

UNIFESP
25 ANOS
Universidade pública, conhecimento público

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
INSTITUTO SAÚDE E SOCIEDADE
CURSO DE PSICOLOGIA

LURY VIGNOLI DE LIMA

ANÁLISE DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO
CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

SANTOS

2019

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a)

L732a Lima, Lury.
Análise das Práticas Integrativas e
Complementares no Contexto da Atenção Básica. / Lury
Lima; Orientadora Maria Inês Moreira. -- Santos,
2019.
45 p. ; 30cm

TCC (Graduação - Psicologia) -- Instituto Saúde e
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2019.

1. Práticas Integrativas. 2. Atenção primária à
saúde. I. Moreira, Maria Inês, Orient. II. Título.

CDD 150

LURY VIGNOLI DE LIMA

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO
CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de conclusão de curso de graduação
em Psicologia da Universidade Federal de
São Paulo

Orientadora: Maria Inês Badaró Moreira

SANTOS

2019

RESUMO

Este trabalho de conclusão do curso de Psicologia trata de uma revisão bibliográfica sobre práticas integrativas e complementares realizadas na atenção primária a saúde brasileira a partir de 2006, ano em que as primeiras destas práticas foram incorporadas ao Sistema Único de Saúde. O material obtido foi classificado em dez eixos temáticos. Um destes eixos temáticos foi definido de forma parcial para maior aprofundamento neste documento. As informações obtidas em todos os artigos do eixo temático “Implementação” foram organizadas de forma que dados essenciais para sua contextualização fossem mais facilmente acessados, e as particularidades presentes em cada artigo listadas. As informações sobre local onde foi realizada a pesquisa, número e profissão de entrevistados foi exposta e comparada entre si. Em um segundo momento foram apontadas de que maneiras a adoção de PICS tem se dado e quais benefícios são mencionados em relação a elas por ambos profissionais e usuários. Por fim, realiza-se o confronto os dados trazidos por pesquisadores com as publicações oficiais do Ministério da Saúde e leis que organizam o uso de práticas integrativas e complementares.

RESUME

This concluding work of the Psychology course deals with a bibliographic review on integrative and complementary practices performed in primary health care from 2006, when the first of these practices were incorporated into the Unified Health System. The material obtained was classified in ten thematic axes. One of these thematic axes has been partially defined for further study in this document. The information obtained in all articles of the thematic axis “Implementation” was organized in such a way that data essential for its context were more easily accessed, and the particularities present in each article listed. Information about where the survey was conducted, number and profession of respondents was exposed and compared with each other. In a second moment, they were pointed in what ways the adoption of PICS has been given and what benefits are mentioned in relation to them by both professionals and users. Finally, the data brought by researchers are compared with the official publications of the Ministry of Health and laws that organize the use of integrative and complementary practices.

Palavras-chave: “práticas integrativas”, “medicina tradicional”, “terapias complementárias”, “complementary therapies”, “medicine, traditional”, “Sistema Único de Saúde”, “atenção primária à saúde”, “saúde pública”, “sistema unico de salud”, “atención Primaria de Salud”, “Salud Pública”, “unified health system”, “Primary Health Care”, “Public Health”.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3. METODOLOGIA	15
4. RESULTADOS	16
5. DISCUSSÃO	19
5.1 Disponibilidade de Informações nas Bases de Dados Segundo Títulos	19
5.2 Delineamento de Territórios e Entrevistados	20
5.3 Apresentação e Comparação de Vantagens e Desvantagens	23
5.4 Dificuldades Relatadas e Proposições Trazidas por Pesquisadores	25
6. A PSICOLOGIA E AS PRATICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE.....	33
6.1 Delineando a Demanda de PICS.....	34
6.2 Conflito de Interesses	35
6.3 Entre Concepções e Crenças	37
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
8. BIBLIOGRAFIA	41

APRESENTAÇÃO

Há uma entrevista que vi há muito tempo do Tom Zé em que ele dizia como os livros eram prejudiciais à cultura. Eu não me lembro quais palavras exatamente ele usou na ocasião, mas o argumento era de que estamos num movimento de escrever e descrever o que chamamos de cultura, e uma vez que a “cultura” esteja protegida em um livro, podemos esquecê-lo numa prateleira e nos ocupar com outra coisa.

Falar sobre as PICS, com esta concepção em mente, é como caminhar em duas direções diferentes ao mesmo tempo. Por um lado, é uma tentativa de me aproximar de um tipo específico de conhecimento que já não é extensamente transmitido, mas fazendo justamente o que Tom Zé havia falado: “proteger” a cultura em um “livro”, que uma vez estando numa prateleira matará a cultura nele contida.

Na minha infância tive bastante contato com medicina alternativa, mas nunca havia chamado assim até a faculdade. Além simpatias, chás e orações minha avó era benzedeira e por já estar aposentada quando eu nasci, se dedicava integralmente a estes costumes, com isso, ela estava muito mais inserida no círculo social da vizinhança do que eu jamais estive. Como a vida da minha mãe era mais voltada ao trabalho formal, era como se houvesse um tipo de limite diferenciando que tipo de conhecimentos e tratamentos cada geração priorizava.

Por muito tempo não tive nenhum contato com esta temática até os últimos anos, em que 24 das 29 práticas integrativas e complementares foram implementadas ao SUS e esta discussão foi retomada. Encontrei-me na posição de me opor categoricamente à adoção destas práticas, principalmente na saúde pública, baseado no pensamento cientificista de que uma pessoa que busca ajuda deve ter um tratamento que comprovadamente apresente uma taxa de melhora substancialmente mais alta que o placebo, ainda mais se o tratamento em questão envolve dinheiro proveniente de gestão pública.

Por outro lado, além das questões próprias da medicina tradicional cada vez mais evidentes, não há porque se opor às pessoas fazerem algo que as permita sentirem-se bem, além de o conhecimento científico se propor a ser mutável conforme novas noções são estabelecidas ao invés de indiscutível. Portanto me ponho a partir de agora, no decorrer da escrita deste trabalho, na posição de estar aberto aos conhecimentos não validados academicamente, procurando reconhecer também seu valor social e/ou cultural sem perder de vista o aspecto ético e político de apoiar e adotar tratamentos seguros e resolutivos.

1. INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) são o conjunto de práticas, atividades e saberes relativos ao cuidado e ao processo de saúde-doença que não fazem parte da medicina convencional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere-se a este tipo de tratamento como Medicina Tradicional e Medicina Complementar desde 1979 (Ministério da Saúde PNPICS, 2006), definindo-os como tratamentos baseados em crenças ou cultura, que incluem (ou não) utilização de ervas, partes de animais ou minerais e práticas diversas (yoga, acupuntura, terapias espirituais) não reconhecidas pela medicina convencional, definição reiterada por Souza e Tesser (2017) e Zeni et al (2017).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS), aprovada pela Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006 (BRASIL, 2006), definiu procedimentos baseados em medicina não convencional que passaram a fazer parte do universo de tratamentos que podem ser oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente eram apenas cinco, mais 14 foram adicionados em 2017 e 10 em 2018, totalizando 29 na presente data.

Abaixo está um quadro contendo a definição fornecida pelo próprio Ministério da Saúde em “Glossário Temático: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde”. Este glossário é de acesso, reprodução e distribuição irrestrita.

Quadro 1 – Glossário Temático sobre Práticas Integrativas e Complementares

Prática	Definição
Acupuntura	Técnica terapêutica que promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo por meio de estímulos nos pontos energéticos localizados na orelha – onde todo o organismo se encontra representado como um microssistema.
Antroposofia	Filosofia caracterizada como um processo de conhecimento da natureza do ser humano e do universo, que vincula o método científico convencional ao espiritual.
Apiterapia	Prática terapêutica que consiste em usar produtos derivados de abelhas como apitoxinas, mel, pólen, geleia real, própolis.
Aromaterapia	Prática terapêutica que utiliza as propriedades dos óleos essenciais para recuperar o equilíbrio e a harmonia do organismo visando à promoção da saúde física e mental.
Arteterapia	Prática expressiva artística, visual, que atua como elemento terapêutico na análise do consciente e do inconsciente, favorecendo a saúde física e mental do indivíduo.

Ayurveda	Abordagem terapêutica de origem indiana, segundo a qual o corpo humano é composto por cinco elementos – éter, ar, fogo, água e terra –, os quais compõem o organismo, os estados energéticos e emocionais e, em desequilíbrio, podem induzir o surgimento de doenças.
Biodança	Prática expressiva corporal que promove vivências integradoras por meio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, visando restabelecer o equilíbrio afetivo e a renovação orgânica, necessários ao desenvolvimento humano.
Bioenergética	Visão diagnóstica que, aliada a uma compreensão etiológica do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, por exemplo, os movimentos sincronizados com a respiração.
Constelação familiar	Método psicoterapêutico de abordagem sistêmica, energética e fenomenológica, que busca reconhecer a origem dos problemas e/ou alterações trazidas pelo usuário, bem como o que está encoberto nas relações familiares para, por meio do conhecimento das forças que atuam no inconsciente familiar e das leis do relacionamento humano, encontrar a ordem, o pertencimento e o equilíbrio, criando condições para que a pessoa reorienta o seu movimento em direção à cura e ao crescimento.
Cromoterapia	Prática terapêutica que utiliza as cores do espectro solar – vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, anil e violeta – para restaurar o equilíbrio físico e energético do corpo
Dança circular	Prática expressiva corporal que utiliza a dança de roda, o canto e o ritmo para promover a integração humana, o auxílio mútuo e a igualdade visando ao bem-estar físico, mental, emocional e social.
Fitoterapia	Estudo das plantas medicinais e suas aplicações na promoção, na proteção e na recuperação da saúde.
Florais	Prática terapêutica que utiliza essências derivadas de flores para atuar nos estados mentais e emocionais.
Geoterapia	Prática terapêutica natural que consiste na utilização de argila, barro e lamas medicinais, assim como pedras e cristais (frutos da terra), com objetivo de amenizar e cuidar de desequilíbrios físicos e emocionais por meio dos diferentes tipos de energia e propriedades químicas desses elementos.
Hipnoterapia	Conjunto de técnicas que, por meio de intenso relaxamento, concentração e/ou foco, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permita alterar uma ampla gama de condições ou comportamentos indesejados, como medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas.
Homeopatia	Abordagem terapêutica de caráter holístico e vitalista que vê a pessoa como um todo, não em partes, e cujo

	método terapêutico envolve três princípios fundamentais: a Lei dos Semelhantes; a experimentação no homem sadio; e o uso da ultradiluição de medicamentos.
Imposição de mãos	Prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença.
Ioga	Prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação.
Meditação	Prática mental individual que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior.
Musicoterapia	Prática expressiva que utiliza basicamente a música e/ou seus elementos no seu mais amplo sentido – som, ritmo, melodia e harmonia –, em grupo ou de forma individualizada.
Naturopatia	Prática terapêutica que adota visão ampliada e multidimensional do processo vida-saúde doença e utiliza um conjunto de práticas integrativas e complementares no cuidado e na atenção em saúde.
Osteopatia	Prática terapêutica que adota uma abordagem integral no cuidado em saúde e utiliza várias técnicas manuais – entre elas, a da manipulação do sistema musculoesquelético (ossos, músculos e articulações) – para auxiliar no tratamento de doenças.
Ozonoterapia	Não há definição de “ozonoterapia” no glossário referido.
Quiropraxia	Prática terapêutica que atua no diagnóstico, no tratamento e na prevenção das disfunções mecânicas do sistema neuromusculoesquelético e seus efeitos na função normal do sistema nervoso e na saúde geral.
Reflexoterapia	Prática terapêutica que utiliza os microssistemas e pontos reflexos do corpo, existentes nos pés, nas mãos e nas orelhas, para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento.
Reiki	Prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital, visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental.
Shantala	Prática terapêutica que consiste na manipulação (massagem) do corpo do bebê pelos pais, favorecendo o vínculo entre estes e proporcionando uma série de benefícios em virtude do alongamento dos membros e da ativação da circulação.

Terapia Comunitária Integrativa	Prática terapêutica coletiva que envolve os membros da comunidade numa atividade de construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades.
Termalismo	Prática terapêutica que consiste no uso da água com propriedades físicas, térmicas, radioativas e outras – e eventualmente submetida a ações hidromecânicas –, como agente em tratamentos de saúde.

Fonte: Glossário Temático Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

A inclusão destes tratamentos ocorre pois o Ministério da Saúde (2006) reconhece que PICS já estavam sendo desenvolvidas ou estimuladas/recomendadas em localidades esparsas “sem diretrizes específicas, de maneira desigual, descontinuado e, muitas vezes, sem o devido registro, fornecimento adequado de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação” (BRASIL, 2006, p. 4).

Esta política foi baseada, segundo a primeira edição do caderno de PNPICS disponibilizado pelo próprio Ministério da Saúde, nas discussões e apresentações ocorridas nas Conferências Nacionais de Saúde, na 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, na 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Em comum, estes eventos reconheceram que PICS apresentam vantagens em relação à medicina convencional, como a adesão facilitada ao tratamento, pois supõe o entendimento do indivíduo em sua integralidade, tornando o atendimento menos mecânico, invasivo e intervencionista. Além disso, a escuta e o cuidado ampliados melhoram a relação médico-paciente e abrem espaço para negociações sobre o tratamento, incentivam a participação do munícipe, seu protagonismo e a significação tanto da experiência quanto do processo saúde-doença (FAQUETI, TESSER, 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; ZENI et al, 2017). Ademais das características positivas a nível social, as PICS em geral também apresentam custo mais baixo em relação aos tratamentos farmacológicos. Tais características, que se apresentam como argumentos favoráveis à incorporação das PICS ao SUS, estão em plena concordância com os princípios definidos pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 de assistência universal, integral, contínua e resolutiva. Segundo o Ministério da Saúde, em seu portal, os recursos de uso autorizado pela PNPICS “buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019) apesar de críticas por parte do Conselho Federal de Medicina afirmando que tais práticas não

deveriam compor o escopo da saúde pública por não terem suas bases científicas completamente solidificadas.

Apesar das questões técnico-científicas inerentes à formalização do uso de conhecimentos ditos populares, a revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Psicologia ocorrida em 2018 não é desfavorável ao uso destas práticas pois exprime em seu artigo 4º que a formação em Psicologia, dentre outras características, deve ser “reflexiva, democrática e laica” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018, p. 114). Além disso, as DCN reconhecem a diversidade de perspectivas epistemológicas e a interlocução com campos de conhecimento necessárias para a apreensão da complexidade do fenômeno psicológico e suas interfaces biológicas, sociais, culturais, históricas, políticas e ambientais (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

Mesmo pessoas formadas anteriormente a esta revisão, devem apresentar postura correspondente ao trazido por ela, por exemplo a defesa e promoção de políticas públicas e o entendimento da pessoa em sua integralidade, respeitando suas condições pessoais e determinantes sociais, políticos e históricos.

O curso de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), para fornecer a interdisciplinaridade exigidas atualmente do nível superior de ensino de profissões da área da Saúde, é estruturado em forma de “módulos” ao invés de matérias. Isso significa que estas unidades curriculares podem ser cursadas em diferentes ordens e ministradas por diferentes professores sem prejuízos. Há módulos agrupados entre si no que são chamados Eixos, que contemplam um tipo específico de conhecimento. Em três dos quatro eixos que fazem parte do curso em questão as turmas são compostas por alunos de diferentes cursos de graduação presentes no Instituto de Saúde e Sociedade

Um destes eixos, denominado Trabalho em Saúde, debate majoritariamente questões relacionadas ao SUS, fornecendo inclusive a oportunidade de os alunos passarem por vivências em equipamentos de saúde desde o primeiro semestre. Este entrelace entre ensino, convivência interdisciplinar e prática corresponde ao Projeto Político-Pedagógico (PPP) do curso, que assume a inter-relação entre fatores sociais e ambientais para propor que formação possibilite o trabalho interdisciplinar, “tendo como foco o indivíduo, suas singularidades, e considerando suas inter-relações sócio-histórico-culturais” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2016, p. 29). Os objetivos do curso, segundo o PPP, estão em acordo com as DCN e também falam sobre compreender processos com interfaces em diferentes instâncias

(sociais, econômicas, políticas, culturais), sobre reconhecimento e validação de diversidade, abrindo precedente para que o debate sobre PICS seja proposto de forma ética

Para além da concepção de saúde como ausência de doença e da discussão de psicólogos devem aplicar determinados tratamentos, a Psicologia tem a capacidade, talvez o dever, de discutir e procurar compreender qual o papel social e cultural das PICS, se exercem efeitos sobre autoimagem, sociabilidade e se, enquanto tratamento formal, aproximam usuários e trabalhadores do SUS. Estes são apenas alguns exemplos de direções que podem ser tomadas ao ter as PICS como objeto de estudo, pois uma vez que tenham sua eficácia comprovada, estas práticas podem muito facilmente ser usadas apenas como mais uma ferramenta de medicalização. Portanto, o levantamento sobre a forma como as PICS tem sido implementadas no Brasil, assim como as discussões provenientes deste processo são relevantes para a formação pois mobilizam a forma de pensar e atuar a Psicologia no campo em questão, que está em total conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Psicologia e o Projeto Político Pedagógico do curso de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver uma revisão bibliográfica sobre como se deu o processo de inclusão de Práticas Integrativas e Complementares no escopo de tratamentos disponibilizados no Sistema Único de Saúde brasileiro, como as especificidades locais influenciaram este processo e como diferentes equipamentos de saúde apropriaram-se desta possibilidade. Analisar possíveis diferenças presentes em publicações oficiais e dados obtidos por pesquisadores, bem como se houve resposta ou adaptação por parte de órgãos do governo para a facilitação do processo em questão.

2.2 Objetivos Específicos

Pensar como os conselhos Federal e Regional de Psicologia lidam com o saber proposto pelas Práticas Integrativas e Complementares e que aproximações podem ser feitas em um ambiente que tende cada vez mais à interdisciplinaridade ao pensar questões como reconhecimento social e simbolização no processo saúde-doença sem que se perca a especificidade da profissão psicológica.

3. METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada utilizando como palavras-chave a nomenclatura adotada pelo Ministério da Saúde e a nomenclatura adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e como descritores os termos relevantes listados pelo portal Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), incluindo seus equivalentes em inglês e espanhol. Os termos encontrados foram combinados entre si em pares onde a primeira parte se refere ao tratamento (Práticas Integrativas, Práticas Complementares, Medicina Tradicional, Medicina Complementar, Terapias Complementares) e a segunda parte à disponibilidade (Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Saúde Pública).

As seguintes bases de dados foram consultadas em agosto de 2019: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LiLACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Medicinas Tradicionales Complementarias e Integrativas (MTCI). A plataforma Endnote foi utilizada para organizar os resultados encontrados.

Foram desconsideradas publicações anteriores ao ano de 2006, de língua estrangeira além de inglês ou espanhol, estudos *in vitro* ou *in vivo*, descrições e análises de processos físico-químicos a nível microscópico, discussões e estudos voltados ao currículo de cursos superiores diversos, tratamentos não oferecidos pelo SUS, estudos realizados em equipamentos de saúde que não de atenção primária, estudos sobre territórios não brasileiros, avaliação de eficácia, cartas e resenhas.

Os artigos remanescentes foram separados em dez eixos temáticos a partir da leitura de seus resumos: Conceitos, Críticas, Disciplinas, Formação em PICS, Implementação, Indígena, Normativas, Práticas Realizadas no SUS, Saúde Mental, Trabalho Interdisciplinar. Os eixos Implementação e Práticas Realizadas no SUS serão tomados como base para as discussões propostas. Os textos destes eixos foram lidos na íntegra para a obtenção das informações que serão discutidas e comparadas a seguir.

4. RESULTADOS

Esta busca gerou um total de 3588 resultados não duplicados. Sendo 2137 na LiLACS, 1133 na MTCI, 301 na SciELO e 17 na BVS. A diferença na quantidade de resultados listados ocorre, pois, ao excluir duplicatas, apenas a listagem mais antiga foi mantida, refletindo somente a ordem em que tais bases de dados foram consultadas não correspondendo necessariamente a quantidade de publicações disponíveis em cada uma. Destes, apenas 2144 tinham o texto integral disponível, porém 358 só poderiam ser acessados mediante pagamento. Os 1788 resultados remanescentes foram filtrados e categorizados conforme os critérios de inclusão e exclusão listados no item anterior, Metodologia, mantendo-se apenas 67 destes resultados. A seguir um quadro sobre o que define os eixos e a quantidade de publicações em cada um deles.

Quadro 2 – Definições de eixos temáticos

Eixo temático		Publicações	Definição
Conceito		1	Definições relacionadas a PICS.
Críticas		2	Desvantagens e falhas no uso de PICS.
Disciplinas		6	Como disciplinas ou abordagem ligadas à área da saúde ao lidam ou interagem com PICS.
Formação em PICS		1	Potenciais e necessidades de um curso voltado à utilização de PICS.
Implementação		19	Implementação de PICS no SUS, além da visão e experiência de ambos profissionais e usuários.
Indígena		5	Especificidades incorporadas pelo SUS ao lidar com esta população especificamente.
Normativas		2	Recomendações, normas e regras sobre o uso de PICS. Leis brasileiras se encaixam nesta categoria apesar de não constarem como publicação nos bancos de dados.
Práticas Realizadas no SUS	Acupuntura	5	PICS oferecidas no SUS.
	Ayurveda	3	
	Fitoterapia	13	
	Homeopatia	4	

	Ioga	1	
	Reiki	1	
	Terapia Comunitária	1	
Saúde Mental		1	PICS utilizadas como estratégia para lidar com questões graves da Saúde Mental.
Trabalho Interdisciplinar		2	Como o funciona o trabalho de equipes formadas por profissionais de diferentes formações em relação ao uso de PICS.

Os artigos inclusos na categoria Implementação estão expostos na tabela a seguir contendo nome e ano de publicação, organizados em ordem alfabética.

Quadro 3 – Artigos do eixo Implementação e anos de publicação

Título Do Artigo	Ano de publicação
As Práticas Integrativas E Complementares Grupais E Sua Inserção Nos Serviços De Saúde Da Atenção Básica	2016
Atenção Farmacêutica E Práticas Integrativas E Complementares No SUS: Conhecimento E Aceitação Por Parte Da População Sãojoanense	2011
Avaliação Do Grau Da Implantação Das Práticas Integrativas E Complementares Na Atenção Básica Em Santa Catarina, Brasil	2017
Medicalização Social E Medicina Alternativa E Complementar: Pluralização Terapêutica Do Sistema Único De Saúde	2008
Medicina Complementar E Alternativa Na Rede Básica De Serviços De Saúde: Uma Aproximação Qualitativa	2008
Medicina Tradicional E Complementar No Brasil: Inserção No Sistema Único De Saúde E Integração Com A Atenção Primária	2017
O Conhecimento De Gestores Municipais De Saúde Sobre A Política Nacional De Prática Integrativa E Complementar E Sua Influência Para A Oferta De Homeopatia No Sistema Único De Saúde Local	2011
O Desafio Municipal De Inserção Da Medicina Integrativa Na Saúde Pública: Um Olhar Para As Práticas De Strategizing E Organizing	2019
Percepção De Médicos E Enfermeiros Da Estratégia De Saúde Da Família Sobre Terapias Complementares	2011
Política De Práticas Integrativas Em Recife: Análise Da Participação Dos Atores	2011
Práticas De Cuidado Em Relação À Dor – A Cultura E As Alternativas Populares	2008
Práticas Integrativas E Complementares: Conhecimento E Credibilidade De Profissionais Do Serviço Público De Saúde	2017
Práticas Integrativas E Complementares E Relação Com Promoção Da Saúde: Experiência De Um Serviço Municipal De Saúde	2013
Práticas Integrativas E Complementares Na Atenção Primária À Saúde Brasileira	2018
Práticas Integrativas E Complementares No Cuidado De Enfermagem: Um Enfoque Ético	2013
Práticas Integrativas E Complementares: Oferta E Produção De Atendimentos No	2012

SUS E Em Municípios Seleccionados	
Papel Das Práticas Complementares Na Compreensão Dos Profissionais Da Atenção Básica: Uma Revisão Sistemática*	2014
Um Método Para A Implantação E Promoção De Acesso Às Práticas Integrativas E Complementares Na Atenção Primária À Saúde	2012
Utilização De Medicinas Alternativas E Complementares Na Atenção Primária À Saúde De Florianópolis/SC, Brasil: Percepção De Usuários	2016

5. DISCUSSÃO

Convém, em primeiro lugar, expor os termos utilizados para que as informações obtidas até o momento sejam tratadas sob a mesma concepção, procurando estabelecer correlações e equivalências adequadas. “Atenção básica” e “atenção primária” são tratadas aqui como sinônimo.

De acordo com Galhardi et al. (2013), “implantação” refere-se apenas a quando determinado tratamento, neste caso as PICS, passa a estar disponível e “implementação” a quando a instituição está organizada de forma que este tratamento esteja não apenas disponível, mas que também faça parte de seu fluxo. Também em Tesser e Barros (2008) há a clarificação do uso de alguns termos em relação às PICS: “complementar” refere-se à práticas utilizadas junto a tratamentos biomédicos, “alternativas” quando as práticas são utilizadas no lugar de tratamentos biomédicos e “integrativas” quando “baseadas em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade” (TESSER e BARROS, 2008, p. 3).

5.1 Disponibilidade de Informações nas Bases de Dados Segundo Títulos

Dentre todos os resultados encontrados, há temas que se repetem à exaustão. Por exemplo, publicações sobre eficácia ou eficiência de tratamentos complementares e seus resultados em relação a determinadas doenças ou condições, que segundo (TESSER et al, 2018) vêm crescendo. Por mais que esta pesquisa não tenha seguido por esta vertente, a grande quantidade de estudos voltados a isto pode ser um indicativo sobre a incerteza do funcionamento de PICS. Por outro lado, há também muitos pesquisadores que se dedicaram a isolar princípios ativos de remédios caseiros em diferentes lugares do mundo, possivelmente buscando comprovação científica de efeitos sentidos na prática.

Ambos os termos “tratamento complementar” e “terapia complementar”, utilizados como descritores na busca retornaram resultados genéricos ou não associados ao tema proposto, uma vez que em muitos casos se referem a tratamentos realizados concomitantemente ao medicamentoso, como a prática de exercícios físicos em caso de hipertensão. A segunda dificuldade encontrada foi a falta de conhecimento sobre diferentes sistemas de saúde ao redor do mundo, que poderia ter incluso resultados obtidos em situação análoga ao SUS.

5.2 Delineamento de Territórios e Entrevistados

As pesquisas utilizaram dados de 13 municípios diferentes, sendo que dois deles tiveram seus nomes omitidos: Araporã/MG, Belo Horizonte/MG, Campinas/SP, Florianópolis/SC, Itumbiara/GO, Panamá/GO, Recife/PE, Rio de Janeiro/RJ, São João da Mata/MG, São Paulo/SP, Uberlândia/GO. Cinco estudos citaram dados referentes a Florianópolis, três citaram Campinas e três o Rio de Janeiro. Dois artigos realizaram estudos a nível estadual, referindo-se a São Paulo e Santa Catarina.

Dos cinco artigos que forneceram o número de unidades de saúde de nível primário que oferecem PICS em relação ao total do município, em média apenas 36% delas oferecem este tipo de tratamento, sendo a maior prevalência em Campinas onde 52 das 68 unidades dispõem de PICS (Nagai e Queiroz, 2011) e a menor em São João da Mata, onde o único centro de saúde, à época, não disponibilizava tratamentos por meio de PICS (Marques et al, 2011). Isso reflete o que foi observado por Losso e Freitas (2017) ao analisar a implementação de PICS em Santa Catarina. Segundo estes autores, “municípios pequenos e localizados em áreas remotas demonstraram (...) dificuldade de responder pelo conjunto de ações estipulado pela PNAB” (LOSSO e FREITAS, 2017, P. 10) pois municípios maiores dispõem de mais recursos tanto financeiros quanto político-institucionais, que também converge com o encontrado por Marques et al (2011) em São João da Mata/MG, município de pequeno porte onde o único centro de saúde não oferecia PICS. Outra observação importante é que municípios adjacentes (principalmente conurbados) tendem a apresentar oferta semelhante de PICS, e a hipótese levantada pelos autores é que as PICS se espalhem também por experiências positivas.

Dentre todos os artigos utilizados, foram entrevistados cinco acupunturistas, 16 agentes comunitários de saúde, um antropofísico, 10 assistentes sociais, três auxiliares de enfermagem, três biomédicos, 14 dentistas, 146 enfermeiros, oito educadores físicos, 11 farmacêuticos, 13 fisioterapeutas, um fitoterapeuta, três fonoaudiólogos, seis homeopatas, 127 médicos, 13 nutricionistas, 19 psicólogos, um reikiano, um sociólogo, dois terapeutas holísticos, três terapeutas ocupacionais, três veterinários e dez profissionais atuantes na área da saúde não especificados; 34 gestores, 2 assessores técnicos, 5 coordenadores, um conselheiro municipal de saúde, um representante local do Conselho Regional de Medicina, um representante civil da Comissão Consultiva de Práticas Integrativas e Complementares e 151 usuários. As bases de dados consultadas pelos autores foram Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), Tabnet, DataSUS,

Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), PubMed, CINAHL, PeriEnf, AMED, EMBASE, Web of Science, PsicoInfo e PsicoDoc; e os documentos utilizados foram relatórios do Ministério da Saúde e de Secretarias da Saúde, bem como atas de Conselhos de Saúde.

Dentre os profissionais entrevistados, o número de médicos e enfermeiros é esmagadoramente maior que de outras profissões isso se deve a dois motivos principais. O primeiro é que uma das pesquisas foi dedicada exclusivamente a percepção destes profissionais em relação ao uso de PICS e o número de entrevistados foi alto, o segundo motivo, e provavelmente mais importante, é a posição ambígua da classe médica em relação ao uso de tratamentos alternativos. O Conselho Federal de Medicina (CFM) se posiciona contra, como demonstrado por Thiago e Tesser (2011) na transcrição da nota emitida em 2006 no jornal do CFM

[O CFM] repudiada portaria que autoriza aplicação de técnicas ‘alternativas’ pelo SUS’ com base nos argumentos da invasão de atividades privativas de médicos por não-médicos e da falta de comprovação científica para as PIC (p. 6-7).

Esta desaprovação foi reiterada em nota emitida no dia 12 de março de 2018 pelo CFM, referindo-se a PICS como “prática que não possui embasamento científico” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018), e que mesmo as práticas adotadas como especialidades médicas não são aplicadas como propostas pela PNPICS. Uma nota emitida pela Associação Brasileira de Física também em 2018, logo após a inclusão de novos tratamentos ocorrida naquele ano, denomina estas práticas como “pseudociência” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FÍSICA, 2018). Esta oposição ao uso de PICS foi encontrado em Marques et al (2011) onde um dos três médicos entrevistados não recomenda as práticas por não serem cientificamente comprovadas, em Tesser e Barros (2008) onde praticamente a classe médica se mostrou oposta ao uso de medicinas alternativas, Nagai e Queiroz (2011) encontrou posições contrárias ao uso da homeopatia devido a não cientificidade, os entrevistados por Pinhal e Borges (2019) percebem que para profissionais biomédicos veem a medicina integrativa como pouco eficaz e em Gontijo e Nunes (2017), dentre os profissionais que afirmaram conhecer PICS, 55% ou mais afirmaram que três das quatro práticas mencionadas no estudo não têm credibilidade. Por outro lado, há médicos de opinião favorável à implantação de tais práticas, como demonstrado em Marques et al (2011), onde um dos três médicos entrevistados disse ser a favor do uso de PICS, em Nagai e Queiroz (2011) onde médicos disseram ver alguma eficácia na fitoterapia com menor possibilidade de efeitos colaterais e interações medicamentosas, além de haver unanimidade na aceitação da

acupuntura e em Thiago e Tesser (2011) que entre médicos e enfermeiros encontrou 59,9% de respostas positivas sobre funcionamento. Apesar deste tensionamento, não foram relatadas posições oficialmente expressas contrárias a adoção de PICS por conselhos outras profissões.

20 das 29 PICS compreendidas pela PNPICS foram mencionadas nestes estudos, sendo elas: homeopatia nove vezes; acupuntura oito vezes; fitoterapia/plantas medicinais sete vezes; florais, ioga e crenoterapia/termalismo três vezes; antroposofia, arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação e terapia comunitária duas vezes; geoterapia, musicoterapia, naturopatia, quiropraxia, reflexologia, reiki e shantala, uma vez. Há práticas citadas que não foram contempladas pela versão mais recente da política nacional: auriculoterapia, dança, do in, ginástica, liang gong, massoterapia, oficina de memória, qi gong, relaxamento, shiatsu, sistema rio aberto, tai chi chuan, talassoterapia, teatro do oprimido, termalismo social e práticas grupais diversas (suporte mútuo, cuidadores de Alzheimer, proza de mulher, bordadeiras, caminhadas, idosos, contação de história). Também duas práticas nomeadas de forma ambígua: práticas corporais e medicina chinesa, que podem incluir diferentes atividades.

As práticas não mencionadas foram apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, osteopatia e ozonoterapia. Oito destas nove estão contidas Portaria nº 702, de 21 de março de 2018, que propunha a integração de nove novas práticas, o que poderia nos levar a acreditar que o menor número de publicações tenha relação com a questão cronológica. Porém, a PNPICS (BRASIL, 2006) afirma que tal política foi delineada objetivando fornecer insumos e ações de acompanhamento e avaliação para práticas que já ocorriam no SUS “de forma desigual, descontinuado, e muitas vezes, sem o devido registro” (BRASIL, 2006, p.4) e cujo processo de legitimação demandava institucionalização.

Portanto, apesar de a PNPICS trazer visibilidade à grande parte das práticas listadas incluindo-as nos sistemas utilizados pelo SUS (PINHAL e BORGES, 2019; SOUZA et al, 2012), o fato de quase um terço das PICS sequer terem sido citadas e o número de práticas mencionadas que não fazem parte da PNPICS ser quase o mesmo das que fazem – ou maior, se cada prática grupal for contada individualmente – pode indicar que da criação da política até agora houve um distanciamento entre os agentes que a elaboraram e o dia-a-dia das unidades em contato direto com a população, o que converge com que foi observado por Santos et al (2011). Estes classificaram o processo de implantação de PICS no serviço de atenção primária de Recife como elitista, segundo adaptação do método proposto por Eden

(1996), pois foi idealizada e executada por um grupo diminuto de atores. Devido a diferentes quantidades de poder e interesse, por mais que alguns sujeitos fossem ouvidos em algum nível, não havia possibilidade de interferir diretamente.

É importante notar que nos trabalhos “Práticas Integrativas e Complementares: Conhecimento e Credibilidade de Profissionais do Serviço Público de Saúde” e “Práticas Integrativas e Complementares no Cuidado de Enfermagem: Um Enfoque Ético” dados obtidos em hospitais foram tratados em conjunto com os obtidos na atenção básica, mas foram mantidos apesar da filtragem descrita no item “3. Metodologia” por estarem de acordo com os demais parâmetros e apresentarem informações relevantes para o desenvolvimento da discussão aqui proposta.

5.3 Apresentação e Comparação de Vantagens e Desvantagens

Treze dos dezenove artigos listam vantagens na utilização de PICS em relação à medicina convencional. Dentre as vantagens mencionadas, a mais recorrente – presente em onze trabalhos - diz respeito ao vínculo médico-paciente, seja sua ressignificação ou seu estreitamento (BUDÓ et al, 2008; FAQUETI e TESSER, 2018; GALHARDI et al, 2013; GONTIJO e NUNES, 2017; MAGALHÃES e ALVIM, 2013; NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2016; PINHAL e BORGES, 2019; SANTOS e TESSER, 2012; TESSER e BARROS, 2008; TESSER et al, 2018; THIAGO e TESSER, 2011). É possível que muitas das outras vantagens possam ser decorrentes ou possibilitadas por este vínculo reforçado, como: a escuta acolhedora, a humanização da atenção, a facilitação da significação e da experiência do processo de adoecimento e o estímulo à participação ativa, autonomia e autocuidado, portanto, a autocura do paciente.

As PICS se pautam em uma visão integral do indivíduo, menos mercantilizada (GONTIJO e NUNES, 2017), voltada para a prevenção de agravos (LIMA et al, 2014) e levando em conta aspectos biopsicossociais, como mencionado por Faqueti e Tesser (2018), Galhardi et al (2013), Magalhães e Alvim (2013), Nascimento e Oliveira (2016), Tesser e Barros (2008) e Thiago e Tesser (2011). Essa visão ampliada do processo saúde-doença é compatível com os fundamentos do SUS (NAGAI e QUEIROZ, 2011): resolubilidade com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade, controle e participação social, além de valorizarem saberes não biomédicos (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2016; TESSER et al, 2018). Seu uso faz com que pacientes diminuam sua dependência de medicamentos e tecnologias (GALHARDI et al, 2013; GONTIJO e NUNES, 2017; NASCIMENTO e

OLIVEIRA, 2016; PINHAL e BORGES, 2019; SANTOS e TESSER, 2012; TESSER e BARROS, 2008; THIAGO e TESSER, 2011), com isso, a fila para outros atendimentos diminui (PINHAL e BORGES, 2019). Ademais, têm baixo custo para implantação e uso (GONTIJO e NUNES, 2017; PINHAL e BORGES, 2019; SANTOS e TESSER, 2012) e menor potencial de dano (GONTIJO e NUNES, 2017; TESSER et al, 2018; THIAGO e TESSER, 2011). Além do mais, o tratamento com Práticas Integrativas e Complementares, em geral, são mais bem aceitas pela população (TESSER et al, 2018).

Complementarmente às vantagens apresentadas, há dificuldades presentes no atendimento convencional que também incentivam, indiretamente, o crescimento do uso de PICS. Este atendimento é visto, principalmente, como invasivo (FAQUETI e TESSER, 2018; GONTIJO e NUNES, 2017; SANTOS e TESSER, 2012; TESSER et al, 2018; THIAGO e TESSER, 2011), mas também mecanicista (FAQUETI e TESSER, 2018; GONTIJO e NUNES, 2017), intervencionista (FAQUETI e TESSER, 2018) e caro (GONTIJO e NUNES, 2017; TESSER e BARROS, 2008; THIAGO e TESSER, 2011), de modo que o uso cada vez maior de tecnologias distancia profissional e paciente (GONTIJO e NUNES, 2017; SANTOS e TESSER, 2012; TESSER e BARROS, 2008; TESSER et al, 2018; THIAGO e TESSER, 2011) e coloca cada vez mais o foco na doença (FAQUETI e TESSER, 2018; GONTIJO e NUNES, 2017; THIAGO e TESSER, 2011), o que diminui a autonomia (TESSER e BARROS, 2008) e abre espaço para efeitos colaterais (FAQUETI e TESSER, 2018; MAGALHÃES e ALVIM, 2013) e/ou iatrogênicos (FAQUETI e TESSER, 2018; SANTOS e TESSER, 2012; TESSER et al, 2018; THIAGO e TESSER, 2011). Além disto, a consulta médica padrão ser o único trajeto possível para os usuários do SUS sobrecarrega o sistema (TESSER e BARROS, 2008). Casos não enquadráveis na nosologia comum são tratados como de menor importância e recebem nomenclaturas e tratamentos inespecíficos, portanto, ineficazes (NASCIMENTO E OLIVEIRA 2016; TESSER e BARROS, 2008).

Em contrapartida, nenhum artigo citou vantagens em relação ao uso da medicina convencional e apenas seis artigos citaram desvantagens no uso de PICS. Para Marques et al (2011, p. 7), um dos médicos afirmou que não indicaria o uso de PICS a seus pacientes por questões de eficácia e que poderia afetar negativamente o tratamento. A questão da eficácia também foi mencionada por Gontijo e Nunes (2017), Nagai e Queiroz (2011) e em Nascimento e Oliveira (2016) citando Luz (2014), que relacionam a percepção de ineficácia com a não cientificidade das PICS. Gontijo e Nunes (2017) citando Sales (2008) e Thiago e

Tesser (2011) identificaram que profissionais no meio universitário e em serviços públicos têm a percepção de que homeopatia serviria apenas para problemas banais.

Souza et al (2012) apontam que o risco de toxicidade e iatrogenia existem nas PICS, apesar de menores que na medicina convencional. Apesar disto, Gontijo e Nunes (2017) citam estudos em que a medicina alternativa apresenta resultados consistentes dentro do método científico e Tesser et al (2018) médicos em outros países que indicam especificamente tratamentos alternativos, o que pode sugerir que determinadas críticas às PICS tenham viés pessoal ou sejam tecidas sem a devida aproximação. Como para Gontijo e Nunes (2017), estudo que mostrou que a maioria dos profissionais que considerou PICS ineficientes estava no grupo que desconhecia a PNPICS, e para Thiago e Tesser (2011) que observaram que o desconhecimento sobre PICS poderia ser responsável por conceitos equivocados.

Percebe-se pelo destaque de características positivas em detrimento das negativas que as informações fornecidas aos leitores não estabelecem uma base de argumentação neutra. Assim, os artigos reunidos argumentam claramente a favor da implantação e implementação de PICS no SUS, esta tendência não é necessariamente uma crítica negativa, já que normativas estabelecidas pela PNPICS devem ser cumpridas, apesar das dificuldades encontradas no processo.

5.4 Dificuldades Relatadas e Proposições Trazidas por Pesquisadores

Foi apontado que parte das PICS são inseridas no SUS por iniciativa de alguns profissionais que conhecem estas práticas por experiência pessoal ou familiar e, em geral, buscam formação por conta própria (GONTIJO e NUNES, 2017; NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2016; PINHAL e BORGES, 2019; SOUZA e TESSER, 2017). Isso reflete relatos presentes em Faqueti e Tesser (2018), Galhardi et al (2013), Nascimento e Oliveira (2016), Pinhal e Borges (2019) e Tesser et al (2018), de que apesar de favorável, a PNPICS não define ações e recursos para a adoção das práticas.

Outro agravante em relação à PNPICS é a falta de conhecimento dos profissionais sobre ela: 17 dos 42 gestores entrevistados por Galhardi et al (2013) não a conheciam e 13 conheciam pouco; um dos três médicos entrevistados por Marques et al (2011) também não; na pesquisa de Thiago e Tesser (2011), 88,7% dos profissionais entrevistados afirmaram desconhecerem-na, apesar de grande parte apresentar interesse; em Gontijo e Nunes (2017) apenas 19 dos 118 profissionais consultados afirmaram que conheciam a PNPICS. A maioria dos

gestores que afirmaram conhecer pouco a PNPICS à ocasião da entrevista, consideraram que ela não influenciou na implementação de PICS em suas unidades (GALHARDI et al, 2013).

O último passo a ser dado antes de expor as proposições sobre implantação de PICS no SUS, é relatar as dificuldades encontradas nas diferentes maneiras que este processo ocorreu até o momento no Brasil. Dentre as citadas, a mais recorrente é a escassez ou falta de recursos humanos, relatada em cinco trabalhos (LIMA et al, 2014; NAGAI e QUEIROZ, 2011; NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2016; PINHAL e BORGES, 2019; SANTOS e TESSER, 2012). Em segundo, em quatro artigos diferentes, aparecem a precariedade na formação (NAGAI e QUEIROZ, 2011; NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2016; PINHAL e BORGES, 2019; SOUZA e TESSER, 2017), a falta de dados e comprovação científica (LIMA et al, 2014; MARQUES et al, 2011; PINHAL e BORGES, 2019; SANTOS e TESSER, 2012), a mudança do ciclo de governantes (GALHARDI et al, 2013; LOSSO e FREITAS, 2017; PINHAL e BORGES, 2019; SOUZA e TESSER, 2017) e a falta de recursos financeiros (GALHARDI et al, 2013; PINHAL e BORGES, 2019; SANTOS e TESSER, 2012; SOUZA e TESSER, 2017). A escassez ou falta de recursos humanos (NAGAI e QUEIROZ, 2011; NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2016; PINHAL e BORGES, 2019) de infraestrutura (NAGAI e QUEIROZ, 2011; NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2016; SANTOS e TESSER, 2012) e o uso das PICS segundo uma lógica produtivista que remunera por procedimentos e prioriza agilidade (GALHARDI et al, 2013; NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2016; PINHAL e BORGES, 2019) repetem-se três vezes cada.

Também são citadas a baixa avaliação e monitoramento (LIMA et al, 2014; SOUZA e TESSER, 2017) decorrente da pouca regulamentação (PINHAL e BORGES, 2019; SOUZA e TESSER, 2017), a dependência do protagonismo de profissionais (PINHAL e BORGES, 2019; SOUZA e TESSER, 2017), o desconhecimento de alguns profissionais (MARQUES et al, 2011; PINHAL e BORGES, 2019), o conflito entre paradigmas em relação à saúde (PINHAL e BORGES, 2019; SANTOS e TESSER, 2012), a falta de interdisciplinaridade (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2016), a dificuldade de reconhecimento frente à biomedicina (TESSER e BARROS, 2008), a tensão relacional criada pelo fato de alguns profissionais se oporem ao uso de PICS (PINHAL e BORGES, 2019), a associação das práticas com misticismo (TESSER e BARROS, 2008), a função incerta da classe médica em relação à PICS (PINHAL e BORGES, 2019), a ausência de apoio da gestão local (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2016), o risco do uso simplista (NAGAI e QUEIROZ, 2011), a verticalidade

entre profissional e paciente e o desconhecimento da população (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2016).

É válido ter em mente que apesar desta lista ter uma quantidade de itens facilmente enumeráveis, muitas destas dificuldades se apresentam de diversas formas, como exemplo temos as questões em relação a formação e aos recursos financeiros. A formação em PICS, além de presente em poucos espaços, estes são em sua maioria particulares, de ensino com pouco ou nenhum diálogo com a esfera pública e as necessidades do SUS. Os recursos financeiros são percebidos como difusos, incertos, fragmentado e motivo de dúvida de profissionais da área, a depender do entrevistado, sua função e como a pergunta foi estruturada, isso gera incerteza sobre a continuidade das práticas que estes profissionais venham a aplicar.

Em resumo, as PICS podem aparecer em diversos níveis de complexidade, mas são oferecidas em grande parte na atenção primária, principalmente via Estratégia Saúde da Família (ESF) segundo Souza e Tesser (2017), reafirmado por Gontijo e Nunes (2017), que relata que 72% das PICS ofertadas em Itumbiara, Panamá e Araporã estavam na atenção básica e com intensa participação da ESF. Santos e Tesser (2012) e Souza et al (2013) informam que este tipo de atendimento em Florianópolis acontece através da atuação de 112 equipes de ESF, também por Lima et al (2014), que demonstra dados de mais de 20% dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Belo Horizonte praticarem PICS. São aplicadas majoritariamente por profissionais híbridos – que possuem ambas formações em saúde e em uma ou mais práticas específicas (FAQUETI e TESSER, 2018), mas podendo também ser consideradas especialidade, sendo que Tesser et al (2018) declaram que os profissionais da ESF atuam como proteção contra fatores adversos de PICS por atuarem em interface com o conhecimento biomédico.

Tesser e Barros (2008) e Tesser et al (2018) alegam haver subnotificação das práticas, com a possibilidade levantada por Tesser et al (2018) de que possa ocorrer devido a profissionais da ESF realizando ações individualmente sem apoio ou ciência dos gestores, e por atuarem de maneira autônoma, se eles saem do serviço, as ações tendem a ser extintas e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) nem sempre é atualizado. Além disso, os dados do CNES e do Ministério da Saúde apresentam variações quanto à distribuição e oferta de PICS, que é indicio de frágil institucionalização.

Apesar da unânime argumentação a favor de seu uso, apenas sete destes artigos delineiam as demandas às quais seria indicada a aplicação de PICS. Faqueti e Tesser (2018),

Nascimento e Oliveira (2016), Souza e Tesser (2017) e Tesser e Barros (2008) mencionam queixas difusas, muitas vezes associadas a partes do corpo de pacientes que comumente buscam o atendimento biomédico como forma de validação social de seu sofrimento. Quadros iniciais de adoecimento também são referidos como favoráveis ao uso de PICS por Lima et al (2014), Souza e Tesser (2017) e Tesser et al (2018). Faqueti e Tesser (2018), Nagai e Queiroz (2011) e Souza e Tesser (2017) e relacionam queixas associadas a dores favoráveis a intervenção em PICS, sendo que Faqueti e Tesser (2018) também apontam problemas de ansiedade, humor e estresse associados ou não com outras doenças. Faqueti e Tesser (2018), Lima et al (2014) e Nascimento e Oliveira (2016) também se referem a doenças crônicas ou que necessitem de cuidado a longo prazo.

Uma vez que se tenha claro quais pacientes podem ser favorecidos pelo uso de PICS, torna-se de mais fácil apreensão para os profissionais envolvidos porque estes determinados tratamentos existem e estão sendo oferecidos, sem que seja extinto o espaço para possíveis discordâncias. Que se contrapõe ao encontrado por Souza e Tesser (2017), que veem uma lacuna sobre a função das PICS na rede básica de saúde, o que ocasiona ausência de uma agenda institucional e financiamento. Uma demonstração disto é que apenas São Paulo e Recife, dentre os municípios analisados, tinham metas estabelecidas em relação a PICS até 2014.

Assim, para que esta gama de tratamentos seja considerada implementada, devem fazer parte do fluxo da unidade, e estar disponível uma quantidade mínima de informação para que o usuário possa ao menos perguntar sobre elas. Pinhal e Borges (2019) compreendem que no processo ocorrido em Uberlândia, para que fosse efetuada a ampla utilização de PICS, houve diversas esferas em que ocorreram mudanças, não apenas na alocação de recursos e práticas de monitoramento, que são formas comuns pelas quais se espera que uma estratégia se torne uma prática, mas há também mudanças na organização, das quais os atores necessitam participar para que ocorra identificação, estabeleça-se uma identidade e uma cultura interna. Essa gama de características condiz com a diferenciação trazida por Galhardi et al. (2013) entre os usos das palavras implantação e implementação, sendo que neste caso estaríamos tratando verdadeiramente de implementação.

Santos et al (2011) classificam em quatro grupos, em adaptação ao método apresentado por Eden (1996), a participação dos agentes no andamento da implementação de PICS em Recife. Estes quatro grupos diferenciam-se entre si por apresentarem ou não duas características não mutuamente excludentes: interesse e poder. Este autor pôde identificar que

nem todos os grupos puderam agir ativamente neste movimento, sendo ele guiado em grande parte por grupos que dispunham de poder e interesse, como o Conselho Regional de Medicina e candidatos políticos, o que pode ser usado para definir o ocorrido como elitista. Santos et al (2011) mencionam que seria de grande proveito que a participação fosse a mais diversa o possível, esta diversidade seria condizente com a aproximação entre médico e paciente, justamente a vantagem das PICS em relação ao atendimento biomédico convencional mais citada, estando presente em Budó et al (2008), Faqueti e Tesser (2018), Galhardi et al (2013), Gontijo e Nunes (2017), Magalhães e Alvim (2013), Nascimento E Oliveira (2016), Pinhal e Borges (2019), Santos e Tesser(2012), Tesser e Barros (2008), Tesser et al (2018), e Thiago e Tesser (2011).

Os dados trazidos sobre como as PICS têm se apresentado são condizentes aos encontrados em São Paulo, Rio de Janeiro, Florianópolis e Recife por Souza e Tesser (2017), que também estruturam e discorrem sobre quatro formas em que as PICS se apresentavam no SUS até o momento da pesquisa. A primeira é via ESF, por meio de profissionais híbridos, ocorrendo paralela ou concomitantemente ao tratamento convencional. O mesmo profissional pode realizar ambos os atendimentos ou a PICS pode ser aplicada a cada retorno. É comum, segundo Souza e Tesser (2017), que os usuários peçam por atendimento biomédico, que a demanda seja muito alta para atendimento exclusivo por PICS e que a dependência muito alta da formação por conta própria do profissional fragilizem este meio de implementação.

A segunda maneira é o uso de PICS por profissionais de formação exclusiva. Esta forma de atendimento ocorre principalmente em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em geral depende do encaminhamento de outros profissionais. O que pode ser ruim é que o tratamento complementar ocorra de forma isolada e independente de outras atividades da unidade, sendo que há a possibilidade de outros profissionais eximirem-se da responsabilidade de informarem-se sobre PICS.

Na terceira, as PICS são praticadas nas unidades de atenção primária, mas por profissionais de equipes de apoio. As atividades levadas até as UBS e Unidades de Saúde da Família (USF) são prioritariamente em grupo devido a demanda e estes profissionais podem também realizar a formação permanente dos profissionais das unidades atendidas. Assim como no item anterior, os usuários acessam o tratamento por meio de encaminhamento. Por fim, o último meio pelo qual as PICS foram incorporadas pelo SUS é em unidades especializadas. É comum que nestas unidades hajam longas filas apesar de a quantidade de PICS tender a ser mais diversificada. Além disso, é possível que os usuários demorem a

comparecer à unidade devido à trajetória, que envolve a consulta preliminar, o encaminhamento, a fila e o trajeto propriamente dito até uma unidade que não a de costume do usuário. A quantidade de recursos necessária para a construção de novas unidades neste modelo é um impeditivo, mas é a maneira que mais favorece a produção científica sobre PICS.

Souza e Tesser (2017) argumentam que a maneira mais adequada para a implementação das PICS no SUS é composta de um misto entre o primeiro e a terceiro modo apresentados, de modo que profissionais das UBS e USF possuam formação híbrida para corresponder à demanda dos usuários e a aplicação das práticas, ao mesmo tempo que existam equipes de apoio que possam participar de reuniões sobre matriciamento, formação e outros assuntos considerados relevantes.

A última das proposições foi feita por Santos e Tesser (2012) e é a única apresentada na forma de método, composta de fases menores e factíveis, elaboradas com a replicabilidade em mente. O primeiro passo seria o “Estabelecimento de Responsáveis”, um grupo rotativo de pessoas que devem propor mudanças normativas adequadas, estabelecer parcerias que tragam atividades para os demais profissionais e definir as ações mínimas que devem ser adotadas. O segundo momento seria a “Análise Situacional”, para que sejam identificadas quais PICS despertam interesse de profissionais e usuários, se há profissionais com alguma formação na área, como as PICS passariam a fazer parte do fluxo da unidade, entre outras questões. A terceira fase, denominada “Regulamentação”, estrutura as equipes de trabalho, fluxo de usuários, registro de atendimentos e procedimentos, disponibilização de insumos e processos educativos, além de atualizar os cadastros da unidade frente ao Ministério da Saúde como CNES e Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI).

A última fase é subdividida em quatro partes e voltada para a replicação. De forma sucinta, Santos e Tesser (2012) explicam que o grupo de responsáveis, mencionados na primeira fase, reuniria-se com profissionais interessados e chefes de outras unidades para explicar o funcionamento deste método e transmitir o *feedback* da unidade. Os participantes destas reuniões passariam a, ao menos, ajudar a compor o grupo responsável em sua própria unidade, tendo como tutores profissionais que implantaram PICS na unidade anterior.

A partir da análise destas proposições, podemos perceber que foi dedicada especial atenção tanto para a formação quanto para o acompanhamento, que trazem visibilidade e segurança para os procedimentos adotados. Sendo a falta de recursos humanos e a precariedade na formação as dificuldades mais recorrentemente citadas em relação à

implantação e ao uso de PICS. Apesar de mencionada apenas uma vez (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2016), a característica processual destes métodos é importante pois evita mudanças abruptas na rotina de atendimentos que venham causar mal-estar em usuários e trabalhadores, além de também lidar com a queixa da falta de diretrizes por parte da PNPICS.

Há uma publicação do Ministério da Saúde denominada Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (MISPICSUS), de 2018, portanto, posterior aos artigos de Santos e Tesser (2012), Santos et al (2011) e Souza e Tesser (2017). Este documento menciona a importância dos trabalhos produzidos na área, inclusive estrutura a proposta de forma muito semelhante a apresentada por Santos e Tesser (2012), como supracitado. Este manual não impõe uma lista de regras a serem seguidas, mas como o nome diz, sugestões, pois segundo os autores, há processos em diferentes estágios ocorrendo no Brasil e com diferentes particularidades a serem consideradas. Leva-se em conta nesta publicação, queixas recorrentes como quais verbas devem ser usadas, como devem ser pleiteadas, um capítulo explicando passo a passo em quais bancos de dados nacionais a unidade praticante de PICS deve estar cadastrada e como realizar o registro em cada uma delas. Há até mesmo um capítulo em que um município fictício inicia o processo para ser tomado como exemplo.

O método apresentado no MISPICSUS consiste em duas fases, cada uma com suas subdivisões: uma sobre implantação e uma sobre monitoramento, com as explicações citadas anteriormente. A primeira fase, Definição da Proposta, consiste no Levantamento dos Atores Responsáveis, que funciona exatamente da mesma forma como proposto por Santos e Tesser (2012); o Diagnóstico Situacional deve indicar quais as necessidades e vulnerabilidades locais e o perfil epidemiológico da população atendida pode ser feito a partir de relatórios das equipes de atenção básica e pergunta direta à população por meio dos Agentes Comunitários de Saúde sobre quais PICS já são utilizadas, bem como quais há interesse que sejam oferecidas na unidade de saúde; e a Análise Institucional coloca as PICS no Plano Municipal de Saúde, na Lei de Diretrizes Orçamentárias do Município e as leva para o Conselho Municipal de Saúde, além de buscar locais de estrutura adequada para que ocorram os atendimentos.

A segunda fase, Elaboração do Plano de Desenvolvimento e Implantação das PICS, é composta pela Regulamentação da Oferta de PICS, adequando tanto a política municipal quanto a norma do serviço em relação ao levantamento realizado na fase anterior; Capacitação dos Profissionais pode ser realizada por parcerias, profissionais anteriormente formados e no

portal do governo fornecido pelo próprio manual, com a sugestão que ocorram de forma contínua; e Cadastro dos Serviços em PICS no SCNES, que estão explicados passo a passo. Há também neste capítulo esclarecimentos sobre a implementação de PICS em diferentes níveis de atenção, que escapa à discussão proposta neste trabalho, e orientações sobre como pode ocorrer o apoio matricial, considerado importante também por Santos e Tesser (2012) e Souza e Tesser (2017).

6. A PSICOLOGIA E AS PRATICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE

A Psicologia, como instituição, organiza-se a partir do sistema de conselhos. Os conselhos Federal e Regional têm a função de orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão, que é regulamentada pela Lei n.º 4.119, de 27 de agosto de 1962 (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2014). Além desta lei, o Código de Ética e as resoluções dos conselhos também orientam a atuação dos psicólogos no Brasil. O Conselho Regional de Psicologia (CRP) se posiciona usando seu periódico e por cadernos temáticos, que registram e divulgam debates realizados no Conselho, afim de produzir referências para os profissionais, identificar áreas que necessitam atenção e dar voz para a categoria.

Apesar de não haver um caderno sobre Práticas Integrativas e Complementares, o Caderno de Orientações do Conselho Regional de Psicologia – Subsede 06 (2014) diz que

Em sua prática profissional a(o) psicóloga(o) não pode associar às intervenções em Psicologia concepções místico-religiosas ou recursos que tenham como pressuposto tais tipos de crença, como reiki, tarô, TVP (Terapia de Vidas Passadas) etc.. Também é vedada a utilização de práticas que possam induzir a crenças religiosas, filosóficas ou de qualquer outra natureza e que sejam alheias ao campo da Psicologia (p. 7).

Tendo isso em mente, retornar à lista de PICS utilizadas pelo SUS mostra que há algumas destas práticas que são incompatíveis com a atuação profissional do psicólogo pois se baseiam em preceitos religiosos e filosóficos, como reiki, imposição de mãos e ayurveda. Ao mesmo tempo que há práticas não apenas condizentes, mas “importadas” da Psicologia: constelação familiar e terapia comunitária integrativa. Entretanto, não há uma lista de técnicas ou práticas reconhecida pelo sistema de conselhos de Psicologia, mas o item 83 do caderno de orientações diz que “quando falamos em práticas reconhecidas, nos referimos ao reconhecimento advindo da ciência”, ironicamente submetendo as PICS, em caso de aproximação com a Psicologia, justamente ao conhecimento duro que desencadeou questões que fizeram surgir a demanda por tratamentos alternativos.

É gratificante perceber que dificuldades encontradas por pesquisadores ao estudarem a implementação de PICS tenham sido levadas em consideração na elaboração do MISPICSUS. Mas apesar de fornecer orientações e esclarecimentos em relação a questões recorrentes como formação e verba, a contratação de novos profissionais não é mencionada, apesar de haver passos que incluem adequações burocráticas até em estâncias políticas a nível municipal. Quando há dois profissionais atuando em duas funções diferentes, é necessário lidar com dois pisos salariais, diferentes conselhos e sindicatos. Mas quando um profissional acresce uma

capacitação que não fazia parte da sua área de formação original à sua gama de conhecimentos, o acréscimo em seu pagamento não é equivalente a um novo salário.

De forma alguma esta observação deve ser entendida como um desencorajamento à busca de novos conhecimentos, ainda mais quando relacionados à adequação a políticas públicas. A questão é que o trabalhador da saúde provavelmente manterá suas atribuições originais além de passar a poder ser cobrado a participar do processo de implementação das PICS. Ao mesmo tempo que se apenas aqueles que aplicam PICS têm conhecimento sobre este tipo de tratamento, estas práticas facilmente passam a ser percebidas como apenas mais uma especialidade, passando a ser aplicadas alheias à filosofia que trouxe práticas integrativas e complementares ao SUS em primeiro lugar, isto é, de forma isolada, intervencionista e posterior ao início do adoecimento.

6.1 Delineando a Demanda de PICS

O aumento na busca por atendimento em PICS é citado no MISPICSUS (BRASIL, 2018), na PNPICS (BRASIL, 2018), e por alguns dos trabalhos inclusos nesta revisão: Lima et al (2014), Nagai e Queiros (2011) e Thiago e Tesser (2011). Mas artigos que investigam o conhecimento de profissionais e/ou da população sobre este assunto, sempre está presente uma parcela que desconhece completamente esta modalidade de atendimento: em Marques et al (2011), nenhum usuário conhecia e mesmo após explicação, nenhum afirmou estar disposto a ser atendido com termalismo/crenoterapia; Thiago e Tesser (2011), que afirmaram que muitos profissionais entrevistados não conheciam PICS mas demonstraram interesse em conhecer; e Gontijo e Nunes (2017), que para duas das sete práticas mencionadas, o desconhecimento ultrapassa 100 de 118 entrevistados, e uma 70 entrevistados afirmaram desconhecer. Portanto, a “demanda” pode corresponder a um número menor do que se dá a entender, além da forma como a pergunta é elaborada, no caso de entrevistas, pode direcionar a resposta. É provável que a resposta seja afirmativa se a questão for o desejo do entrevistado de adicionar qualquer tratamento ao SUS, pois possivelmente esta resposta estará ligada à expectativa de que um novo tratamento resultaria em uma melhora no fluxo/atendimento do usuário do sistema de saúde, não sobre a real opinião ou conhecimento dele em relação aos pressupostos e filosofia deste novo tratamento. Esta possível interferência nas respostas foi explicitada apenas por Thiago e Tesser (2011).

6.2 Conflito de Interesses

Outro dado expresso em entrevistas como uma das vantagens em relação ao uso de PICS, é que uma vez completamente estabelecido, diminuiria da sobrecarga dos profissionais que realizam atendimento convencional (PINHAL e BORGES, 2019; TESSER e BARROS, 2008). Porém Lima et al (2014), Souza e Tesser (2018) e Tesser e Barros (2008) encontram, nas unidades especializadas em PICS inclusas em seus estudos, que a fila de espera para este tipo de atendimento chega a anos. Isso ocorre pois um paciente encaminhado para PICS passa ser acompanhado, e não pontualmente atendido, devido à visão integral a que esta modalidade de tratamento se propõe. Portanto, atingido um determinado limiar de usuários sendo acompanhados, um novo usuário só poderá ser assimilado em casos de desistência ou similares.

Em relação apenas à classe médica, Thiago e Tesser (2011) relatam que foi demonstrado interesse sobre PICS na maioria de suas entrevistas, e é inclusive citado por Gontijo e Nunes (2017) em concordância. Mas esta informação é questionada em “Práticas Integrativas e Complementares: Oferta e Produção de atendimentos no SUS e em Municípios Selecionados”, em que Souza et al (2013) apud Santos et al (2011) afirma que há “explícito interesse das categorias profissionais em tornar cada prática integrativa e complementar uma especialidade” (p. 9), igualmente, Faqueti e Tesser (2018) afirmam que “a corporação médica no Brasil tende a ser autocentrada e resistente ao reconhecimento das medicinas alternativas e complementares ou de várias delas; por outro lado, é agressivamente monopolizadora” (p. 7). Estes questionamentos são condizentes com as relativamente recentes anexações da Homeopatia e Acupuntura como especialidades médicas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2001), apesar das posições publicamente contrárias apresentadas pelo próprio CFM posteriormente em 2006 e 2018. O caso da Acupuntura especificamente inclusive citado por Nagai e Queiroz (2011) como tendo sofrido impedimentos decorrentes do interesse da classe médica ser exclusiva aplicadora desta técnica (p. 6).

Ainda sobre interesse, mas sem destacar o que foi dito especificamente por médicos, Tesser et al (2018) afirmam, com base em Thiago e Tesser (2011) e Rosa et al (2001), que as pesquisas direcionadas a profissionais da atenção primária à saúde constataam que apesar de a maioria não ser praticante de PICS, em geral, estes técnicos demonstram interesse no assunto. Grande parte dos usuários entrevistados por Faqueti e Tesser (2018) iniciou o tratamento em PICS após consulta com profissionais híbridos, portanto, o interesse de um profissional pode

significar a diferença entre um usuário acessar ou não esta modalidade de tratamento, pois como demonstrado anteriormente, em muitas localidades o atendimento se dá apenas por meio de encaminhamento. O fato do não conhecimento destas práticas por parte dos profissionais ser impeditivo é grave e não é incomum, sendo encontrado por Thiago e Tesser (2011) em Bem-Arye et al (2007), Brescia (2004), Sales (2008) e Sawni e Thomas (2007), além de em seus próprios entrevistados, que 50% ou mais relataram pouco conhecimento em relação cada uma das PICS citadas em sua entrevista exceto homeopatia, acupuntura e ervas medicinais (THIAGO e TESSER, p. 7, 2011). Apesar disto, 55,4% dos participantes deste estudo acredita haver interesse por parte da comunidade.

Em relação ao âmbito social, Thiago e Tesser (2011) afirmam que a alta demanda de PICS na esfera particular sugere acesso desigual a esta forma de intervenção, Pinhal e Borges (2019) dizem que o interesse é crescente após análise documental, endossado por Magalhães e Alvim (2013) que complementa apontando no discurso dos usuários tanto participantes do grupo de floral quanto participantes do grupo de fitoterapia, indicadores de passividade e dependência em relação ao cuidado (2013, p. 6), contradizendo preceitos de uso de PICS como promoção de autocura e participação ativa no tratamento. Também foi relatado que quase nenhum usuário foi questionado se gostaria de fazer uso de produtos fitoterápicos (MAGALHÃES e ALVIM, 2013), apesar de apresentados alguns benefícios deste tipo de “remédio”. Isso caracteriza o uso de PICS de forma análoga à medicina convencional, desconfigurando suas proposições básicas. Sobre a população Santos et al (2011) afirma que apenas pequena parte dela tem interesse nas PICS, sem confirmar ou contradizer o crescimento citado anteriormente, o que é contraditório com o apresentado por Magalhães e Alvim (2013), que afirmam existir uma lacuna de informação em relação a participação do usuário neste processo.

Por fim, os gestores que afirmaram conhecer parcialmente a PNPICS demonstram evidente desinteresse na implementação de PICS, sendo levantada a possibilidade de esta falta de interesse estar relacionada com desconhecimento sobre os benefícios, no caso deste estudo, da homeopatia, da falta de definição financeira e contexto político, que pode abrir possibilidade que diferentes instituições consigam exercer pressão sobre a esfera pública (GALHARDI et al, p. 6, 2013).

6.3 Entre Concepções e Crenças

Após todas as informações aqui apresentadas, uma questão que deveria ser considerada fundamental na discussão sobre a implantação das PICS no SUS é o fato de haver algumas delas, como Imposição de Mãos e Reiki, que partem do preceito de que o tratamento funciona melhor em pessoas que acreditam nele e isto não surgiu em nenhum dos trabalhos. A gravidade disto é o fato de o argumento do funcionamento ser dependente de fé. Este argumento já foi utilizado anteriormente para manter pessoas com transtornos mentais completamente isoladas da sociedade, e hoje tem sido direcionado à drogadição em algumas comunidades terapêuticas.

Entretanto, tratamentos que lidam com crenças não são os mais abordados, sendo que os estudos sobre Acupuntura, Homeopatia e Fitoterapia tem inspirado segurança tamanha nestas técnicas que duas destas PICS foram reconhecidas como especialidades médicas. Além disso produtos tanto homeopáticos quanto fitoterápicos hoje estão listados na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que por ainda se produzir muito academicamente em relação à PICS, é possível que concepções apresentadas aqui sejam vistas como obsoletas em relação a uma possível versão mais atualizada das PNPICS. Mas o fato de existirem diretrizes para o uso destas técnicas no âmbito público é promissor e acompanha tendências internacionais. Além disso, o número de orientações e de publicações oficiais que se remetem às PICS ter crescido. E o MISPICSUS ser tão preciso em relação as queixas apresentadas nos artigos aqui considerados, significa que há um grupo de pessoas de fato acompanhando este processo e respondendo aos *feedbacks*.

Algo presente no decorrer do texto e que permaneceu alheio a questionamentos até a leitura de “O Ato de Cuidar”, de Merhy (1999), é o fato de a opinião, relativamente implícita, deste que vos escreve também agir como instituinte ao reproduzir discursos que se constroem ao redor da eficiência em detrimento de outras dimensões, estando inevitavelmente preso à linhas de força hoje consideradas hegemônicas. Isso significa que demonstrar preocupação em primeiro lugar com a eficiência dos tratamentos também é um modo reforçar a lógica que a subjetividade do usuário pode ser desconsiderada. E o modelo de trabalho em saúde relacionado a este discurso é descrito por Merhy como procedimento-centrado, ou seja, o usuário do equipamento de saúde é visto como viabilizador da aplicação de determinados tratamentos, tratamentos estes que são instituídos por demandas externas ao paciente (doenças, problemas de saúde).

O modelo procedimento-centrado visa produzir cura, mas não necessariamente saúde, sendo que o texto argumenta sobre como de profissionais da área da saúde poderiam adotar um modelo paciente-centrado, em que o objetivo final é a produção de saúde. Isso se dá tendo sempre em vista a dimensão do cuidado, que se refere a questões relacionais. Merhy *apud* Deleuze e Guatarri (1997) diz que no encontro se forma o “espaço intercessor”, que existe exclusivamente no encontro e onde cada indivíduo deposita ao menos suas expectativas, neste caso específico, de produzir ou receber cuidado, mas também lugares de fala e escuta, intensões, preconceitos, convicções, e as mais diversas forças ético-políticas-sociais que atuaram ou atuam em si. Assim, o espaço intercessor que se produz tendo em vista a dimensão do cuidado tende a produzir a corresponsabilização, o reconhecimento e o vínculo.

Quando o espaço intercessor se constrói a partir da sobreposição do saber médico sobre outros conhecimentos, uma das partes não se desfaz, mas procura outros modos de se fazer ouvir. No caso da equipe podem se tornar comentários entre profissionais, discordância

e afastamento, e no caso de usuários é muito comum que esta sobreposição se traduza em reclamações ou abandono do tratamento. Merhy denomina estas maneiras que a subjetividade disposta e rechaçada em um espaço intercessor encontra expressão como “ruídos” e que uma competência importantíssima dos profissionais da saúde é saber identificar e ouvir estes ruídos, assim podendo lê-los como demanda e corresponder de maneira adequada.

Apesar de ter sido mencionada, não houve uma explicação sobre o que é a visão integral, ou visão ampliada sobre o usuário e nem a relação disto com o sofrimento ou com o processo saúde-doença. Pois bem, visão integral é o reconhecimento ou compreensão de que uma pessoa é composta por diversas dimensões ou esferas e no caderno número 34 da série Cadernos da Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), que trata sobre saúde mental há exemplos de várias delas: vidas passada, futura, familiar, de trabalho, pessoal, seu mundo cultural, seu inconsciente, seus hábitos, sua autoimagem, sua narrativa de si e do mundo. Tantas são as dimensões que compõem um indivíduo quanto puderem ser nomeadas.

Tendo esta perspectiva em vista, a doença pode ser entendida como mais uma destas esferas, portanto, não está intrinsecamente ligada ao sofrimento. O Caderno 34 – Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) considera que o sofrimento seja a interferência negativa na interação destas dimensões pela experiência ou vislumbre do detrimento ou interrompimento da vivência de uma ou mais destas esferas.

Quando a atuação de um profissional da saúde está pautada no modelo procedimento-centrado, apenas uma destas esferas está sendo levada em conta: a doença, que se posiciona justamente entre o usuário e a saúde. Portanto, leva-se a concluir que o tratamento ideal retira completamente esta esfera com o mínimo de intervenção possível em outros aspectos. Mas, como dito anteriormente, o sofrimento não está contido na doença, mas em como ela afeta as outras esferas e a interação entre elas, por isso há usuários que chegam aos serviços de saúde sem uma “doença” propriamente dita mas apresentam sofrimento (difuso, poliqueixoso, sem origem orgânica aparente, etc), assim como há usuários “doentes” que fazem acompanhamento regular com suas referências sem necessariamente relatar sofrimento.

Por isso usuários relataram melhor experiência no uso de PICS que no uso de medicina convencional: a maior abertura dos tratamentos integrativos apresenta a possibilidade de os usuários lidarem com seu sofrimento. Sendo assim, esta compreensão e abertura não necessariamente está limitada a profissionais aplicadores de tratamentos integrativos e complementares.

O grande impeditivo, principalmente para profissionais não aplicadores de PICS, para a utilização dos conceitos até aqui apresentados não está no âmbito da compreensão, mas no investimento de tempo necessário a cada usuário do SUS. Esta logística percebida como desfavorável sofre influência da maneira produtivista como a “não-doença” está sendo produzida atualmente, mas profissionais da saúde detém capital micropolítico para minimamente levantarem esta discussão em seus ambientes de trabalho. Isto pode ser considerado um movimento instituinte por questionar um modo de atuar naturalizado e que acarretará respostas, que assim como os ruídos também podem ser lidas para se compreender que forças as trazem à tona.

Portanto, a verdadeira questão aqui, transcende a aplicação de tratamento “A” ou “B”. É ter como ferramenta uma percepção ampliada, seja das várias estâncias quem constroem um indivíduo, seja de ruídos produzidos no encontro, entre outras, que não precisam funcionar como mutuamente excludentes. Ou seja, essa preocupação com a construção do vínculo e da validação do sofrimento de um paciente não implica que a dimensão técnica deva ser negligenciada e que tratamentos menos efetivos serão priorizados. Como vimos, as vantagens mais citadas em relação às PICS e as mais reconhecidas pelos usuários são as relacionadas justamente à reelaboração do vínculo terapêutico. Assim sendo, as PICS representam mais do que simplesmente uma nova modalidade de tratamento a ser oferecida, mas uma proposição da construção de uma ética de cuidado e de trabalhadores poderem efetivamente assumir o papel de cuidadores.

8. BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, set. 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 25 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) 2019. Disponível em: <<http://saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-praticas-integrativas-e-complementares-pnpic>>. Acesso em: 04, nov. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Brasília, DF, maio 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>. Acesso em: 25 set. 2019.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin et al. Práticas de cuidado em relação à dor: a cultura e as alternativas populares. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 90-96, Mar. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000100014&lng=en&nrm=iso>. acesso em 05 nov. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Ementa: Fundamento Para O Conselho Federal De Medicina Editar Resoluções Reconhecendo Especialidades Médicas. Brasília, 18 de abr. de 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Nota à população e aos médicos: incorporação de práticas alternativas ao SUS. Brasília, D.F., 13 mar. 2018. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27485:2018-03-13-20-08-31&catid=3. Acesso em: 5 nov. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Para CFM, práticas integrativas incorporadas ao SUS não têm fundamento científico. Brasília, D.F., 13 mar. 2018. Disponível em <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27482:2018-03-13-12-02-43&catid=3>. Acesso em: 5 nov. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). Ano da formação em Psicologia: revisão das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Psicologia / Conselho Federal de Psicologia, Associação Brasileira de Ensino de Psicologia e Federação Nacional dos Psicólogos. – São Paulo: Conselho Federal de Psicologia/Associação Brasileira de Ensino de Psicologia/Federação Nacional dos Psicólogos, 2018.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. Manual de orientações – Legislação e recomendações para o exercício profissional do psicólogo / Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. 4ª ed. - São Paulo: CRP SP, mar, 2014.

FAQUETI, Amanda; TESSER, Charles Dalcanale. Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC, Brasil: percepção de usuários. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2621-2630, ago. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802621&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

GALHARDI, Wania Maria Papile; BARROS, Nelson Filice de; LEITE-MOR, Ana Cláudia Moraes Barros. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 213-220, jan.

2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

GONTIJO, Mouzer Barbosa Alves; NUNES, Maria de Fátima. Práticas Integrativas E Complementares: Conhecimento E Credibilidade De Profissionais Do Serviço Público De Saúde. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 301-320, abr. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

LIMA, Karla Morais Seabra Vieira; SILVA, Kênia Lara; TESSER, Charles Dalcanale. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 261-272, jun. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200261&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

LOSSO, Luisa Nuernberg; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 171-187, set. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700171&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

MAGALHAES, Mariana Gonzalez Martins de; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 646-653, dez. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400646&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

MARQUES, Luciene Alves Moreira et al. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 663-674, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

MERHY, Emerson Elias. Em saúde, antes de tudo, se produz "bens relações", produtos de processos intercessores. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Democracia e Saúde: A luta do CEBES. São Paulo/SP: Lemos Editorial, 1997. p. 132-141.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.

NAGAI, Silvana Cappelletti; QUEIROZ, Marcos de Souza. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1793-1800, mar. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

NASCIMENTO, Maria Valquíria Nogueira do; OLIVEIRA, Isabel Fernandes de. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. Estud. psicol. (Natal), Natal, v. 21, n. 3, p. 272-281, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2016000300272&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

PINHAL, Vanessa Alves; BORGES, Jacqueline Florindo. O Desafio Municipal De Inserção Da Medicina Integrativa Na Saúde Pública: Um Olhar Para As Práticas De Strategizing E Organizing. REAd. Rev. eletrôn. adm. (Porto Alegre), Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 148-178, abr. de 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-23112019000100148&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

SANTOS, Francisco Assis da Silva et al. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1154-1159, dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3011-3024, nov. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

SCHVEITZER, Mariana Cabral; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Role of complementary therapies in the understanding of primary healthcare professionals: a systematic review. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 184-191, ago. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700184&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA (Brasil). Um basta à pseudociência. [*S. l.*], 22 mar. 2018. Disponível em: <http://www.sbfisica.org.br/v1/home/index.php/pt/acontece/679-um-basta-a-pseudociencia>. Acesso em: 5 nov. 2019.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho de et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, nov. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

SOUSA, Islandia Maria Carvalho de; TESSER, Charles Dalcanale. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, e00150215, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000105006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, out. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islandia Maria Carvalho de; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 174-188, set. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500174&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

THIAGO, Sônia de Castro S; TESSER, Charles Dalcanale. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 249-257, abr. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Projeto Político Pedagógico do Curso de Psicologia. Santos, São Paulo, 20 de jun 2018.