas e implementadas por meio de políticas assertivas que compreendam e reconheçam a potencialidade de novos modos de cuidado da saúde das populações (WHO, 2013).

Em recente relatório global sobre as MTCI, realizado em 2019, a Organização Mundial da Saúde informou que houve colaboração de 179 Estados Membros da OMS na pesquisa que fomentou o relatório. Entre os principais dados, estão: 98 nações informaram que haviam desenvolvido políticas nacionais incorporando MTCI's - o que representa 50% do montante de Estados Membros, 109 países haviam publicado leis ou regulamentações nacionais - 60% dos Estados Membros; e 124 nações haviam implementado regulamentações sobre os fitoterápicos - o que compreende 69% dos Estados Membros (WHO, 2019). Tais números nos falam de um crescimento do território de MTCI's ao redor do globo - e

o Brasil é parte disto. Entretanto, o que falta para uma inclusão orgânica das PICS na nossa realidade? Essa discussão nos leva a um trabalho de base - que fala desde aceitação cultural à formação acadêmica.

A Coordenação Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde lançou em 2011 um relatório da gestão das PICS entre 2006 e 2010. O documento, com foco na Atenção Primária à Saúde, traça um panorama da PNPIC no SUS. Um dos principais ganhos, de acordo com o documento, está na institucionalização das práticas nos serviços, que atende às diretrizes fomentadas pela OMS desde a década de 1970 para o endosso das MTCl's nos sistemas de saúde (BRASIL, 2011). Passados 10 anos desde a publicação do relatório, uma das perspectivas apontadas para a PNPIC foi desmantelada: os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>25</sup>. Era no NASF que a PNPIC pretendia inserir médicos homeopatas, acupunturistas e outros profissionais, além de viabilizar o fornecimento de insumos como agulhas para acupuntura, medicamentos homeopáticos, e fitoterápicos (HABIMORAD ET AL., 2015). O relatório também aponta linhas de frente para a consolidação das PICS, coadunando com as falas expostas por nossos interlocutores, como formação e qualificação profissional, monitoramento e avaliação e incentivo a pesquisas com PICS - o que iremos repercutir agora, tendo como base os resultados obtidos pela revisão narrativa de literatura realizada por e o estudo de Habimorad et. al (2015), especialmente sob o recorte da formação e reconhecimento social das PICS.

### **3.4.1. Formação em PICS**

A falta de profissionais qualificados para atenderem com PICS no SUS e o baixo reconhecimento de profissionais que não trabalham com as PICS sobre elas é um analisador que nos remonta a uma formação com lacunas nos currículos de graduação, pós-graduação e nos processos de educação permanente. Essa formação em déficit com a multiplicidade de formas de cuidar da saúde pode disseminar informações errôneas sobre PICS e fragilizar tanto a relação profissional-usuário quanto a relação entre profissionais que não trabalham com PICS e aqueles que trabalham.

---

<sup>25</sup> Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/saude-da-familia-perde-modelo-do-nasf>. Acesso em: 21 jun. 2021.

Um exemplo fornecido por Habimorad et al. (2015) é o mau uso de plantas medicinais. É conhecido que o saber popular endossa o uso terapêutico de plantas que, em grande parte, não produzem grandes riscos à saúde. Entretanto, quando mal usadas, a sobredosagem dos princípios ativos presentes na flora pode gerar prejuízos. Neste sentido, o acompanhamento qualificado de uma PIC, como o recurso das plantas medicinais, geralmente acontece quando um profissional possui uma implicação pessoal com a terapêutica, fazendo com que tenha um interesse subjetivo em incorporá-la ao seu trabalho.

Analisando os currículos de cursos da saúde de 209 instituições públicas que formam enfermeiros, médicos e fisioterapeutas, é possível constatar uma oferta ainda incipiente, fruto do modelo médico hospitalocêntrico, que oferece formação em PICS em somente 32,3% das instituições - dentre os cursos, as disciplinas são concentradas, de maior a menor proporção, nos cursos de Enfermagem (26,4%), Medicina (17,5%) e Fisioterapia (14,6%) (HABIMORAD ET AL, 2015). É atribuído ao setor privado da educação a maior oferta de formação em PICS, geralmente dentro de cursos de pós-graduação *lato sensu*, aqueles nos quais os profissionais poderão requisitar títulos de especialista junto aos seus conselhos profissionais (op. cit. 2015).

Nas graduações, a oferta de disciplinas em PICS geralmente acontece de forma eletiva (60 horas/4 créditos) e, muitas vezes, subalterna - já que muitos estudantes não as irão conhecer a não ser que se interessem sobre o tema. São ministradas, de acordo com Habimorad et al. (2015), por professores especialistas na área, que também apresentam interesses na área vinculados a sua implicação pessoal com alguma PIC. Este é o exemplo da minha própria implicação com o tema, quando na graduação em Psicologia desconhecida a PNPIC e passei a conhecer a partir de uma disciplina eletiva, ministrada por uma professora pesquisadora e praticante do *mindfulness*, pensando sua interação nos processos psicológicos básicos.

A pesquisa de Habimorad et al (2015) cita, ainda, o baixo quantitativo de programas de residência médica disponíveis para a classe no âmbito das PICS. No Brasil inteiro, nove instituições públicas formam médicos-acupunturistas e somente uma forma médicos-homeopatas. Para os demais profissionais da saúde, os programas de residência também apresentam baixa oferta no ensino de PICS.

A virada deste cenário pode estar justamente nos grupos e laboratórios de ensino, pesquisa e extensão com PICS. Habimorad et al. (2015) aponta o trabalho realizado por estes coletivos como primordial para uma transformação desta problemática, citando alguns nomes que aqui também iremos apontar a fim de pesquisa a quem se interessar: Grupo de Racionalidades Médicas (Universidade Federal Fluminense), Grupo de Práticas Complementares de Saúde/GPCS (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo), Laboratório de Pesquisas e Práticas de Integralidade em Saúde/LAPPIS (Universidade Estadual do Rio de Janeiro) e o Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde/LAPACIS (Universidade Estadual de Campinas).

### **3.4.2. Aceitação cultural das PICS na sociedade e reconhecimento das gestões municipais e estaduais**

Como vimos anteriormente, a heterogeneidade de PICS presentes na política nacional se justifica, no ponto de vista de alguns interlocutores, tanto no seu sentido de legitimação científica quanto no seu sentido de legitimação sócio-cultural. Entretanto, conforme revisão de Habimorad et al. (2015), existe ainda um baixo conhecimento sobre PICS por parte dos usuários, além de um baixo interesse em conhecer as terapêuticas circunscritas pela PNPIC. Entre as racionalidades e recursos mais conhecidos e aceitos pela população no estudo, estão: a) as plantas medicinais, por sua alta inserção no saber popular; b) a homeopatia, que ganha apoio da corrente do espiritismo kardecista, de grande abrangência no Brasil, por sua afinidade com concepções holísticas presentes nessa racionalidade; e c) acupuntura/MTC, por seu maior reconhecimento em tratamentos com dor e, especificamente, dores crônicas.

Curiosamente, entre as práticas mais aceitas e reconhecidas, estão justamente as presentes na primeira versão da PNPIC de 2006. A singularização destas práticas, afirmada na pluralização de sua heterogeneidade, parece ser uma potência em termos de movimento social para a transformação de uma nova cultura de atenção e cuidado à saúde no âmbito do SUS, tentando combater principalmente o alto grau de medicalização social.

Conforme a análise de Santos e Tesser (2012), é possível citar um exemplo que caminha na contramão de uma transformação no SUS real e que nos remonta à

implantação da PNPIC em Recife. Na época, a cidade construiu sua estratégia municipal de PICS com pouco diálogo com usuários e profissionais da área - o que havia dificultado, até então, a inserção das PICS no território. Em 2012, por exemplo, cinco anos após a implementação, a cidade contava somente com um serviço em funcionamento.

Nos parece, assim, que a aceitação e reconhecimento cultural das PICS na sociedade é um ponto de interconexão com a aceitação e reconhecimento das PICS no âmbito da gestão - esta que também passa pela formação dos profissionais em seus cursos. Se as fragilidades da PNPIC forem bem cuidadas por seus agentes sociais, este espaço poderia, em nosso ponto de vista, consolidar-se como uma incubadora de projetos que disputassem não só a institucionalização de práticas no SUS, mas o reconhecimento social sobre sua autoridade e competência em termos de produzir saúde. Isso, é claro, precisa passar também pelo reconhecimento das/os gestoras/es estaduais e municipais de que as PICS podem proliferar esse projeto.

O *campo-em-devir* das PICS, portanto, não se descola de suas lutas nos movimentos sociais que a levaram ao grau de política pública. Os desafios são muitos, visto o tamanho das ameaças não só para a política, mas para o SUS como um todo. A aposta de toda nossa análise até aqui foi visibilizar e compreender lutas e disputas, suas potências ou não, produzindo pistas que atualizem as discussões depois de quinze anos de vida da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Esperamos que seja possível contribuir ainda, desde a análise do campo das PICS, para um olhar sobre os processos de saúde e adoecimento que fomente uma sustentabilidade do cuidar.

## À guisa das considerações finais

*Nunca cometo o mesmo erro duas vezes  
já cometo duas três  
quatro cinco seis  
até esse erro aprender  
que só o erro tem vez*

Poema “Erra uma vez”,  
de Paulo Leminski.

Esse trabalho partiu a partir de uma premissa básica, circunscrita na Constituição Federal Brasileira, que estabelece que a saúde é um direito de todos e todas, devendo ser garantida mediante ações de política pública (BRASIL, 1988). Assim, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares veio para atender demandas de saúde de populações que não devem ser garantidas meramente por uma monocultura do cuidado biomédico, mas também no fomento de novas culturas de cuidado - o que nos fala sobre processos polifônicos na saúde que já vinham acontecendo no SUS mesmo antes da publicação da política. Contudo, nosso objetivo central não foi compreender especificamente a relevância das PICS para o SUS e usuárias/os, mas entender como acontece o jogo entre diferentes forças (agentes sociais, organizações e instituições) que operam e produzem um *campo-em-devir*. Como vimos, as bases instituintes dessa processualidade histórica e conceitual nos remeteram às primeiras conformações dos paradigmas sobre o corpo, a clínica e o cuidado, bem como a crise de certos modelos de cuidado da saúde que produziram e foram produzidas por transformações sociais na sociedade, como o movimento de contracultura.

O próprio espaço das PICS no SUS reflete as suas condições de emergência que forçaram a passagem da força instituinte ao instituído. Foi possível cartografar, sobretudo a partir dos nossos Interlocutores, a existência de algumas matrizes de pensamento que habitam o campo - como a que visa uma afirmação de uma legitimidade científica das PICS e a que visa uma legitimidade cultural. Ambas possuem o potencial de criação de conexões parciais que as permitam produzir um comum-senso exatamente no ponto de afirmação de suas diferenças que as singularizam.

No processo de captura das forças potencialmente disruptivas pela máquina centrípeta do Estado que visa o controle, também vimos que este *campo-em-devir* foi intensamente transformado concomitantemente ao estado de anomalia político-institucional no qual o Brasil se situa. O próprio Sistema Único de Saúde vem exigindo um trabalho de vigilância constante em suas bases sociais, visto os duros ataques, especialmente nos últimos anos como a EC 95/2016 (conhecida popularmente como a PEC da Morte ou PEC do Teto). Mesmo em meio ao cenário de desmonte e precarização da dimensão pública em um país tão desigual como o nosso, pudemos ver, por meio de nossos Interlocutores na gestão e na pesquisa com PICS, a existência de uma luta cotidiana para que a saúde continue a ter seu conceito ampliado para além das lógicas racionalizantes da biomedicina que não dão conta da complexidade da existência humana. As PICS, conforme nos informa o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), ao atuarem majoritariamente no eixo de promoção da saúde a partir de um modelo de atenção humanizado na integralidade do indivíduo em sua globalidade, se mostra como eixo que contribuiria também para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS de universalidade, equidade e integralidade. Porém, acreditamos que isso poderia ser efetivado no momento em que as PICS sejam reconhecidas e se façam reconhecer - não somente como promoção de saúde, mas como produção. Essa é uma diferença sutil, mas essencial: o espaço das PICS na promoção de saúde pode ser apenas uma medida mitigadora e destinada a uma dimensão de complementaridade; situada na produção de saúde, as PICS poderiam atuar pela potencialização de seu sentido integrativo.

Concomitantemente a isto, as PICS acabariam por auxiliar no processo de implantação, manutenção e recuperação do próprio sistema universal de saúde do país. Isto porque estudos têm evidenciado que as PICS reforçam, por exemplo, a integralidade da atenção à saúde justamente por requerem também a interação entre diferentes ações e serviços da rede (BRASIL, 2006). Além disso, as práticas auxiliam a ampliar as concepções de saúde dos próprios indivíduos, aumentando, assim, a sua corresponsabilidade em processos de saúde-adoecimento, ou seja, um exercício de cidadania. A implementação da PNPIC também ofertou, sobretudo, uma oportunidade de novos acessos a serviços que antes da política eram restritos à área privada de saúde (BRASIL, 2006).

Durante nossas análises, tentamos não cair na armadilha de afirmar um destino para o campo. A tentativa de produzir pistas caminha no sentido de lançar novos sentidos e olhares, uma proposta de gênese que se debruçou sobre a heterogênesse própria desse espaço. Ao apresentar as considerações finais, vale lembrar as palavras de Kastrup e Passos (2013) que escrevem:

“Ao final de um trabalho de pesquisa, a sensação de que avançamos no conhecimento daquele território passa, mais uma vez, pela sensação de partilha de uma semiótica e de um maior pertencimento àquele território. No entanto, resta um valioso écart que nos distancia da semelhança, ao mesmo tempo que nos aproxima da alteridade” (KASTRUP; PASSOS, 2013, p. 277).

Nesse processo de pesquisa, apresentado anteriormente em cada escolha de palavra a ser usada, me senti mais pertencente ao território das PICS. Conversar com as interlocutoras e os interlocutores que aceitaram embarcar nessa jornada comigo foi gratificante. Não foram raras as vezes que me senti inseguro para encarar pessoas tão fundamentais para a construção do território das PICS no país, cada qual com sua específica contribuição e às quais passei a admirar ainda mais. Conhecer seus rostos e ouvir seus sotaques, o que eles me comunicaram, me permitiram viajar pelo Brasil mesmo sem sair de casa na virtualidade dos tempos pandêmicos. Me permitiram, sobretudo, enxergar a multiplicidade e a heterogeneidade que habita o *campo-em-devir* das PICS no SUS.

A pesquisa aqui apresentada é um recorte de uma processualidade que é viva. Foram muitas as tentativas e os erros, os quais gosto de pensar como errância. A errância é uma outra perspectiva de resignificação do erro. Não de uma forma ressentida, mas de uma forma potente, de evidenciar o erro como um processo fundamental para o aprendizado e crescimento. Com certeza as errâncias foram inúmeras, talvez ainda nem tenha tomado consciência de todas elas, mas isso cabe ao tempo em suas maneiras de intervir na nossa consciência pulsante.

Sublinha-se a necessidade de mais pesquisas que produzam investigações sobre o espaço privado das PICS e que compreendam as correlações de forças com dimensão pública das práticas - espaço público no qual este trabalho se debruçou. Finalizo essa escrita diante de acontecimentos emblemáticos para a Política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Nas conversas com as interlocutoras e interlocutores, na análise documental, na leitura das teorias e nos apontamentos do orientador, encontrei acolhimento para manejar e descrever as alterações em curso do campo, cujos desfechos são improváveis - e assim devem

ser, pois nenhum campo deve ser blindado às transformações. O título dessa dissertação também procura tratar, desde o princípio, desse caráter permanentemente inventivo do *campo-em-devir* das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

A Teoria do Campo, de Pierre Bourdieu, foi uma inspiração teórico-metodológica deste trabalho e que acabou se mostrando, a partir de seus operadores conceituais, como uma categoria de análise relevante para estudos em torno das PICS no Brasil. Nesse sentido, a pesquisa serve como uma lente que possibilita apenas mais um olhar para as discussões propostas e, desta forma, eu espero que ela possa ser útil para quem interessar. Termino, por fim, com uma ode que podemos transpor para nossos debates no campo da saúde.

*Nesse corredor*

*Portas ao redor*

*Querem escolher, olha só*

*Uma porta só*

*Uma porta certa*

*Uma porta só*

*Tentam decidir a melhor*

*Qual é a melhor*

*Não importa qual*

*Não é tudo igual*

*Mas todas dão em algum lugar*

*E não tem que ser uma única*

*Todas servem pra sair ou para entrar*

*É melhor abrir para ventilar*

*Esse corredor*

*Marisa Monte, em Portas (2021)*

## Referências bibliográficas

- AGUIAR, A. **Illusio**. In: CATANI, Afrânio et. al. Vocabulário Bourdieu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.
- AMADO, Daniel; ROCHA, Paulo Roberto de Souza; UGARTE, Olívia Albuquerque; FERRAZ, Carla Conceição; LIMA, Mélquia da Cunha; CARVALHO, Fábio Fortunato Brasil. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. **Journal of Management and Primary Health Care**. 2017; 8(2):290-308.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Parcerias para diminuir o mau uso de medicamentos. **Revista de saúde pública**. V.40 n.1, p. 191-194, 2006.
- BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2008.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BAREMBLITT, Gregorio. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- BARROS, Manoel de. **Livro sobre nada**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- BARROS, Regina Benevides; PASSOS, Eduardo. **Humanização na saúde: um novo modismo? Botucatu: Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, 2005.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2005, v. 10, n. 3 [Acessado 14 Junho 2021], pp. 561-571. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300014>>.
- BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre a literatura e a história da cultura**. Brasiliense, 1987.
- BOURDIEU, Pierre. **Les doxosophes**. Minuit, n. 1, p. 26-45, nov. 1972.
- \_\_\_\_\_. **Campo de poder, campo intelectual**. Buenos Aires: Folios, 1983.
- \_\_\_\_\_. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- \_\_\_\_\_. **O senso prático**. Petrópolis: Vozes, 1990.
- \_\_\_\_\_. **As regras da arte: gênese e estrutura do campo literário**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

\_\_\_\_\_. **Making the Economic Habitus: Algerian Workers Revisited.** Ethnography: 2000.

\_\_\_\_\_. **A Miséria do mundo.** Petrópolis: Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. **Sociologie générale II.** Paris: Seuil, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 24 mai 2021.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1992. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf). Acesso em: 24 mai 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1996. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_10.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf). Acesso em: 24 mai 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.** 1ª ed. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.600/2006, de 17 de julho de 2006.** Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria nº 971/2006, de 03 de maio de 2006.** Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório de Gestão 2006/2010 das Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde.** Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.** 2ª ed. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução 510 do Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 404/2016, de 15 de abril de 2016**. Brasília, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria nº 849/2017, de 27 de março de 2017**. Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria nº 702/2018, de 21 de março de 2018**. Brasília, 2018.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. A medicina ocidental contemporânea. In: LUZ, Madel Therezinha; BARROS, Nelson Filice de (org). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: Estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

CANGUILHEM, George. A saúde: conceito vulgar e questão filosófica. In: CANGUILHEM, G. (Org.). **Escritos sobre a Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

\_\_\_\_\_. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago; GROSFOGUEL, Ramón. **El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global**. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2007.

CZERESNIA, Dina. **Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

COLLINS, Patricia Hill. **Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro**. Brasília: Revista Sociedade e Estado, v. 31, n. 1, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Atas das Reuniões do CNS**. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/atas/atas\\_05.htm](https://conselho.saude.gov.br/atas/atas_05.htm). Acesso em 25 mai 2021.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. 6-12 de setembro de 1978; Alma-Ata; USSR.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia, volume 1**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

\_\_\_\_\_. **O que é filosofia**. São Paulo: Ed 34, 2010.

DESLANDES, Suely Ferreira. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org); DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

ESTRELA, Walcymar Leonel. **Políticas de saúde e processo de institucionalização das Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares**. In: NASCIMENTO, Marilene Cabral; NOGUEIRA, Maria Inês. Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares. São Paulo: Hucitec, 2013.

EVARISTO, Conceição. **Poemas da recordação e outros movimentos**. Rio de Janeiro: Malê, 2017.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. MATTÁ, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Marília; CORBO, Ana Maria D'Andrea. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2007.

FERNÁNDEZ DE ROTA, Antón. **Hacia una redefinición postmoderna de la revolución política: acontecimiento, poder constituyente y disutopía**. Roma: Nómadas Critical Journal of Social and Juridical Sciences. v. 19, n. 3, 2008.

FERRAZ, Ivana; CLIMACO, Layres; ALMEIDA, Juliane; ARAGÃO, Stela; REIS, Luana; MARTINS, Ismar. **Expansão das práticas integrativas e complementares no Brasil e o processo de implantação no sistema único de saúde**. San Jose Costa Rica: Revenf, v. 1, n. 38, 2020.

FIGUEIREDO, L. C.; SANTI, P. L. R. **Psicologia: uma (nova) introdução**. São Paulo: Escuta, 2014.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

\_\_\_\_\_. **A ética do cuidado de si como prática de liberdade**. In: Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

GERHARDT, Tatiana Engel; PINHEIRO, Roseni; RUIZ, Eliziane Nocolodi Francescato; SILVA JR, Aluisio Gomes da (org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016.

GRENFELL, Michael (org.). **Pierre Bourdieu: Conceitos fundamentais**. Petrópolis: Vozes, 2018.

GROSGOUEL, Ramón. **The Implications of Subaltern Epistemologies for Global Capitalism: Transmodernity, Border Thinking and Global Coloniality**. London: Routledge, 2005.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1996.

\_\_\_\_\_; **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo: Ed. 34, 2006.

HABIMORAD, Pedro Henrique Leonetti et al. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2020, v. 25, n. 2, pp. 395-405. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.11332018>>. Acesso em: 24 mai 2021.

HARDY, Chery. Histerese. In: GRENFELL, Michael (org.). **Pierre Bourdieu: Conceitos fundamentais**. Petrópolis: Vozes, 2018.

HEIDMANN, Ivonete. ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; BOEHS, Astrid Eggert; WOSNY, Antonio de Miranda; MONTICELLI, Marisa. **Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções**. Florianópolis: Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 15, n. 2, 2006.

HECK, Lía; LIMA, Crislaine Alves Barcellos. **Plantas medicinais do bioma pampa no cuidado da saúde**. Pelotas: Embrapa Clima Temperado, 2017.

KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo. Cartografar é traçar um plano comum. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 263-280, 2013.

KUHN, Thomas. **The structure of scientific revolutions**. Chicago: University of Chicago Press, 1970.

L'ABBATE, Solange. **Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Mnemosine, v. 8, n. 1, 2012.

LAHIRE, B. **Campo**. In: CATANI, Afrânio et. al. Vocabulário Bourdieu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

LANGDON, Esther. **Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas**. Rio de Janeiro: Ciência e saúde coletiva, v. 19, n. 4, 2014.

LEBARON, F. **Capital**. In: CATANI, Afrânio et. al. Vocabulário Bourdieu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

LEAVELL, Hugh; CLARK, Edwin. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGrawHill do Brasil; 1976.

LORENZO, Tiago de Almeida Garcia. **Homeopatia no SUS: Uma análise da controvérsia científica a partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Dissertação de Mestrado do Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília. Brasília, 2017.

LOURAU, René. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.

\_\_\_\_\_. Implicação: um novo paradigma? In: ALTOÉ, Sônia (org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

LUZ, Madel Terezinha. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva: Estudo Sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais – 2ª ed.** São Paulo: Hucitec, 2005.

\_\_\_\_\_; BARROS, Nelson Filice de (org). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: Estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

\_\_\_\_\_. **A arte de curar x a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil – 2ª ed.** Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

MALDONADO-TORRES, Nelson. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. In: CASTRO-GÓMEZ, Santiago; GROSFUGUEL, Ramón. **El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global**. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2007.

MARTINS, LÍBIA. **O diário de campo como dispositivo para análise de implicação em pesquisa**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – UFES. Vitória, 2016.

MEDEIROS, C. **Hysteresis**. In: CATANI, Afrânio et. al. Vocabulário Bourdieu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

MEDEIROS, Soraya; ROCHA, Semíramis. **Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal**. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 2, 2004.

MENÉNDEZ, Eduardo. **Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales**. In: Campos R, organizador.

La antropología médica en México. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1992.

\_\_\_\_\_. **Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas.** Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, v. 8, n. 1, 2003.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, p. 71-112, 1997.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção.** Trad. Carlos Alberto R. de Moura. São Paulo: Martins Fontes. Livraria Martins Fontes Editora Ltda. 1999

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org); DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 3. 2012.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

\_\_\_\_\_. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias.** São Paulo: Revista Pesquisa Qualitativa, v. 5, n. 7. 2017.

MINISTRY OF HEALTH. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. **Interim report on the future provision of medical and allied services.** London, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MONCEU, Gilles. **Saiamos de nós mesmos: René Lourau e o dispositivo da A. I. em Paris VIII.** Rio de Janeiro: Mnemosine, v. 3, n. 2, 2007.

\_\_\_\_\_. **Implicação, sobreimplicação e implicação profissional.** Rio de Janeiro: Fractal Revista de Psicologia, v. 20, n. 1, 2008.

MOREIRA JR., Airton. Por uma sociologia “transversalista” da ciência e das técnicas. João de Fora: Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade, v. 1, n. 1, pp. 130–135).

MULLER, Tatiana Leite. **Práticas integrativas e complementares na atenção básica do sistema único de saúde do município de Porto Alegre, RS: Desafios**

**atuais.** Dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.

NERUDA, Pablo. **O livro das perguntas.** Porto Alegre: L&PM, 2004.

NORMAN, Armando; TESSER, Charles. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, Sept. 2009

NUNES, Laila. **Experiência de Macaé/RJ com homeopatia e dengue, 2007-2012.** Rev. homeopatia (São Paulo), 79(1/2): 1-16, 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005.** Genebra, 2002.

PAIM, Jairnilson. **Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações?** Rio de Janeiro: Revista Saúde em Debate, v. 36, n. 94, 2012.

PASCHE, Dário Frederico. **Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar.** Botucatu: Interface – Comunic., Saúde, Educ., v. 13, n.1, 2009.

\_\_\_\_\_ ; PASSOS, Eduardo. **Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde - aposta da Política de Humanização da Saúde.** Rio de Janeiro: Saúde em Debate, v. 34, n. 86, 2010, pp. 423-432

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2015.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2015.

PINTO, L. **Doxa.** In: CATANI, Afrânio et. al. Vocabulário Bourdieu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidad del poder y clasificación social. In: CASTRO-GÓMEZ, Santiago; GROSFUGUEL, Ramón. **El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global.** Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2007.

RIBEIRO, Alane Adrelino. **Dilemas na construção e efetivação da política nacional e distrital de práticas integrativas e complementares em saúde.**

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, 2005.

ROUDINESCO, Elisabeth. **O paciente, o terapeuta e o Estado**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Para além do pensamento abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes**. São Paulo: Revista Novos Estudos, n. 79, pp. 71- 94. 2007.

\_\_\_\_\_. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

\_\_\_\_\_. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2017.

SANTOS, Melissa; TESSER, Charles. Um método para implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2012; 17(11):3011-3024.

SANTOS, Isabela; VIEIRA, Fabiola. **Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional**. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 7, 2018.

SAPIRO, G. **Prática (teoria da)**. In: CATANI, Afrânio et. al. *Vocabulário Bourdieu*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

SILVA, Rosane Neves da. **Notas para uma genealogia da psicologia social**. Belo Horizonte: *Psicologia & Sociedade*, v. 16, n. 2, pp. 12-19, 2004.

SOUZA, Antonio Paulino. **História e crítica reflexiva na pesquisa social de Bourdieu**. Natal: *Revista Educação em Questão*, v. 37, n. 23. 2010.

SOUZA, Eduardo Frederico Alexander Amaral de; LUZ, Madel Therezinha. **Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa**. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, 2011.

SOUZA, Jessé José Freire de. **A tolice da inteligência brasileira: ou como o país se deixa manipular pela elite**. São Paulo: LeYa, 2015.

STENGERS, Isabelle. Uma ciência triste é aquela em que não se dança: Conversações com Isabelle Stengers. DIAS, Jamille; BORBA, Maria; VANZOLINI, Mariana; SZTUTMAN, Renato; SCHAVELZON, Salvador; AVERY, Morgane. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 59, n. 2, pp. 155 - 188, 2016.

\_\_\_\_\_. **A invenção das ciências modernas**. São Paulo: Ed. 34, 2002.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TESTA, Mário. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992.

TESSER, Charles. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006.

\_\_\_\_\_ ; DALLEGRAVE, Daniela. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública (Online)** ; 36(9): e00231519, 2020.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária**. Salvador: Rio de Janeiro: EDUFBA; Editora Fiocruz, 2018.

WACQUANT, L. **Habitus**. In: CATANI, Afrânio et. al. Vocabulário Bourdieu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 201

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine**. Geneva, 2000.

\_\_\_\_\_. **WHO traditional medicine strategy: 2014-2023**. Geneva, 2013.

\_\_\_\_\_. **WHO global report on traditional and complementary medicine 2019**. Geneva, 2019.

## **Apêndices**

## a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a),

Nós, do Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional (PPGSI) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), gostaríamos de convidar você a participar da pesquisa intitulada “**Práticas integrativas e complementares em saúde: da gênese histórico-conceitual às possibilidades de conformação do campo**”. A pesquisa tem por objetivo traçar a gênese histórica e conceitual do campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

Sua participação é inteiramente voluntária. Caso deseje recusar o convite ou deixar de fazer parte desta pesquisa, você poderá fazer isso a qualquer momento. Você não terá nenhuma despesa financeira em participar desta pesquisa e sua participação neste estudo não trará benefícios diretos, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre a Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, uma importante estratégia de produção de saúde no âmbito do SUS.

Os resultados deste estudo serão divulgados em seu conjunto na forma de dissertação de mestrado e de artigos científicos dela decorrentes, e sua identidade não será revelada sob qualquer circunstância.

Sua participação na pesquisa envolve riscos que chamamos de mínimos. Desta forma, os riscos decorrentes de sua participação no estudo são os possíveis desconfortos que os questionamentos da entrevista e/ou divulgação dos resultados possam gerar. Caso a entrevista gere algum mal-estar, você poderá interrompê-la a qualquer momento e relatar o ocorrido para que possamos realizar os encaminhamentos necessários. Se for de seu interesse continuar a entrevista em outro momento, poderemos agendá-la para outra data. Tudo o que for respondido e relatado na entrevista será usado somente para fins desta pesquisa. Conduzimos o estudo de acordo com as diretrizes presentes nos artigos 927 a 954 da Lei 10.406/2002 e das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Em hipótese de dano pessoal proveniente da entrevista e/ou divulgação dos resultados, você terá direito à solicitação de indenização, conforme os termos da Lei.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia UFRGS ob parecer CAAE 39006720.1.0000.5334. Você poderá obter maiores informações sobre a pesquisa e questões éticas deste estudo junto ao CEP-PSICO. Ele está localizado na Rua Ramiro Barcelos, 2600, Bairro Santa Cecília - Porto Alegre/RS. Telefone (51) 3308-5066. Outras informações, se necessárias, podem ser obtidas junto ao orientador da pesquisa, Professor Dário Frederico Pasche, pelo telefone (51) 99997-8206, ou mesmo contatar diretamente comigo, Iago Marafina de Oliveira, pelo telefone (53) 99180-7987.

O TCLE será enviado para e-mail indicado por você. Seu aceite será mediante resposta positiva ao convite pelo e-mail, que significa que você leu e concordou com os termos éticos da pesquisa. Para fins de registro, solicitamos que você imprima e assine o TCLE e nos envie por e-mail ou mesmo por foto anexada a mensagem para o celular (53) 99180-7987.

NOME: \_\_\_\_\_ / ASSINATURA: \_\_\_\_\_  
LOCAL: \_\_\_\_\_ / Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| Dário Frederico Pasche<br>Prof. PPG em Psicologia Social e<br>Institucional (UFRGS)<br>dario.pasche@gmail.com | Iago Marafina de Oliveira<br>Mestrando em Psicologia Social e<br>Institucional (UFRGS)<br>iagomarafinadeoliveira@gmail.com |
|---|--|

## **b. Roteiro de entrevista semi-estruturada**

### **01 – Dados de identificação**

Entrevistado/a (nº \_\_\_\_\_)

### **02 - Aquecimento**

Oi, \_\_\_\_\_. Em meu nome e do Dário, orientador deste trabalho, gostaria de te agradecer pela disponibilidade em participar da nossa pesquisa. A partir desse roteiro como temas-eixo temos como objetivo principal traçar uma gênese histórico-conceitual das práticas integrativas e complementares no Brasil em duas dimensões. A primeira dimensão é a das práticas integrativas e complementares compreendidas na qualidade de um espaço/campo, pensando seus movimentos instituintes e suas bases epistemológicas. A segunda dimensão diz respeito mais propriamente a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), seus processos de constituição e consolidação no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como seus efeitos ao longo do tempo.

### **03 – Eixos-tema**

#### **1ª dobra - Sobre as PICS**

- A) Formação de graduação.
- B) Programa de pós graduação, residência e/ou especialização.
- C) Como se deu sua aproximação com o “campo” das PICS.
- D) O que é esse movimento-campo das PICS:
  - Bases de uma nova racionalidade em saúde?
  - Movimentos/processos instituintes: o campo se fazendo em processo
- E) Condições de emergência que culminam na inserção das PICS como práticas de saúde no Brasil.

#### **2ª dobra - sobre a PNPIC**

- A) Relação com o processo de formulação.

( ) se participou, participou “como” e “por onde”

( ) se não participou, pular para as questões E e F.

B) Tensionamentos e disputas entre concepções no processo de formulação.

C) Relação com outras políticas e programas como a das Plantas Medicinais e Fitoterápicos e o programa Farmácia Viva.

D) A Política Nacional de PICS tem cumprido qual papel nas práticas/produção de saúde.

E) O que se compreende pelos substantivos “integrativo” e “complementar”.

F) Compreensão da expansão das PICS no país nos últimos dez anos:

- Ocorreu no contexto de tensão paradigmática ou de composição.
- Isso nos permite dizer da existência de um campo (ideias/práticas) das

PICS?