

POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UMA BREVE ANÁLISE REFLEXIVA

NATIONAL POLICY ON INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES: A BRIEF REFLECTIVE ANALYSIS

POLÍTICA NACIONAL DE PRÁCTICAS INTEGRATIVAS Y COMPLEMENTARIAS: BREVE ANÁLISIS REFLEXIVO

Luis Celso da Silva¹

Resumo

Este artigo apresenta uma breve análise reflexiva sobre o processo de implementação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma pesquisa documental, de caráter exploratório, realizada em *websites* de instituições governamentais, Google Scholar, Scielo e Pubmed. Os resultados indicaram que as PICs passaram a desempenhar um papel importante no redirecionamento do nosso modelo assistencial em saúde.

Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares; medicina tradicional; abordagens de cuidado em saúde.

Abstract

This article presents a brief reflective analysis of the implementation process of Integrative and Complementary Practices (ICPs) in Brazil's Unified Health System (*Sistema Único de Saúde* - SUS). It is exploratory documentary research, carried out on websites of government institutions, Google Scholar, Scielo, and Pubmed. The results indicated that ICPs started to play an important role in redirecting our health care model.

Keywords: Integrative and Complementary Practices; traditional medicine; health care approaches.

Resumen

Este artículo presenta un breve análisis reflexivo acerca del proceso de implementación de las Prácticas Integrativas y Complementarias (PIC) en el Sistema Único de Salud. Se trata de una investigación documental, de carácter exploratorio, realizada en páginas web de instituciones de gobierno, Google Scholar, Scielo y Pubmed. Los resultados indicaron que las PIC pasaron a jugar un rol importante en el proceso de reorientación de nuestro modelo de atención en salud.

Palabras-clave: Prácticas Integrativas y Complementarias; medicina tradicional; enfoques de atención en salud.

1 Introdução

A globalização provocou uma intensa migração de diferentes povos ao Brasil, como os europeus e asiáticos — que contribuiriam com diversos aspectos de suas respectivas culturas, particularmente, os saberes sobre os cuidados em saúde. No entanto, o paradigma biomédico, com todo o seu poder hegemônico, vem ditando a trajetória do sistema médico em todo o mundo — cenário que não é diferente no Brasil. Conforme Michel Foucault, estudado em Farhi Neto¹,

¹ E-mail: dasilvaluiscelso@gmail.com.

a medicina é uma estratégia biopolítica; ao médico, atribui-se uma autoridade política, impetrada através do poder medical, aspecto da configuração política em geral. No final do século XX — período considerado duplamente crítico para a sociedade, devido à crise na saúde e medicina²—, houve a institucionalização internacional das outras abordagens de cuidados pela Organização Mundial da Saúde – OMS, denominada medicina alternativa. Em 1978, ocorreu em Alma-Ata, localizada no atual Cazaquistão, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, com o lema *Saúde para todos no ano 2000*, em que a OMS reconheceu a incapacidade da medicina tecnológica e especializante em resolver os problemas de saúde de dois terços da humanidade².

Em vista disso, a OMS recomendou que seus países-membros implementassem a Medicina Tradicional ou Alternativa e Complementar – MT/MAC, em seus respectivos sistemas de saúde. No Brasil, desde então, principalmente a partir da implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, vem ocorrendo um processo de institucionalização da MAC, concretizado em 2006, com a regulamentação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Em um processo de legitimação, ao invés de MT/MAC e de outros nomes sugeridos na fase inicial do processo de institucionalização³, optou-se por denominá-la Práticas Integrativas e Complementares – PIC.

Já se passaram mais de um quinquênio desde a primeira proposta de integração das PICs no SUS, como um processo dinâmico em que outras práticas foram recentemente incorporadas, ressaltando que a última atualização ocorreu em 2018, isto é, há menos de cinco anos; contudo, alguns autores têm abordado a falta de simetria na incorporação dessas práticas terapêuticas^{3,31}.

Mesmo reconhecendo toda a complexidade relacionada ao processo, este artigo serôdio propõe-se a realizar uma breve análise reflexiva acerca do processo de implementação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no SUS.

Esta pesquisa é limitada por ter sido realizada somente em documentos governamentais e artigos científicos relacionado à temática — além de se ter optado por não entrar em contato com atores participantes do processo de institucionalização, para não gerar nenhum tipo de viés na análise.

O artigo abarca uma breve revisão não sistematizada e não aprofundada da literatura científica, sem utilizar algum método cientificamente consagrado e aceito. Inicialmente, realizou-se uma pesquisa documental em páginas da internet de instituições governamentais concernentes ao tema. Posteriormente, efetuou-se uma pesquisa de cunho exploratório, por meio de uma metodologia qualitativa, na busca assistemática de artigos em bases de dados, como o Google Scholar, Scielo e Pubmed. O texto foi construído, inicialmente, a partir da

leitura dos primeiros artigos, até alcançar o propósito da pesquisa; ademais, buscou-se utilizar uma linguagem acessível a todas as pessoas interessadas no tema.

Este artigo está dividido em três seções: a primeira introduz o tema a ser abordado e a proposta deste artigo; a segunda aborda um conciso contexto histórico mundial e nacional, em que as PICs têm florescido; a terceira seção descreve o processo de institucionalização das PNPIC nos Sistema de Saúde brasileiro ou Sistema Único de Saúde – SUS; a quarta seção expõe uma breve análise reflexiva acerca desse processo de implantação; e, finalmente, fazem-se as considerações finais sobre a análise realizada.

2 Breve contextualização histórica das PICs

No início do século XX, o paradigma da racionalidade biomédica tornou-se hegemônico em todo o mundo, influenciado, sobremaneira, pelos irmãos Abraham e Simon Flexner. Abraham Flexner, educador graduado em Artes e Humanidades, realizou estudos no Canadá, EUA, Europa e Ásia, patrocinados pela Fundação Carnegie. Tais estudos propunham uma reconstrução no ensino médico, com ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, adotando o modelo de saúde-doença unicausal e biologicista⁴.

Simon Flexner foi um médico parasitologista, administrador da Fundação Rockefeller e diretor do *Rockefeller Institute for Medical Research*⁴ — a primeira instituição nos Estados Unidos dedicada, exclusivamente, à compreensão da biociência das doenças⁵.

De acordo com a publicação da Série Centenária *Health & Well-being*, a Fundação Rockefeller, devido ao seu caráter filantrópico, financiou pesquisas científicas, educação médica e treinamento em saúde pública em quase todos os continentes — sobretudo a China, que se tornaria o mais importante destinatário estrangeiro de sua filantropia, onde foi realizado o maior investimento individual da história da fundação⁵. Paradoxalmente, a Fundação Rockefeller investiu fortemente no setor biomédico dos EUA, adquirindo setenta por cento das patentes de fármacos, passando a produzi-los industrialmente em larga escala⁶.

Como consequência do Relatório Flexner, o modelo biomédico tecnicista deflagrou uma redução drástica de todos os diferentes sistemas médicos, como a homeopatia vitalista⁶. Em vista disso, esse modelo prevalece até os dias atuais, sustentado nos princípios da Biologia, com ênfase em especializações. Conduz alunos e professores a uma redução drástica dos processos de saúde-doença à sua dimensão biológica, dos sujeitos/pacientes à sua doença, da doença dos sujeitos ao seu substrato anatomopatológico e do cuidado ao protocolo de medidas terapêuticas aplicáveis à nosologia em questão⁷.

Esse período ficou conhecido como “Era de Ouro da Medicina”, que contou com um amplo investimento de governos e instituições filantrópicas, ampliando as instituições médicas para o ensino, pesquisa e atendimento ao paciente. Assim, assegurou-se o prestígio da profissão médica, assim como a ampliação da confiança no conhecimento e intervenção biomédica⁸. Todavia, a partir de 1960, começaram a surgir, mundialmente, inquietações e insatisfações com relação a esse paradigma; as críticas sugeriam que a utopia antecipada de que um mundo sem doenças⁸ era uma ilusão. Ocorreu, então, o que se denominou de “Crise da Medicina”, provocando intensa movimentação nos governos, organizações internacionais de saúde, como a OMS e outras, nas fundações filantrópicas internacionais, nas instituições acadêmicas, representativas de classe e na sociedade em geral⁴.

A partir de então, os distintos modelos médicos — considerados alternativos e, conseqüentemente, que ameaçavam a hegemonia do modelo biomédico, flexnariano — têm passado por um processo de legitimação⁹ e, com outras abordagens de cuidado, estão sendo chamadas de Medicina Alternativa e Complementar – MAC.

Em 1962, a OMS já havia definido a medicina alternativa como um conjunto de saberes médicos tradicionais e práticas terapêuticas desprendidos da medicina convencional, com o objetivo de resolver os problemas de adoecimento da população que não tinha assistência médica no mundo². A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em 1978, resultou na Declaração de Alma Ata, em que foi reafirmada a definição de saúde da OMS de “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doenças ou enfermidades, além da definição de “Cuidado em Saúde”¹⁰.

Embora essa visão esteja fundamentada na visão biomédica de saúde, a organização vem tentando introduzir a dimensão espiritual nessa definição, mas não vem logrando êxito; entretanto, a OMS tem buscado fortalecer parcerias com representantes — instituições e atores religiosos¹¹.

Ademais, nesta conferência, a organização recomendou aos seus países-membros para implementarem políticas públicas, integrando a MT/MAC em seus sistemas de saúde, visando aumentar a segurança, qualidade e eficácia no uso destas diversas abordagens de cuidado^{12,15}.

3 Processo de institucionalização das PICs no SUS

Além do contexto mundial supracitado, o processo de institucionalização da MAC no sistema de saúde brasileiro ainda tem enfrentado conflitos internos, que podem ser melhor entendidos ao se ler o processo da Reforma Sanitária, relatado por Paim¹³. Além disto, a MAC

passou a ocupar o lugar vago deixado pela medicina convencional, resultando na grande resistência de seus profissionais, bem como em interesses privados em atenção médica².

A primeira ação dessa institucionalização, segundo a Professora Madel Luz², foi o convênio realizado em 1985 entre o INAMPS, a Fundação Oswaldo Cruz, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemanniano Brasileiro – IHB, em que se estabeleceram ações de atendimento médico envolvendo acupuntura, homeopatia e fitoterapia e atividades de pesquisa. Houve, também, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, considerada um marco para sua institucionalização^{2,12,14}.

Em 2005, na justificativa de garantir a integralidade na atenção à saúde, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional da Medicina Natural e Práticas Complementares – MNPC no SUS ao Conselho Nacional de Saúde – CNS, que atenderia à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências no âmbito da medicina tradicional chinesa-acupuntura, da homeopatia, da fitoterapia e da medicina antroposófica — que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados; todavia, solicitou-se uma nova elaboração com alteração do nome da política¹².

Oficialmente, a sua institucionalização no Sistema Único de Saúde – SUS ocorreu somente em 3 de maio de 2006, com a promulgação da Portaria GM/MS de nº 971/2006, que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. É importante ressaltar que tal portaria contempla os sistemas de saúde complexos e recursos terapêuticos denominados pela OMS de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa – MT/MCA^{12,15}.

Embora existissem, na época, inúmeras outras práticas de cuidado em saúde, dado ao multiculturalismo do nosso país, a política contemplou, inicialmente, somente as diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, além de constituir observatórios de medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia¹².

Em 27 de março de 2017, a PNPIC foi ampliada em 14 outras, totalizando 19 práticas, a partir da publicação da Portaria GM nº 849/2017¹⁵. Por fim, em 21 de março de 2018, com a publicação da Portaria GM nº 702/2018¹⁶, adicionam-se mais práticas, totalizando 29 abordagens de cuidado. O Quadro 1 representa o processo de incorporação dessas PICs no SUS, sendo que as práticas objetivam contribuir para a ampliação das ofertas de abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo maiores integralidade e resolutividade da atenção à saúde¹⁵.

Quadro 1: Representação do processo de incorporação das PICs

ANO	PRÁTICAS OU ABORDAGENS DE CUIDADO IMPLANTADAS
2006	Acupuntura/Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia, Plantas Medicinais/ Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia
2017	Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga
2018	Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia, Terapia de Florais

Fonte: Elaborado pelo autor.

É importante ressaltar que a PNPIC, uma política abrangente no que diz respeito às abordagens de cuidados em saúde, foi aprovada por uma portaria e, paradoxalmente, três meses após a sua publicação, houve a publicação do Decreto de nº 5.813, de 22 de junho de 2006, que aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos¹⁷.

Em uma apurada análise da institucionalização das PICs, nos 30 anos do SUS, Silva *et al.*¹⁴ apontam fatos importantes que influenciaram esta trajetória, como, por exemplo, a não unanimidade no discurso legitimador das PICs, resistências oriundas da: racionalidade biomédica; de disputas de interesses; pressão de atores estratégicos com condições institucionais favoráveis junto ao MS, como a do conselheiro representante do Conselho Federal de Medicina – CFM, que propôs a mudança do nome de Política de Medicina Natural para Política de Medicina Integrativa — além dos membros do Fórum Nacional de Trabalhadores da Área de Saúde – FENTAS, que defenderam a composição multiprofissional no exercício das PICs no SUS.

Ainda no que tange à implementação da PIC no SUS, uma análise em diálogo com os elementos de Epistemologia Política e Sociologia da Ciência, realizada por Glass *et al.*¹⁸, relata que nos documentos da OMS: a medicina científica é tratada como superior à tradicional; que a MT é uma alternativa benéfica de cuidados de saúde; que a organização não demonstra a intenção de adotar, e nem incentivar, o cuidado individualizado e holístico da MT; que há interesse econômico em transformar produtos das terapias das medicinas tradicionais, como as plantas medicinais, em produtos do mercado farmacêutico; e o interesse na apropriação de conhecimento, transformando o tradicional em científico.

Já na análise das portarias publicadas pelo Ministério da Saúde – MS, os autores ressaltam que se trata de um ato político em defesa de um paradigma de saúde distinto do

modelo biomédico, que tensiona pelo embate epistêmico de demarcação entre o científico e o não científico¹⁸.

Por fim, a análise das cartas das instituições científicas e profissionais publicadas pelo CFM e pela Sociedade Brasileira de Física – SBF expõe um posicionamento autoritário de ambas as instituições, sendo que o CFM não coadunava com a necessidade de um paradigma de cuidado integral no SUS, defendendo a adoção da homeopatia e desaprovando outras. Já a SBF, adotando uma postura epistemológica ultrapassada, propõe que as comunidades científicas devam ser consultadas para a tomada de decisão sobre como deve ser investido o dinheiro público¹⁸.

4 Breve análise reflexiva acerca do processo descrito

No início do século XX, a influência do Relatório Flexner foi fundamental na hegemonização do modelo biomédico, com o fechamento de faculdades e hospitais em que trabalhavam profissionais considerados charlatães inescrupulosos; porém, esse panorama não chegou à população, que já possuía opinião formada sobre como deveria ser a relação médico-paciente¹⁹. Ademais, não foi considerado que o ser humano possui uma propensão inata a valorizar a vida e, talvez por isso, há uma crença que uma dimensão metafísica e poderes ocultos possam ser utilizados em prol de sua saúde²⁰. Destarte, o paradigma biomédico, que sempre determinou o rumo das políticas de saúde no mundo todo, entrou em crise em 1960 — em decorrência da insatisfação e das críticas a esse modelo flexneriano, centrado na doença. Houve, então, a necessidade de estabelecer uma estratégia para atender às necessidades da população insatisfeita e, assim, foi dada essa atribuição institucionalizada à MAC.

No entanto, as experiências já vivenciadas em outros países demonstram que o paradigma biomédico, com todo seu arcabouço epistemológico, criou estratégias para o processo de integração domesticada da MAC em sistemas de saúde, em que a medicina convencional é predominante. Enfatiza-se, contudo, que o termo domesticação tem sido utilizado para descrever o processo pelo qual as diversas abordagens da MAC têm sido transformadas, tornando-se mais aceitáveis e menos exóticas, além de culturalmente desafiadoras para o paradigma biomédico^{9,21}.

No Brasil, como mencionado anteriormente, o acrônimo MT/MAC, delineado pela OMS, foi substituído por PIC em seu processo de institucionalização. Entretanto, como se pode observar, não há uniformidade quanto ao uso de PIC e PICs nos documentos governamentais e

na literatura científica; frequentemente, eles têm sido utilizados de forma intercambiável, embora os acrônimos sejam distintos.

É aceitável quando se queira referir a mais de uma abordagem das PIC usar o termo no plural PICs³; porém, no Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativa e Complementares no SUS¹⁵, o acrônimo PICS refere-se às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, utilizando, sem distinção, o acrônimo PIC por todo o documento.

A imprecisão na utilização apropriada desses acrônimos, possivelmente, pode ter levado a um desgaste e, conseqüentemente, a uma descaracterização de que MT/MAC e PIC representam a mesma coisa, pois contemplam os mesmos sistemas médicos e recursos terapêuticos — ao mesmo tempo em que pode ter se tornado oportuno ao paradigma da Medicina Integrativa.

O conceito de Medicina Integrativa tem sido encontrado na literatura científica mundial, em que foi possível a integração da Medicina Naturopática²² nos sistemas de saúde, principalmente dos Estados Unidos e Canadá. Além desses países, na China, esse conceito é cabível, pois a Medicina Tradicional Chinesa tem compartilhado integralmente seu nicho com a Medicina moderna ocidental, desde o final da década de 50²³.

No Brasil, o termo Medicina Integrativa, provavelmente, não seria cabível, devido ao nosso contexto histórico de hegemonia da medicina convencional; tal contexto foi capaz de abdicar, e ainda de deixar na fronteira, diversas outras formas de cuidados, pois continuaria mantendo a sua posição hegemônica. Há, também, a questão do abandono dos antigos praticantes e, conseqüentemente, a enorme perda de seus conhecimentos tácitos — além de uma possível apropriação e reformulação das PICs, conforme o paradigma científico biomédico pela medicina hegemônica²⁴.

Uma aceitação indiscriminada do termo medicina integrativa poderia ser evidência de um comportamento isomórfico de pertencimento à estrutura dominante²⁵; além disto, assim como o termo medicina alternativa foi abandonado, devido à ideia de substituição à medicina convencional, o de medicina integrativa não poderia nem ter sido cogitado — pois está em desacordo com o argumento de cientificidade do CFM, acerca do uso de práticas realizadas com base em evidência científicas¹⁵. Contudo, um estudo de revisão Cochrane demonstra que em torno de 20% das terapias biomédicas convencionais não tiveram efeito, em 21% as evidências eram insuficientes e menos de 25% tiveram evidências significativas, além de sugerir um alto grau de interpretação subjetiva²⁶. Na verdade, a questão da não cientificidade das PICs, provavelmente, não é uma grande preocupação para o sistema hegemônico, desde que esteja integrada à medicina²⁰, sob o seu controle.

Relativo ao discurso hegemônico, Fadlon⁹ ponderou ser uma forma do poder de domesticação da medicina convencional; outro exemplo de domesticação é o da acupuntura, em que o sistema biomédico predominante a transformou em uma prática médica voltada para o alívio da dor, explicando-a cientificamente por meio da liberação de endorfinas, após a inserção de agulhas, descartando todas as premissas ou bases teóricas originais²⁴.

A PNPIC foi regulamentada por uma portaria, que não possui a mesma força normativa que um decreto ou lei; como essa política está regulamentada por uma fraca força normativa, pode ocorrer uma legitimação do monopólio desse sistema, ao negar a utilização dessas práticas por não médicos²⁷. Entretanto, houve as investidas correntes, como no caso da acupuntura; o CFM passou a considerá-la uma especialidade médica e, desde então, passou a defender a exclusividade de sua prática por médicos^{18,28}.

Paradoxalmente, o nome de política de medicina integrativa já havia sido proposto pelo membro representante da medicina convencional¹³, durante a etapa inicial de construção da PNPIC. A contínua demonstração de força pode ser evidenciada nas cinco primeiras abordagens de cuidados que foram regulamentadas: Homeopatia; Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura; Plantas Medicinais/Fitoterapia; Medicina Antroposófica; e Termalismo Social/Crenoterapia.

Pensando em uma possível imbricação, em que o novo paradigma medicina integrativa, sob a égide da medicina convencional, se consolide e monopolize essas cinco práticas mencionadas, além de outras escolhidas como, por exemplo, a quiropraxia e osteopatia, uma proibição por força de alguma normativa futura poderá ameaçar a atuação de outros praticantes das abordagens de cuidado e recursos terapêuticos das PICs.

A inserção das Plantas Medicinais/Fitoterapia como uma prática de cuidado no SUS já vinha sendo articulada desde 1971, sendo estudadas 55 plantas medicinais quanto aos seus efeitos e eficácias²⁹. Talvez seja por isso que a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos seguiu outro trâmite legal distinto da PNPIC, pois um processo de decisão política é influenciado pelos grupos de interesse formados pelos homens de negócios²⁷.

Diante dessa informação, acerca dos estudos anteriores sobre as plantas medicinais, chama-se a atenção para a apresentação de relatórios à OMS, com informações sobre o uso e benefícios da Medicina Tradicional, tanto da indígena quanto a de outras culturas do povo brasileiro, que poderá ser explorada científica e comercialmente, como as plantas medicinais, pelo setor industrial. No mesmo raciocínio, Efferth et al³⁰ ponderam sobre o receio de que a tradução do conhecimento indígena em termos científicos seja o primeiro passo para a sua apropriação pelas grandes empresas farmacêuticas.

Em um contexto da biopolítica isso parece plenamente viável, pois, conforme ressalta Farhi Neto¹, governar a população é fazer com que todo fenômeno social seja, também, uma atividade econômica; tudo vira mercado.

Quanto aos aspectos financeiros, há a questão do montante de verbas do orçamento destinado às PICs, fundamental para o futuro da trajetória da institucionalização da PNPIC no SUS, e que devido à disputa de interesses em fazer a gestão¹⁸ desse dinheiro público, poderá levar a entraves na sustentabilidade desse processo.

Por último, há a questão da regulamentação da formação dos profissionais das Práticas Integrativas e Complementares. Se esse conceito for, definitivamente, aceito e regulamentado com uma maior consistência normativa, o campo de seus praticantes estará aberto ao pluralismo de profissionais da saúde. O sistema educativo brasileiro já regulamentou alguns cursos de graduação, como, por exemplo, o de Naturologia e o de Tecnologia em Terapia ou Práticas Integrativas e Complementares, visando formar profissionais para trabalhar com as PICs.

5 Considerações finais

A fundamentação teórica possibilitou a realização da análise proposta; porém, esta pesquisa não é suficiente para explicar todos os problemas e desafios enfrentados no processo de implementação das PICs, até ao presente momento — devido à limitação do tempo de realização e de restrição aos materiais de pesquisa, o que pode ter comprometido a investigação. Indubitavelmente, devido à necessidade de se implantar uma política, seguindo as diretrizes da OMS, que abordassem novas abordagens de cuidados em saúde, as PICs passaram a desempenhar um importante papel no processo de redirecionamento do nosso modelo assistencial em saúde¹⁴, na compreensão de como abordamos nosso sistema de saúde e, mais ainda, do mundo que nos cerca²⁰ — além de, concomitantemente, trazer à luz a atuação de um poder hegemônico. Este poder de força legitimadora na sustentação das PICs, conforme pondera Perurena³¹, trata-se do poder biomédico hegemônico, travestido de autoridade máxima para arbitrar sobre a saúde humana.

Desde o início, há evidências que o processo de institucionalização das PICs tem sido equivocados, ao seguir as diretrizes da OMS que abordam a medicina científica como superior à MT/MAC, o que tem contribuído, de certa forma, para a resistência às PICs, por parte da medicina convencional hegemônica. No entanto, é importante salientar a importância da gestão participativa e o papel dos atores neste processo, como o FENTAS e outros¹⁴, que lograram

êxito no embate ao poder hegemônico na trajetória da institucionalização da PNPIC, até este momento.

É consenso entre pesquisadores, profissionais praticantes e população a carência de um cuidado mais ampliado e efetivo; portanto, é preciso profissionais mais comprometidos com o cuidado, e não de mais gestores. Pensando no autocuidado de Dorothea Orem³², em um processo de capacitação, a aquisição de conhecimento para a utilização das PICs como uma abordagem de cuidado/autocuidado em prol do bem-estar e saúde, em uma perspectiva libertariana, poderia ser de responsabilidade individual do próprio cidadão, como um meio de impulsionar uma transição de uma experiência dominada³³, para tornar-se apto a fazer escolhas que o conduza à salutogênese.

Nesse contexto emancipatório, alimentando a utopia, os profissionais e associações dessas abordagens de cuidado poderiam se unir e criar uma estratégia pedagógica libertária e incisiva, para se afastar da domesticação da classe hegemônica e abandonar o comportamento isomórfico, através da utilização de um processo educativo e transformativo do indivíduo para o fortalecimento do coletivo³⁴, na busca da consolidação de um pluralismo genuinamente democrático no SUS.

Referências

1. Neto FL. Biopolítica como Tecnologia de Poder. INTERthesis [Internet]. 2008 [Acesso em 20 dez. 2021]; 5(1):47-65. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5175639>
2. Luz MT. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva [Internet]. 2005 [Acesso em 20 dez. 2021]; 15 (Suplemento):145-176. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300008>
3. Moebus RLN, Merhy EE. Genealogia da Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares. Rev. Saúde em Redes [Internet]. 2020 [Acesso em 20 dez. 2021]; 3(2):145-152. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.v3n2p145-152>
4. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev. Bras. Educ. Méd. [Internet]. 2008 [Acesso em 20 dez. 2021]; 32(4):492-99. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>
5. Matysiak A. Health & Well-Being. Science, medical education, and public health [E-book disponível na Internet]. New York: Rockefeller Foundation Centennial Series; 2014 [Acesso em 20 dez. 2021]. Disponível em: <https://www.rockefellerfoundation.org/wp-content/uploads/Health-Well-being.pdf>

6. Rezende MA, de Oliveira Marques J, Madruga KAS, Lima LFM, de Arroxelas-Silva CA, Santos LM, da Silva-Nunes M. O uso de programa eletrônico (Radaropus®) como ferramenta de pesquisa e ensino em homeopatia. *RBPCIS* [Internet]. 2021 [Acesso em 21 dez. 2021];1(2):53-69. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasaude/index.php/revista-praticas-interativas/article/view/1244>.
7. De Otero Ribeiro EC. Resenha de A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança de Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. (orgs.). *Interface - Comunic, Saúde, Educ* [Internet]. 2000 [Acesso em 21 dez. 2021]; 4(7):139-142. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rhqC9YL3Cgp7NrpjxvNQhLh/?lang=pt>
8. Brandt AM, Gardner M. The Golden Age of Medicine? In: Cooter R, Pickstone J, editores. *Companion to Medicine in the Twentieth Century*. Londres: Routledge; 2003.
9. Fadlon J. Meridians, chakras, and psycho-neuro-immunology: The dematerializing body and the domestication of alternative medicine. *Rev. Body & Society* [Internet]. 2004 [Acesso em 14 jan. 2022]; 10(4):69-86. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=Meridians%2C+Chakras+and+Psycho-Neuro-Immunology%3A+The+Dematerializing+Body+and+the+Domestication+of+Alternative+Medicine&btnG=
10. Organização Mundial de Saúde/UNICEF. Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1979. 64p. [Acesso em 20 dez. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf.
11. Winiger F, Peng-Keller S. Religion, and the World Health Organization: an evolving relationship. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2021 [Acesso em 21 dez. 2021];6:e004073. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/6/4/e004073>.
12. Brasil. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [Acesso em 04. jan. 2022]; 96 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf.
13. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [Internet]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008 [Acesso em 05. jan. 2022]; 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>
14. Silva GKFD, Sousa IMCD, Cabral MEGDS, Bezerra AFB, Guimarães MBL. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. *Physis* [Internet]. 2020. [Acesso em 07 jan. 2022];30:e300110. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300110>

15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [Acesso em 04. jan. 2022]; 56 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/biblio-905958>
16. Brasil. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [Acesso em 05. jan. 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html
17. Brasil. Decreto nº 5813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. [Acesso em 05. jan. 2022]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/acervo/Mzc=%22>
18. Glass L, Lima NW, Nascimento MM. Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde do Brasil: disputas político-epistemológicas. Saude soc. [Internet]. 2021 [Acesso em 10. jan. 2022]; 30:e200260. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200260>
19. Stahnisch FW, Verhoef M. The Flexner Report of 1910 and its impact on complementary and alternative medicine and psychiatry in north america in the 20th century. Evid Based Complement Alternat Med. [Internet]. 2012 [Acesso em 12. jan. 2022];21(1):47-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2012/647896>
20. Patuzzo S, Ciliberti R. Non-conventional practice versus evidence-based medicine. A scientific and ethical analysis of the Italian regulation. Acta Biomed [Internet]. 2017 [Acesso em 12. jan. 2022];88(2):143-150. Disponível em: <https://doi.org/10.23750/abm.v88i2.5863>
21. Shuval JT, Gross R, Ashkenazi Y, Schachter L. Integrating CAM and biomedicine in primary care settings: Physicians' perspectives on boundaries and boundary work. Qual Health Res [Internet]. 2012 [Acesso em 14. jan. 2022]; 22(10):1317-1329. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049732312450326>
22. Litchy AP. Naturopathic physicians: holistic primary care and integrative medicine specialists. J Diet Supp [Internet]. 2011 [Acesso em 15. jan. 2022];8(4):369-377. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/19390211.2011.623148>
23. Dong J. The Relationship between Traditional Chinese Medicine and Modern Medicine. J Evid Based Complementary Altern Med. [Internet]. 2013 [Acesso em 15 jan. 2022]; article ID 153148:10 p. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/153148>
24. Raaphorst N, Houtman D. 'A necessary evil that does not "really" cure disease': The domestication of biomedicine by Dutch holistic general practitioners. Health [Internet]. 2016 [Acesso em 14. jan. 2022];20(3):242-257. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1363459315583154>

25. Shuval JT, Mizrachi N. Changing boundaries: modes of coexistence of alternative and biomedicine. *Qual Health Res* [Internet]. 2004 [Acesso em 22. jan. 2022];14(5):675-690. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049732304263726>
26. Ezzo J, Bausell B, Moerman DE, Berman B, Hadhazy V. Reviewing the reviews. How strong is the evidence? How clear are the conclusions? *Int J Technol Assess Health Care* [Internet]. 2001 [Acesso em 28. jan. 2022]; 17(4):457–466. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0266462301107014>
27. Assumpção FCVPM, Goulart J. Reflexões sobre a Policy Making e Avaliação em Política Pública. *RPGE* [Internet]. 2017 [Acesso em 25. jan. 2022];21(1):47-63. Disponível em: [https:// dx.doi.org/10.22633/rpge.v21.n1.2017.998](https://dx.doi.org/10.22633/rpge.v21.n1.2017.998)
28. Correia DS, Cardoso GMDC, Taveira MDGMM, Duarte EM, Souza CDFD. Inserção da acupuntura no ensino médico: revisão sistemática das experiências brasileiras. *Rev. bras. educ. med. RBEM* [Internet]. 2021 [Acesso em 25. jan. 2022];45(1):e010. Disponível em: [https:// doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20200379](https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20200379)
29. da Silva PES, de Oliveira Furtado C, Damasceno CA. Utilização de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos no Sistema Público de Saúde Brasileiro nos últimos 15 anos: Uma Revisão Integrativa. *Braz J Dev* [Internet]. 2021 [Acesso em 27. jan. 2022]; 7(12):116235-116255. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-402>
30. Efferth T, Banerjee M, Paul NW, Abdelfatah S, Arend J, Elhassan G, et al. Biopiracy of natural products and good bioprospecting practice. *Phytomed* [Internet]. 2016 [Acesso em 27 jan. 2022]; 23(2):166-73. Disponível em: <https://dx.doi:10.1016/j.phymed.2015.12.006>
31. Perurena FCV. Institucionalização de práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde!? *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [Internet]. 2014 [Acesso em 27 jan. 2022]; 21(1):361-363. Disponível em: [https:// doi.org/10.1590/S0104-59702014000100010](https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100010)
32. da Silva KPS, da Silva AC, dos Santos AMDS, Cordeiro CF, Soares DÂM., dos Santos FF, et al. Autocuidado a luz da teoria de Dorothea Orem: panorama da produção científica brasileira. *Braz J Dev* [Internet]. 2021 [Acesso em 28. jan. 2022];7(4):34043-34060. Disponível em: [https:// doi:10.34117/bjdv7n4-047](https://doi:10.34117/bjdv7n4-047)
33. Crawford R. Salutarismo e medicalização da vida cotidiana. *RECIS* [Internet]. 2019 [Acesso em: 30. jan. 2022];13(1). Disponível em: <https://doi:10.29397/reciis.v13i1.1775>
34. de Santana GX. Pedagogia libertária: um breve histórico dialogando teoria e prática. *RCE* [Internet]. 2018 [Acesso em 28 jan. 2022]; 13(27):472-491. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20500/rce.v13i26.12489>