



Camila Kuhn Vieira

**AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE
(PICS) COMO CUIDADO EMANCIPADOR CONTEMPORÂNEO: UM
ESTUDO NO SUL DO BRASIL**

Tese de Doutorado

Cruz Alta – RS, 2026

Camila Kuhn Vieira

**AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE
(PICS) COMO CUIDADO EMANCIPADOR CONTEMPORÂNEO: UM
ESTUDO NO SUL DO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutora em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Solange Beatriz Billig Garces

Cruz Alta – RS, março 2026

V658p Vieira, Camila Kuhn

As práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) como cuidado emancipador contemporâneo: um estudo no Sul do Brasil / Camila Kuhn Vieira. – Cruz Alta, 2026.
198 f.; PDF.

Tese (Doutorado) – Universidade de Cruz Alta (Unicruz),
Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e
Desenvolvimento Social, Cruz Alta, 2026.
Orientadora: Prof.^a Dra. Solange Beatriz Billig Garces.

1. Terapias Complementares. 2. Práticas Integrativas e
Complementares em Saúde (PICS). I. Garces, Solange Beatriz
Billig.
II. Título.

CDU 816-083(816.5)

Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ
Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social –
Doutorado
Linha de Pesquisa: Práticas Socioculturais e Sociedade Contemporânea

AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) COMO CUIDADO EMANCIPADOR CONTEMPORÂNEO: UM ESTUDO NO SUL DO BRASIL

Elaborado por

Camila Kuhn Vieira

Como requisito parcial para obtenção do Título de
Doutora em Práticas Socioculturais e
Desenvolvimento Social.

Comissão Examinadora:

Prof. Dr^a. Solange Beatriz Billig Garces
Universidade de Cruz Alta – Unicruz

Prof. Dr^a Sirlei de Lourdes Lauxen
Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ

Prof. Dr. Arnaldo Nogaro
Universidade Regional Integrada do Alto Jacuí- URI

Prof.^a Dr^a Maria Beatriz Lisbôa Guimarães
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Cruz Alta – RS, _____ de _____ de _____.



Aos meus pais, Salete e Roque Vieira.

Toda minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, pela minha existência.

Aos meus familiares: pais, tios, avós (in memoriam), irmão e namorado.

Aos amigos e funcionários da Universidade de Cruz Alta.

Aos colegas do Doutorado pelo apoio e parceria.

Aos professores do mestrado/doutorado em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social.

A minha orientadora Solange Beatriz Billig Garces pelas orientações nesta tese, parceria, amizade, apoio e confiança nesta caminhada.

Aos membros da banca, pelo tempo e dedicação nesta tese.

Aos profissionais de saúde e gestores de saúde dos municípios do COREDE Alto Jacuí/RS que participaram deste estudo (Boa Vista do Cadeado, Boa Visita do Incra, Colorado, Cruz Alta, Saldanha Marinho e Selbach).

Gratidão!

RESUMO

AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) COMO CUIDADO EMANCIPADOR CONTEMPORÂNEO: UM ESTUDO NO SUL DO BRASIL

Autora: Camila Kuhn Vieira

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces

A tese tem como objeto de pesquisa as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), no contexto da Atenção Básica em Saúde, como políticas públicas de cuidado emancipador para a população do Sul do Brasil, à luz das Epistemologias Decoloniais com o propósito de ser complementar ao modelo biomédico do conhecimento. Assim a pergunta orientadora central foi: De que modo as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, no contexto da Atenção Básica, podem constituir-se como políticas públicas de cuidado emancipador, para a população do sul do Brasil, à luz das epistemologias Decoloniais? Nesta perspectiva, esta pesquisa tem como objetivo geral analisar à luz das Epistemologias Decoloniais, de que modo as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, como práticas socioculturais emancipatórias no enfrentamento das desigualdades em saúde, apresentam potencialidade de se constituírem em ações e estratégias de cuidado emancipador destinado à população do sul do Brasil. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo descritiva interpretativa por meio de entrevista estruturada de forma online. A amostra foi composta por oito representantes das seis Secretarias Municipais de Saúde pertencentes a esse Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE), sendo os participantes o gestor municipal de saúde e/ou um profissional que atua diretamente com as PICS. Assim, os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo. Os resultados indicaram que houveram avanços importantes em torno das PICS, como a própria Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), mas ainda essas práticas apresentam barreiras e desafios, tanto em sua implementação quanto em seu reconhecimento como cuidado emancipador. Embora existam iniciativas relevantes voltadas à ampliação dessas práticas nos serviços de saúde, ainda se identificam limitações relacionadas à cobertura, à frequência de atendimento e à organização institucional das ações. Conclui-se que esses elementos indicam que a consolidação das PICS na Atenção Primária em Saúde (APS) depende do fortalecimento de políticas locais, da ampliação da formação profissional e da criação de condições institucionais que favoreçam sua integração efetiva às práticas de cuidado no SUS.

Palavras-Chave: Terapias Complementares. Epistemologias Decoloniais. Cuidado Emancipador. Saúde.

ABSTRACT

INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY HEALTH PRACTICES (PICS) AS CONTEMPORARY EMANCIPATORY CARE: A STUDY IN SOUTHERN BRAZIL

Author: Camila Kuhn Vieira

Advisor: Prof. Dr. Solange Beatriz Billig Garces

The research object of the thesis is Integrative and Complementary Health Practices (ICHP), in the context of Basic Health Care, as public policies of emancipatory care for the population of Southern Brazil, in the light of Decolonial Epistemologies with the purpose of being complementary to the biomedical model of knowledge. Thus, the central guiding question was: How can Integrative and Complementary Health Practices, in the context of Primary Care, be constituted as public policies of emancipatory care, for the population of southern Brazil, in the light of Decolonial epistemologies? From this perspective, this research has the general objective of analyzing, in the light of Decolonial Epistemologies, how Integrative and Complementary Practices in Health, as emancipatory sociocultural practices in confronting health inequalities, have the potential to constitute emancipatory care actions and strategies aimed at the population of southern Brazil. This is research with a qualitative, descriptive and interpretative approach through semi-structured interviews online. The sample was composed of eight representatives of the six Municipal Health Departments belonging to this Regional Development Council (COREDE), with the participants being the municipal health manager and/or a professional who works directly with the ICHP. Therefore, the data was analyzed using content analysis. The results indicated that there have been important advances around ICHP, such as the National Policy on Integrative and Complementary Practices in the Unified Health System (SUS), but these practices still present barriers and challenges both in their implementation and in their recognition as emancipatory care. Although there are relevant initiatives aimed at expanding these practices in health services, limitations related to coverage, frequency of care and institutional organization of actions are still identified. It is concluded that these elements indicate that the consolidation of ICHP in Primary Health Care (PHC) depends on the strengthening of local policies, the expansion of professional training and the creation of institutional conditions that favor their effective integration into care practices in the SUS.

Keywords: Complementary Therapy. Decolonial Epistemologies. Emancipatory Care. Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resultados de estudos pesquisados para a Estado da Questão.....	25
Quadro 2 – Participantes da Pesquisa.....	39
Quadro 3 - Principais estudiosos greco-romanos e suas contribuições para a medicina no mundo.....	43
Quadro 4 - Principais eventos relacionados com a promoção da saúde em nível mundial.....	48
Quadro 5 - Principais estudiosos da colonialidade/modernidade	63
Quadro 6 - Principais debates sobre as PICS Pós-Constituinte.....	80
Quadro 7 - PICS regulamentadas no Brasil e suas definições.....	82
Quadro 8 - Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa	86
Quadro 9 - Caracterização dos serviços de saúde relacionados as PICS entre os municípios: parte I	88
Quadro 10 - Caracterização dos serviços de saúde relacionados as PICS: parte II..	93
Quadro 11 – Tipologia das práticas integrativas ofertadas e Formação e qualificação dos profissionais para atuação em PICS	98
Quadro 12 - Principais desafios para o processo de implementação das PICS nos contextos pesquisados	103
Quadro 13 – Dificuldades encontradas para o reconhecimento das PICS	107
Quadro 14 – Categorias analíticas sobre os pontos positivos (potencialidades) das PICS segundo os participantes	109
Quadro 15 – Categorias analíticas sobre as percepções de mudanças relatadas pelos usuários após a aplicação das PICS	111
Quadro 16 – Categorias analíticas sobre a relação entre PICS e modelo biomédico nos serviços de saúde.....	114

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estudos identificados e selecionados	24
Figura 2 - Conselhos Regionais de Desenvolvimento no Rio Grande do Sul, Brasil	36
Figura 3 - Mapa da Região COREDE Alto Jacuí.....	37
Figura 4 e 5 - Paramentação médica na Idade Média.....	45
Figura 6 - Características do modelo Biomédico e da Saúde da Família	71
Figura 7 – Principais desafios para o processo de implementação das PICS nos contextos investigados	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADN	Ácido Desoxirribonucleico
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
COREDE	Conselho Regional de Desenvolvimento
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNS	Departamento Nacional de Saúde
ENFAS	Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Contexto da Atenção à Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família

ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
EUA	Estados Unidos da América
FACUMINAS	Faculdade de Minas Gerais
FARESE	Faculdade da Região Serrana
FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FUNASA	Fundação Nacional da Saúde
GIEEH	Grupo Interdisciplinar de Estudos do Envelhecimento Humano
GPJUR	Grupo de Pesquisa Jurídica em Cidadania Democracia e Direitos Humanos
IAP	Institutos Aposentadoria e pensões
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
LOS	Leis Orgânicas de Saúde
LOPS	Lei Orgânica de Previdência Social
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MT/MCA	Medicina Tradicional e Complementar / Alternativa
MTCI	Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde



ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metaanalyses
PSF	Programa Saúde da Família
PPG	Programa de Pós-Graduação
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICRUZ	Universidade de Cruz Alta
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	14
1.1	Objetivos.....	22
1.1.1	Objetivo Geral	22
1.1.2	Objetivos Específicos	22
1.2	Estado da Questão.....	23
2	CAPÍTULO II – CAMINHO EPISTEMOLÓGICO E METODOLÓGICO.....	30
2.1	Processo Epistemológico.....	30
2.2	Processo Metodológico.....	34
3	CAPÍTULO III - HISTÓRIA DA MEDICINA A PARTIR DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA.....	41
3.1	Construção histórica das ciências médicas a partir do processo saúde/doença: da pré-história à contemporaneidade.....	41
3.2	Construção Histórica das ciências médicas a partir do processo saúde/doença no Brasil: da colônia à República.....	51
4	CAPÍTULO IV - DA COLONIZAÇÃO DO CONHECIMENTO (HEGEMONIA DA CIÊNCIA BIOMÉDICA) ÀS EPISTEMOLOGIAS DECOLONIAIS.....	61
4.1	A colonização do conhecimento: colonialidade e modernidade	61
4.2	A hegemonia do conhecimento da ciência biomédica	66
4.3	Epistemologias Decoloniais e emancipação da população a partir do reconhecimento dos seus saberes.....	73
5	CAPÍTULO V - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE	78
5.1	As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICS no Brasil.....	78
5.1.1	A implementação das PICS, como políticas públicas do cuidado na rede de Atenção Básica do SUS (Brasil).....	85
5.1.1.1	Perfil profissional e institucional dos participantes da pesquisa	85
5.1.1.2	Ampliação e efetivação das PICS: entre a política e a prática.....	98
5.1.1.3	Desafios e potencialidades encontradas na pesquisa para a inserção das PICS no SUS	102
5.1.1.4	Percepções sobre as PICS e as práticas biomédicas	111
5.1.1.5	Analisando as PICS na Atenção Básica a partir da Teoria Decolonial.....	117
6	CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO.....	122
	REFERÊNCIAS.....	125
	APÊNDICES.....	138
	ANEXOS.....	154

1 CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

A medicina, nos primórdios da civilização, baseava-se no empirismo, com o uso de ervas medicinais e a realização de rituais religiosos na busca pela cura. A doença e a morte eram entendidas como castigos divinos, e o homem sempre buscou formas de controlá-las (Zanchi; Zugno, 2010). Com o passar do tempo, as ciências médicas evoluíram ao longo da história, por meio das contribuições de médicos e filósofos da Antiguidade, migrando de uma abordagem empírica para uma interpretação mais racional dos fenômenos naturais (Carvalho, 2013; Gottschall, 2007).

A ciência de Hipócrates introduziu uma visão crítica e racional baseada na relação de causa e efeito, criando o método indutivo e estabelecendo os fundamentos do diagnóstico, do prognóstico e do tratamento – o que hoje é conhecido como medicina baseada em evidências. Com o avanço científico, surgiram inovações tecnológicas e biomédicas importantes, como o desenvolvimento de novas drogas, vacinas, a identificação de doenças contagiosas e infecciosas, a erradicação de algumas enfermidades, a ampliação do saneamento básico e a transição demográfica (Sanvito; Rasslan, 2012; Drumond, 2007).

Contudo, as ciências médicas sofreram influência da sociedade capitalista e sua lógica globalizada, que passaram a conceber a assistência médica como única e hegemônica, atuando exclusivamente sobre a doença (Sanvito; Rasslan, 2012). Nesse contexto, consolidou-se o modelo biomédico, que trata o indivíduo doente como objeto, o médico como mecânico e as instituições hospitalares como oficina de reparos (Sanvito; Rasslan, 2012).

Essa utopia de saúde contemporânea se ancora em um modelo médico hegemônico e eurocêntrico, com a assistência médica voltada para o atendimento de demanda espontânea de forma curativista e assistencialista (Paim, 2012). É nesse cenário que emergem movimentos internacionais que lutam contra o modelo médico hegemônico e eurocêntrico. Em 1974 foi publicado, no Canadá, o Relatório Lalonde, marco do movimento de promoção da saúde. O relatório recomendou uma mudança no enfoque das ações sanitárias do sistema de atenção à saúde, ao defender a promoção da saúde como estratégia central, rompendo com a visão reducionista de que a saúde depende exclusivamente dos cuidados médicos (Carvalho, 2013).

A partir desse movimento, realizaram-se conferências e assembleias em âmbito mundial. Em 1977, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a política “Saúde para Todos no Ano 2000”, com o objetivo de estabelecer um padrão global que assegurasse qualidade de vida e produtividade social e econômica. Em 1978, a Declaração de Alma-Ata,

resultante da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada no Cazaquistão, reafirmou o compromisso com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o mundo. Já em 1986, a Carta de Ottawa — fruto da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá — consolidou os princípios da promoção da saúde, definindo-a como o processo de capacitar indivíduos e comunidades a melhorarem a qualidade de vida e bem-estar (Buss *et al.*, 2020; Carvalho, 2013).

Essa carta foi um marco essencial no que tange à promoção em saúde. Também, na Carta de Ottawa, foram propostas cinco áreas de ação, estratégicas para a promoção da saúde: implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes saudáveis; desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas; capacitação da comunidade e reorientação de serviços de saúde (Buss *et al.*, 2020).

A Carta de Ottawa destaca a importância de colocar as questões relacionadas à saúde na agenda prioritária dos formuladores de políticas públicas em todos os níveis de atenção, com ênfase na adoção de políticas públicas saudáveis. No que se refere à criação de ambientes saudáveis, a Carta reforça a necessidade de proteger o meio ambiente e conservar os recursos naturais como parte fundamental das estratégias de promoção da saúde. O desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas é apontado como essencial para fortalecer a capacitação das pessoas, por meio da disseminação de informações e da educação em saúde. Essa capacitação visa prepará-las para os diferentes ciclos da vida, incluindo o enfrentamento de doenças crônicas e causas externas (Buss *et al.*, 2020).

Além disso, a Carta de Ottawa enfatiza que a capacitação comunitária é fundamental para a melhoria das condições de saúde. Promover a saúde por meio de ações comunitárias requer acesso à informação, oportunidades de aprendizado sobre temas de saúde e apoio financeiro adequado. A reorientação dos serviços de saúde propõe uma visão compartilhada entre indivíduos, comunidades, grupos sociais, profissionais de saúde, instituições prestadoras de serviços e os governos. Todos esses atores devem atuar de forma articulada, com o objetivo de construir um sistema de saúde que contribua efetivamente para a conquista de um elevado nível de saúde para a população (Buss *et al.*, 2020).

No Brasil, os movimentos sociais de base popular cresceram de forma significativa. O modelo de saúde até a década de 1970 era de baixa cobertura e qualidade, limitada e privilegiada ao setor privado. Esses movimentos sociais reivindicaram melhorias no sistema público de saúde por meio de uma reforma sanitária com base na universalidade e integralidade (Souza Junior, 2016; Córdoba, 2013).

Com a conquista da Constituição Federal da República do Brasil de 1988, o direito à saúde foi reconhecido como um dever do Estado e um direito de todos (Brasil, 1988). Cria-se então o Sistema Único de Saúde – SUS, a assistência de saúde fica reconhecida como “direito de todos e dever do Estado[...]” (Brasil, 1988, p. 118). Essa conquista no contexto social e de saúde introduz um sistema de saúde de caráter universal de cuidados e inspirado no modelo *beveridgiano*¹. Em 1991, foi criado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), que em 1992 passou a chamar-se Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Brasil, 1988; Córdoba, 2013).

Esse programa, iniciado no Nordeste e voltado à saúde materno-infantil, apresentou resultados positivos, como a redução da mortalidade infantil. Os agentes comunitários de saúde (ACS), escolhidos nas próprias comunidades, atuam com foco na prevenção e orientação em saúde. As experiências exitosas com o PACS possibilitaram sua ampliação e contribuíram para a criação, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1996. Essa nova abordagem deslocou o foco da doença para a promoção da saúde e o cuidado centrado no indivíduo e na família (Cordoba, 2013).

Assim, a partir dessa contextualização histórica da saúde no Brasil, observa-se que aos poucos outros conhecimentos (não hegemônicos) passam a constituir as ações em saúde na atenção básica a esta. Essa nova perspectiva questiona a hegemonia do saber biomédico e propõe a valorização da pluralidade e diversidade dos conhecimentos populares, ancestrais e científicos (Suess; Silva, 2019; Santos, 2007). As epistemologias decoloniais reconquistam os preceitos da pluralidade, diversidade e emancipação de saberes, caminhos, teorias, ideologias, entre outros (Suess; Silva, 2019). Trazem em sua essência a valorização dos conhecimentos populares não hegemônicos, eliminando desigualdades sociais e científicas (Santos, 2007).

As epistemologias decoloniais buscam descolonizar o saber, desconstruindo os conhecimentos hegemônicos, ou seja, os conhecimentos que foram impostos durante o período colonial. Essas epistemologias reforçam a valorização de outras formas de conhecimentos e saberes não hegemônicos, revelando uma nova ideologia contemporânea e (re)construindo os paradigmas dos saberes através da emancipação humana (Santos, 2007; Mignolo, 2017). É nesta linha de raciocínio que a tese é proposta, no sentido de buscar cuidado integral de forma complementar ao modelo biomédico, que atualmente se faz hegemônico, pois trata o homem exclusivamente a partir da doença e não de forma integral, centrado no indivíduo.

¹ Esse sistema surgiu no Reino Unido na década de 1940, sendo baseado no acesso universal aos cuidados de saúde e todos os serviços médicos são geridos diretamente pelo Governo.

Estes pressupostos, integram as práticas do cuidado emancipador de forma integral para enfrentar as heranças da colonização ocidental eurocêntrica do conhecimento (Santos, 2007; Maia; Farias, 2020). O cuidado emancipador inicia efetivamente, no Brasil, de maneira elementar por meio da Constituição Federal de 1988, trazendo o enfoque da promoção, proteção e recuperação da saúde através de acesso universal e equânime para todos os brasileiros com atendimentos de forma integral com prioridade para as atividades preventivas (Brasil, 1988).

O cuidado emancipador² se fortalece em cada política pública pós Constituinte de 1988, mais precisamente em 2004 com a implementação da Política Nacional de Humanização - PNH conhecida como HumanizaSUS. Essa Política é transversal e estruturada principalmente na integralidade do cuidado promovendo a autonomia e corresponsabilidade dos sujeitos. Ainda como diretriz, a PNH reforça o acolhimento através da escuta qualificada considerando a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença (Brasil, 1988; Brasil, 2013).

Assim, a saúde pública brasileira, organizada a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde, enfrenta desafios constantes para promover um cuidado integral, equânime e resolutivo, que contemple as múltiplas dimensões que envolvem o processo de saúde-doença. No âmbito da Atenção Básica à Saúde, observam-se avanços significativos no enfrentamento das demandas sociais, econômicas e culturais que impactam a saúde da população. Nesse cenário, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) despontam como uma forma complementar capaz de ampliar a compreensão do cuidado para além da racionalidade biomédica, contribuindo para uma abordagem mais humanizada, integral e emancipatória. Portanto, a prática do cuidado emancipador busca humanizar e integralizar a assistência de saúde, abrindo portas para as terapias integrativas e complementares. Terapias estas, que consistem em restabelecer o equilíbrio e a harmonia do indivíduo como forma de cuidado holístico ao ser humano (Ferreira, 2019).

No contexto da saúde-doença, surge uma visão mais integralizada da saúde, centrada em três dimensões: a mental, a espiritual e a física. Em vista disso, a integração das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) vem sendo fortalecida, principalmente pela Organização Mundial da Saúde. A MTCI é um conjunto de práticas de saúde baseado na teoria e nas experiências culturais, com a finalidade de promoção, prevenção e recuperação da

² “A emancipação, então, é o processo de libertação se ampliando para a vida social, no qual os sujeitos vão constituindo formas de ser e estar no mundo, livre dos desejos dos outros. Ele mesmo decide o que é melhor para si e para a coletividade” (Silva, 2013, p.73).

saúde, considerando o ser humano como um todo (Brasil, 2020a; Sousa; Guimarães; Perez, 2021).

Fundamentado na integralidade e singularidade do ser, as PICS foram institucionalizadas no Brasil, no SUS, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), estabelecida pela Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, e ampliada pelas Portarias nº 849 de 27 de março de 2017 e nº 702, de 21 de março de 2018. Essas práticas integram recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, populares e científicos, que buscam prevenir agravos, recuperar a saúde e promover o bem-estar físico, mental, emocional e espiritual. Dentre as práticas contempladas, destacam-se o uso de plantas medicinais, a fitoterapia, a medicina tradicional chinesa, a homeopatia, a acupuntura, o *reiki*, a meditação, o yoga, entre outras. Na realidade cotidiana de comunidades rurais, esses métodos (PICS) muitas vezes já são utilizados de maneira espontânea pela população, constituindo-se como saberes populares que atravessam gerações. Com essa introdução, tal brecha, ainda que discreta, trouxe novos paradigmas à cultura do cuidado, em conexão com os saberes populares e da terra/natureza (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2020a).

Neste viés, as PICS oferecem o cuidado por mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação de saúde, baseado nas necessidades individuais do sujeito de maneira humanizada e holística. Essa prática de cuidado contribui na visão ampliada do processo saúde-doença e na promoção, de forma global, do autocuidado por meio da escuta acolhedora, do elo terapêutico e da integração do ser humano, meio ambiente e sociedade (Brasil, 2006a; Brasil, 2020a; Freitag; Badke, 2019; Ferreira, 2019).

A reflexão teórica que embasa esta investigação ancora-se na perspectiva decolonial e na *ecologia de saberes* proposta por Boaventura de Sousa Santos (2010), que compreende a necessidade de superação das monoculturas do saber e de valorização dos conhecimentos produzidos por diferentes grupos sociais, em especial aqueles historicamente silenciados. Para o autor, “não há ignorância em abstrato, há saberes ignorados” (Santos, 2010, p. 25), o que exige uma ruptura com a racionalidade moderna ocidental e a construção de um diálogo horizontal entre os saberes científicos, populares e ancestrais.

Nesse sentido, investigar as PICS como políticas públicas emancipatórias requer compreender como elas se articulam com os modos de vida, com os vínculos comunitários e com os processos de subjetivação dos sujeitos. Trata-se de pensar o cuidado para além da medicalização e da institucionalização da vida, buscando formas de atenção que respeitem a singularidade, a autonomia e os contextos socioculturais das populações.

A pesquisa também se propõe a realizar um diálogo crítico-reflexivo, onde os sistemas de saúde incluem de maneira mais evidente as práticas tradicionais dos povos originários. Tais experiências oferecem pistas para a construção de políticas públicas mais sensíveis à diversidade cultural e epistêmica, reafirmando a importância de uma saúde baseada no território, na escuta ativa e no reconhecimento das múltiplas racionalidades.

Diante disso, esta tese propõe-se a investigar as PICS como políticas públicas voltadas ao cuidado emancipador, tendo como campo empírico as Estratégias de Saúde da Família e/ou Unidades Básicas de Saúde, em municípios de pequeno e médio porte localizados no interior do Rio Grande do Sul. A pesquisa foi realizada com os profissionais que atuam nestes espaços indicados pelo Secretário Municipal de Saúde de cada município. A investigação foi orientada pela seguinte questão orientadora:

- De que modo as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, no contexto da Atenção Básica à Saúde, podem constituir-se como políticas públicas de cuidado emancipador, para a população do sul do Brasil, à luz das epistemologias Decoloniais?

E como questão complementar:

- Como estão sendo reconhecidas e constituídas as PICS na rede de Atenção Básica à saúde em municípios da região do COREDE Alto Jacuí do Rio Grande do Sul, Brasil?

Da mesma forma, para a efetivação da pesquisa, levantou-se a seguinte hipótese, que se apresenta como a Tese a ser defendida: As PICS, quando reconhecidas e implementadas no âmbito da Atenção Básica à Saúde, têm potencial para se constituírem como políticas públicas de cuidado emancipador, à medida em que valorizam saberes tradicionais, indígenas e populares, em diálogo com as epistemologias decoloniais e promovem uma ecologia de saberes no campo da saúde coletiva. Supõe-se que, nos municípios da região do COREDE Alto Jacuí/Rio Grande do Sul/ Brasil, as PICS vêm sendo apropriadas de forma desigual e ainda incipiente, refletindo tensões entre o saber biomédico hegemônico e os saberes outros, mas também evidenciando experiências singulares de resistência e emancipação sociocultural no cuidado à saúde.

Assim, o desenvolvimento desta Tese busca contribuir com a reflexão crítica sobre o cuidado em saúde no SUS, considerando a potência das PICS como práticas que valorizam a autonomia, a subjetividade e os vínculos comunitários. Ao articular teoria e prática, ciência e saberes populares, esta tese quer fortalecer o compromisso ético e político com uma saúde mais democrática, participativa e plural.

Portanto, esta tese apresenta relevância na área da saúde, trazendo ênfase no conceito ampliado de saúde-doença mediante ao cuidado emancipador por meio das PICS, no qual é

garantido na CF/1988 no art. 196 (Brasil, 1988) e na própria PNPIC/2006 (Brasil, 2006a), reconstituindo a ciência biomédica e trazendo a complementaridade da diversidade epistemológica (Santos, 2007) das práticas de saúde integrativas e complementares.

O cuidado emancipador busca tornar a assistência à saúde mais acolhedora, holística e humanizada, garantindo o direito de cada sujeito à atenção integral à saúde. Esse cuidado visa prevenir doenças e promover a saúde com foco na integralidade do indivíduo e na escuta acolhedora — princípios que orientam tanto as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde quanto a Política Nacional de Humanização. A PNH é uma política transversal, o que significa que deve estar integrada a todas as demais políticas públicas de saúde. Assim, a humanização deve ser um elemento presente em todas as áreas e níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004).

Como relevância social, é importante reforçar que a epistemologia decolonial, por meio das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, pode complementar de forma integral o modelo biomédico, uma vez que este ainda se constitui como um espaço hegemônico de produção de conhecimento, estruturado, muitas vezes, a partir de uma lógica unívoca e colonizadora do saber (Quijano, 2000).

Assim, é possível fortalecer essas práticas e saberes multiculturais da medicina tradicional nas políticas públicas de cuidado na rede de Atenção Básica, promovendo uma abordagem emancipadora e inclusiva. E, ainda, resgatar a herança histórica dos saberes e práticas dos povos não-hegemônicos, também reconhecer essas práticas tradicionais como estratégia da atenção à saúde de forma holística e emancipadora.

Contudo, a inclusão das PICS no sistema público de saúde não ocorre sem tensões. A hegemonia do modelo biomédico, centrado na racionalidade científica moderna e na fragmentação dos saberes, ainda ocupa lugar predominante nas instituições de saúde e nos processos formativos dos profissionais. Essa hegemonia tende a deslegitimar os saberes não ocidentais e a invisibilizar práticas tradicionais que historicamente contribuíram para o cuidado e a cura em diferentes contextos culturais. Nesse sentido, torna-se necessário problematizar as relações de saber-poder que operam no campo da saúde, tal como propõe Foucault (2008), ao evidenciar os dispositivos de normalização e controle que atravessam os discursos sobre o corpo, a saúde e a doença.

Assim, há de considerar a diversidade epistemológica nos territórios, especialmente nas periferias de municípios de pequeno e médio porte, torna-se urgente reconhecer o papel das PICS como instrumentos de cuidado que dialogam com as necessidades, os saberes e as vivências das populações locais. É nesse contexto que esta pesquisa se insere, partindo da

experiência da pesquisadora como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade do interior gaúcho. A prática profissional revela o quanto o cuidado em saúde, nestes espaços, é atravessado por saberes não biomédicos, como o uso de chás, benzimentos, orações, plantas medicinais e outras práticas que compõem o repertório cultural das famílias.

Ainda, a relevância deste estudo se coaduna com a trajetória da pesquisadora que é da área da Ciência da Saúde, graduada em Enfermagem pela Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ (2013-2018), na qual participou como bolsista de iniciação científica do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC da mesma instituição por um ano (2017) e foi integrante do Projeto Rondon da UNICRUZ por três anos consecutivos (2015-2017), sendo que participou da Operação Nacional do Projeto Rondon: Tocantins - Nova Rosalândia, em 2017. Também, na graduação participou de eventos de pesquisa e extensão da própria Instituição de Ensino Superior e do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Contexto da Atenção à Saúde – ENFAS/UNICRUZ.

Iniciou o Mestrado em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social pela UNICRUZ em 2021, sendo bolsista integral (Código de Financiamento 001) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, integrante do Grupo Interdisciplinar de Estudos do Envelhecimento Humano – GIEEH, do Grupo de Pesquisa em Estudos Humanos e Pedagógicos – GPEHP e do Grupo de Pesquisa Jurídica em Cidadania Democracia e Direitos Humanos - GPJUR. A dissertação intitulada como “Condições de vida e saúde de idosos residentes no meio rural do município de Cruz Alta – RS”, foi defendida em fevereiro de 2022.

Em 2022, finalizou a especialização em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade da Região Serrana – FARESE e iniciou o Doutorado em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social pela UNICRUZ, neste mesmo ano finalizou o curso de extensão em Reiki Nível I com carga horária de 18 horas. Em 2023, finalizou o curso de extensão em Auriculoterapia com carga horária de 30 horas, o curso de Gestão de feridas: Cobertura tecnológicas e habilitação em Laserterapia com carga horária de 20 horas, dentre outros.

Em 2024, concluiu a especialização em Saúde Coletiva pela Faculdade de Minas Gerais – Facuminas com carga horária total de 640 horas. Trabalhou como Enfermeira ESF/Rural em um município de pequeno porte (3.258 habitantes) do interior gaúcho e atualmente trabalha em uma ESF/urbana em um município de médio porte. A partir dessa contextualização pedagógica e profissional, é que surgem as indagações pessoais e profissionais da pesquisadora sobre as terapias integrativas e complementares, visto que esses métodos terapêuticos minimizam, de

forma holística, os agravos à saúde da população, principalmente no atual cenário de mudanças demográficas e epidemiológicas.

Esta tese de articula a linha de pesquisa “Práticas Socioculturais e Sociedade Contemporânea” do PPG em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social da UNICRUZ, e contribuirá para discussão e reflexão das epistemologias decoloniais por meio da possibilidade de reconstruir as práticas de saúde-doença com as PICS.

Com base no exposto, esta tese justifica-se pelo propósito de explorar e investigar as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde como políticas públicas voltadas para o cuidado emancipador. Pretende-se, assim, contribuir para as discussões e reflexões na comunidade científica, demonstrando como a epistemologia decolonial pode colaborar na desconstrução do modelo hegemônico e unívoco de conhecimento, característico da ciência médico-industrial capitalista e de matriz colonizadora.

Por meio das PICS, busca-se promover processos de descolonização e o fortalecimento das práticas multiculturais tradicionais, contribuindo para a construção de formas contemporâneas de cuidado que sejam inclusivas, humanizadas e emancipadoras. Destaca-se, ainda, que a escolha dessa temática se justifica pelo seu caráter inédito, conforme é evidenciado no tópico posterior referente ao Estado da Questão. Na sequência, apresentam-se os objetivos da Tese.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar à luz das Epistemologias Decoloniais, de que modo as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, como práticas socioculturais emancipatórias no enfrentamento das desigualdades em saúde, apresentam potencialidade de se constituírem em ações e estratégias de cuidado emancipador.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Resgatar a historiografia das ciências biomédicas no mundo e no Brasil a partir do processo saúde e doença, analisando sua concepção unívoca de cuidado por meio da colonização do conhecimento.

- Refletir sobre as epistemologias que conduzem ao conhecimento decolonial na área da saúde das populações do sul do Brasil, identificando aspectos da constituição e aplicação destas abordagens que podem contribuir para práticas socioculturais emancipatórias no enfrentamento das desigualdades em saúde.

- Averiguar a implementação das PICS, como políticas públicas do cuidado na rede de Atenção Básica do SUS (Brasil), em municípios de pequeno e médio porte do RS, com foco na sua articulação com as necessidades de saúde locais e na promoção da saúde.

1.2 Estado da Questão

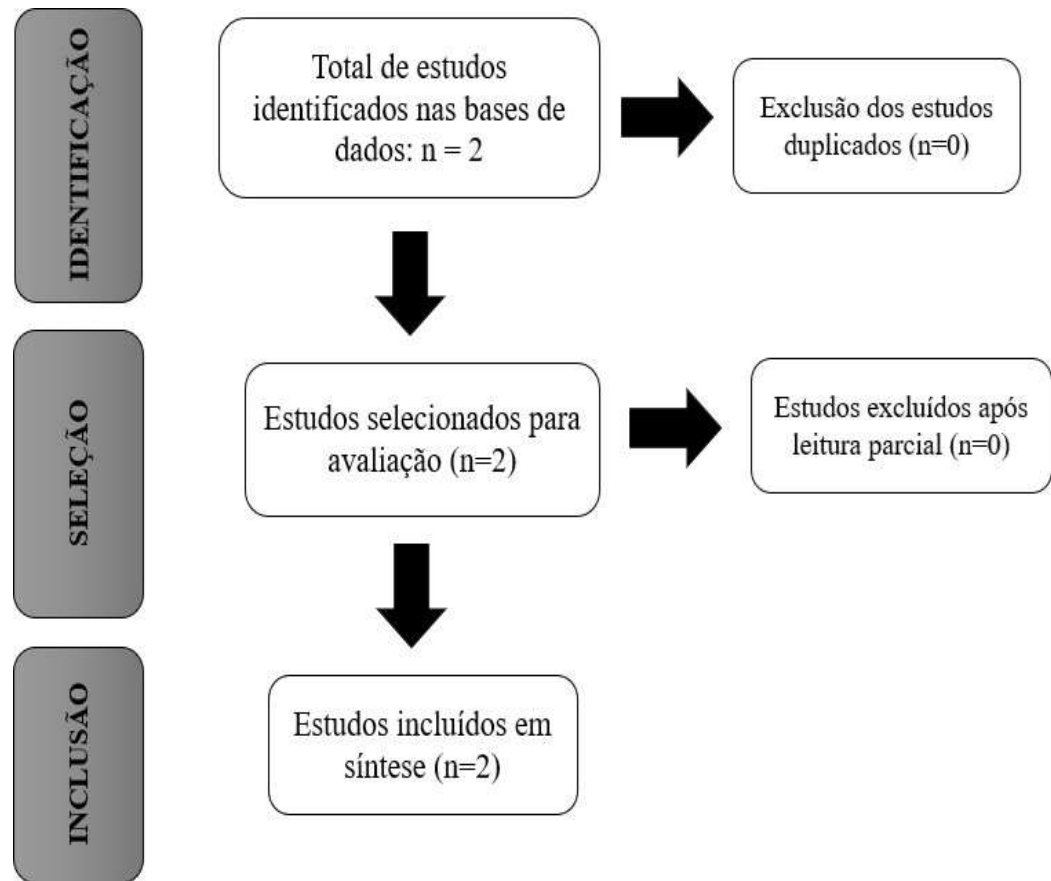
Primeiramente, cabe compreender que o estado do conhecimento é uma “identificação, registro, categorização que levam à reflexão e síntese sobre a produção científica de uma determinada área, em um determinado espaço de tempo, congregando periódicos, teses, dissertações sobre uma temática específica” (Morosini; Fernandes, 2014, p.155). O estado do conhecimento, nesta tese foi atrelado ao Estado da Questão, no intuito de identificar mais precisamente as lacunas deixadas por outros estudos que demonstrem e reforcem o ineditismo da questão problema desta Tese, no qual permite, em um único estudo, reunir diversos conhecimentos. Segundo Francelino e Rebolo (2022) esse método é utilizado para dar visibilidade às produções e conhecimentos já produzidos.

Para a construção do estado do conhecimento visando identificar o estado da questão, foram utilizados os acervos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES e da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações – BDTD, com limitação temporal de 2000 a 2024 e com definição do tipo de documento sendo dissertação e tese, utilizando o conector de busca “*and*” com as palavras-chave: Terapias Complementar *and* Decolonial. Destarte, a pesquisa foi realizada no primeiro semestre de 2024.

A análise dos estudos selecionados quanto ao desenho da pesquisa foi baseada em Polit e Beck (2018) no qual, primeiramente, os estudos foram pré-selecionados por meio da leitura dos resumos, palavras-chave e título das publicações. Posteriormente, identificados aqueles que eram relevantes, extraíram-se as informações básicas para incluí-los no presente estudo. Após, foram categorizados de acordo com as seguintes informações: tipo de documento (dissertação e tese), título, autor(es), ano de publicação/ instituição de ensino, objetivo geral, método, e os principais resultados (Botelho; Cunha; Macedo, 2011; Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Para ilustrar a seleção dos estudos foi utilizado o fluxograma do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metaanalyses* – PRISMA nos resultados (Page *et al.*, 2021).

Figura 1 – Estudos identificados e selecionados



Fonte: baseado em Page *et al.* (2021).

Assim, foram encontrados dois resultados, sendo estas duas teses, as quais foram selecionadas para análise. Para melhor compreensão, no quadro 1, apresenta-se o código de cada estudo, sendo identificado pela letra “D”, Documento e, consecutivamente, “D1” correspondendo ao Documento número um e “D2” ao Documento número dois. A tese (D1) foi publicada em 2023 por Aguiar (2023) no PPG em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. A tese (D2) foi publicada em 2021 por Dias (2021) no PPG em Geografia pela Universidade Federal do Paraná, Curitiba - PR.

Quadro 1- Resultados dos estudos pesquisados para o Estado da Questão

Palavras-chave: Terapia Complementar <i>and</i> Decolonial						
Cód.	Tipo de documento	Título	Autores	Ano/ Instituição	Objetivo geral	Método
D1	Tese (Doutorado em Saúde Pública)	Saúde e cuidado como produção de vida: descolonizar e corazonar a saúde coletiva	AGUIAR, Ada Cristina Pontes	2023 Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro	Contribuir com o processo de transição paradigmática para descolonizar e corazonar a Saúde Coletiva.	Ensaio crítico, conceitual e epistemológico, em diálogo inspirado pela arte e poesia, para desenvolver uma reflexão em torno da transição paradigmática do campo da saúde coletiva. Com interlocuções orgânicas do pensador quilombola Nego Bispo e do pensador indígena Ailton Krenak.
D2	Tese (Doutorado em Geografia)	Alternatividades nas práticas e cuidados com a saúde humana: concepções e dimensão socioespacial da "espiritualidade terapêutica" no aglomerado urbano de Curitiba/PR	DIAS, Mariana Andreotti	2021 Universidade Federal do Paraná	Diagnosticar e analisar dimensões socioespaciais da "espiritualidade e terapêutica" e seus exemplos nos Centros Espíritas localizados no AU-RM.	Estudo de caso, realizado para identificar, mapear e diagnosticar as terapêuticas "alternativas", ao modelo biomédico, ofertadas nos centros espíritas no Aglomerado Urbano de Curitiba (AU-RMC/PR), região sul do Brasil. A metodologia da pesquisa está pautada nos métodos de base lógica popperiana, hipotético-dedutivos e nos meios técnicos de investigação, com o uso de Foucault e suas análises (do discurso, do contexto e do conteúdo).

Fonte: CAPES e BDTD (março de 2024).

Após a leitura dos documentos, percebe-se que o D1 versa sobre a teoria decolonial e a ecologia de saberes baseado na metodologia de um ensaio crítico conceitual e epistemológico com diálogo inspirado pela arte e poesia, desenvolvendo uma reflexão em torno da transição paradigmática do campo da saúde coletiva. Aguiar (2023), inicia sua tese com uma breve trajetória da saúde coletiva, abordando os desafios atuais civilizatórios e planetários, em diálogo com áreas internas a ela, como: saúde da trabalhadora e do trabalhador, saúde e ambiente,

práticas integrativas e complementares em saúde - PICS; e com uma abordagem crítica externa a ela com: a ecologia política.

Por seguinte, o D1 evidencia os diálogos de saberes com as epistemologias do Sul e interlocutores/pensadores como quilombola Nego Bispo e o pensador indígena Ailton Krenak, com o intuito de serem propostos caminhos para descolonizar e *corazonar* a saúde coletiva. Aguiar (2023) traz o termo “corazonar” com o significado de "pensar com o coração". Também, relata o pensamento ecofeminista, para subsidiar a saúde coletiva no processo de ampliação dos cuidados em saúde, de forma a incorporar a perspectiva dos cuidados integrais com as vidas às construções conceituais desse campo.

Aguiar (2023) conclui sua pesquisa afirmando e elencando, em uma transição paradigmática da saúde coletiva, os principais resultados para a efetivação dessa transição: o reconhecimento dos seres humanos como integrantes da natureza, superando a visão moderna que fragmenta e desconecta o ser humano dos demais componentes da natureza, das outras espécies e do feminino; a necessária descolonização da saúde coletiva, inclusive dos setores críticos que fazem parte desse campo, por meio da crítica ao colonialismo e à incorporação das epistemologias do Sul; a importância de corazonar os sujeitos e a práxis da saúde coletiva, rompendo com a rigidez logocêntrica que embora os afetos perpetuada pela racionalidade científica moderna; e fortalecer as aproximações virtuosas entre os cuidados em saúde e os cuidados integrais com as vidas, para ampliar as perspectivas de saúde, vida e cuidado desse campo (Aguiar, 2023).

Já o D2 versa sobre a espiritualidade terapêutica praticada de forma popular/tradicional/alternativa, e em âmbito externo àquele da medicina científica moderna, assim, os atores sociais das medicinas alternativas propiciam conforto, auxílio e significância para os sujeitos adoecidos. De acordo com (2021) trata-se de um estudo de caso com intuito de identificar, mapear e diagnosticar as terapêuticas "alternativas", ao modelo biomédico, ofertadas nos centros espíritas no Aglomerado Urbano de Curitiba (AU-RMC/PR), região sul do Brasil. Tal estudo busca compreender as razões pelas quais o espiritismo, de origem europeia-colonial, conseguiu se perpetuar no território brasileiro como doutrina eurocêntrica/colonial e, principalmente, oferta terapêutica. D2 revela em paralelo às políticas de saúde para as Medicinas Tradicionais Complementares (MTC) a compreensão do contexto oficial das práticas terapêuticas e seus atores no Brasil e na OMS (Dias, 2021).

Dias (2021) cita, em seu método, os teóricos Karl Popper e Michel Foucault para elucidar suas análises. A tese de D2, apresenta um referencial teórico com documentos oficiais e normativas sobre as PICS, a Geografia da Saúde e o Espiritismo. Também, propriamente dito,

o estudo de caso apresenta enunciações amparadas nos atores sociais espíritas, na observação participativa dos espaços da terapêutica, no mapeamento de elementos e variáveis socioespaciais (centros espíritas, clínicas espiritualistas, equipamentos de saúde, variáveis socioeconômicas do IBGE). Deste modo, nos centros espíritas analisados *in loco* identificaram-se diferenças de perspectivas dentro do espiritismo kardecista, algo que resulta em terapêuticas espíritas diversas à saúde.

Logo, com este estado da questão, foi possível verificar que D1 ressalta uma contextualização crítica do tipo poético das epistemologias decoloniais e Ecologia de Saberes, não evidenciando propriamente as PICS. D2, retrata somente um tipo de terapia alternativa (espiritualismo) e conclui que é preciso um estudo futuro, mais detalhado, com abordagem na saúde holística interligados com a teoria decolonial.

É nesta perspectiva que a presente tese se torna relevante, trazendo o foco no cuidado mais holístico e emancipador, por meio das PICS, abordando as epistemologias decoloniais, reconhecendo as práticas integrativas e complementares como práticas de saberes. No entanto, reforço que não há na literatura (dissertações e teses) estudos detalhados sobre essa temática, considera-se necessário estudos com esse tema.

Portanto, por meio deste estado do conhecimento, evidencia-se que a temática da presente tese é inovadora e relevante nos âmbitos científico, social, cultural, da saúde e das políticas públicas. Verifica-se que, na comunidade científica, não há trabalhos que contemplem os objetivos e métodos propostos nesta tese, especialmente aqueles que articulam as epistemologias decoloniais à desconstrução da hegemonia biomédica por meio das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, compreendidas como forma de cuidado emancipador contemporâneo, com ênfase na região Sul do Brasil.

Contudo, na literatura acadêmica, na modalidade artigo científico, foi identificado um manuscrito intitulado como “As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas” da autora Maria Beatriz Lisbôa Guimarães *et al.*, (2020) publicado na revista científica Saúde e Sociedade, que tem como objetivo geral: contribuir para o diálogo entre as abordagens das Epistemologias do Sul e o campo da saúde, com ênfase nas relações entre a biomedicina e os saberes e práticas tradicionais, complementares e integrativos.

Sendo um estudo de natureza teórico conceitual, que retrata a descolonização do saber, do poder e do ser trazendo reflexões no campo da ciência apropriando-se dela na forma contra-hegemônica por meio da interculturalidade, diversidade e pluralidade de saberes e práticas

sociais citando a epistemologia Ecologia de Saberes proposto por Boaventura de Sousa Santos (Guimarães *et al.*, 2020).

Por conseguinte, essa Tese se estrutura em seis capítulos. Neste primeiro capítulo é apresentada a Introdução, relevância da temática para contextualizar e apresentar o objeto de pesquisa. O capítulo apresenta o objeto de estudo e seu recorte a partir das questões orientadoras, hipóteses, relevância e objetivos, bem como o estado da questão.

No segundo capítulo, apresenta-se o caminho epistemológico e metodológico que embasam a Tese, sendo formado, primeiramente, pelo processo epistemológico baseado nas teorias: Ecologia de Saberes (como teoria decolonial), Práticas Socioculturais e Interdisciplinaridade. Ainda neste capítulo, destaca-se o caminho metodológico apresentando a abordagem e tipo de pesquisa; o contexto de realização da pesquisa; a população e amostra de pesquisa; os instrumentos e procedimentos de pesquisa; a análise e interpretação dos dados e os cuidados éticos.

Os capítulos que compõem o embasamento teórico desta tese estruturam-se a partir de uma abordagem histórica, crítica e epistemológica sobre o conhecimento médico e suas implicações sociais. O terceiro capítulo apresenta um panorama histórico da medicina a partir da compreensão do processo saúde–doença ao longo do tempo. Inicialmente, discute-se a construção histórica das ciências médicas desde a pré-história até a contemporaneidade, evidenciando as transformações nas formas de compreender e tratar a saúde e a doença em diferentes contextos históricos. Em seguida, aborda-se o desenvolvimento da medicina no Brasil, desde o período colonial até a República, destacando os marcos institucionais, científicos e políticos que influenciaram a organização do sistema de saúde e a consolidação do modelo biomédico no País.

O quarto capítulo retrata a colonização do conhecimento juntamente com a consolidação da hegemonia da ciência biomédica e as epistemologias decoloniais. Nesse sentido, discute-se a evolução do paradigma biomédico e sua constituição como modelo dominante de cuidado em saúde, articulando essa discussão às relações de poder que sustentam tal hegemonia. O capítulo também aborda a teoria da modernidade/colonialidade, evidenciando como os processos históricos de colonização influenciaram a produção e a legitimação de determinados saberes científicos, em detrimento de outros conhecimentos e práticas de cuidado.

E, ainda neste capítulo quarto, apresenta as epistemologias decoloniais como perspectiva teórica capaz de problematizar a colonialidade do saber e propor caminhos para a valorização de conhecimentos plurais. A partir das contribuições de autores centrais desse campo teórico, discute-se o reconhecimento dos saberes tradicionais e populares e sua

importância para a emancipação social, evidenciando a necessidade de ampliar o diálogo entre diferentes formas de conhecimento no campo da saúde.

Por fim, o último capítulo do embasamento teórico (quinto capítulo), intitulado Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, subdivide-se na seção: As PICS no Brasil, na qual são apresentados os dados empíricos da pesquisa que, confrontados com o referencial teórico, constituem os resultados do estudo. Já, o sexto capítulo, constitui-se como a Conclusão, encerrando a tese com as considerações encontradas na pesquisa.

2 CAPÍTULO II - CAMINHO EPISTEMOLÓGICO E METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta o percurso epistemológico e metodológico que fundamenta a realização desta Tese. Busca-se explicitar os pressupostos teóricos que orientam a construção do conhecimento, bem como as escolhas metodológicas que delinearam o processo de investigação. O caminho epistemológico refere-se às bases filosóficas e conceituais que sustentam a abordagem adotada, alinhando-se aos objetivos da pesquisa e à compreensão crítica da realidade social estudada. Já o caminho metodológico abrange os procedimentos técnicos, as estratégias de coleta e análise de dados, e os critérios de seleção dos sujeitos participantes, com o intuito de assegurar a coerência e a consistência científica do estudo. A articulação entre epistemologia e método revela o compromisso com uma pesquisa situada, crítica e comprometida com a transformação social.

2.1 Processo Epistemológico

A epistemologia é uma “teoria do conhecimento, do que este consiste, de como podemos obtê-lo e como podemos defender e justificar o nosso conhecimento” (Jensen; 2011, p.171). O objeto do estudo epistemológico é baseado na natureza, na estrutura, nas fontes e nos limites do conhecimento, também envolve a cognição individual (crenças no entorno) e cognição coletiva (conhecimento já existente) (Lastra Cid; Marques Segundo, 2020).

A fundamentação teórica do processo epistemológico nesta Tese está baseada na Decolonialidade, na Ecologia de Saberes, na Interdisciplinaridade e nas Práticas Socioculturais. Assim, a epistemologia da interdisciplinaridade busca possibilidades de construção e transformação social por meio do conhecimento prático e/ou teórico, mas principalmente mediado pela *práxis*³ (Freire, 1987) de ordem contínua. Fazenda (1994, p.89) ressalta que “[...] a interdisciplinaridade não é categoria de conhecimento, mas de ação”.

O conceito de interdisciplinaridade é muito usado no meio acadêmico para diluição das fronteiras do conhecimento, pois não é um conceito unívoco e compreendido por todos. Atualmente, esse conceito é um desafio caracterizado por uma abordagem científica, cultural e epistemológica (Nez; Franco, 2014). Os primeiros estudos, no Brasil, publicados com esse tema

³ “A *práxis*, porém, é reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo” (FREIRE, 1987, p.21).

foi proposto por Japiassu (1976), que compreende a interdisciplinaridade como uma troca de conhecimento entre estudiosos, o qual permite a integração entre disciplinas com atividades educativas e projetos de interesse coletivo (Nez; Franco, 2014).

Baseado em Fazenda (1994, p. 94), “a interdisciplinaridade é uma exigência natural e intensa das ciências, no sentido de uma melhor compreensão da realidade que elas nos fazem conhecer. Impõe-se tanto a formação do homem como as necessidades de ação”. Desta forma, a interdisciplinaridade permite que o pesquisador possa construir práticas emancipadoras interligadas nos diversos contextos da humanidade (sociais, culturais, econômico, de saúde, de educação, entre outros) compondo um mosaico multifacetado de práticas socioculturais (Freire; Almeida, 2017) mas, para isso, exige-se também um remanejo metodológico, ontológico e epistemológico.

Ainda, Fazenda (1996, p. 14) considera que “interdisciplinar é o primeiro movimento em direção a um fazer interdisciplinar e a um pensar interdisciplinar”. Portanto, a interdisciplinaridade é necessária atualmente, principalmente quando se trata de buscar novos conhecimentos e teorias. A interação entre disciplinas é cada vez mais constante, logo, precisa-se da fundamentação interdisciplinar, pois transforma a insegurança em exercício/ação do pensar e refletir de forma contínua (Nez; Franco, 2014).

Entretanto, antes de versar sobre a epistemologia das práticas socioculturais, é necessário compreender algumas terminologias, como ressalta-se a seguir. O termo cultura, do latim *collere*, significa cultivar (Rossato, 2011). É o ato de fazer, sentir e pensar do ser humano, ou seja, “[...] trata-se do cultivo, da ação do ser humano sobre a natureza e para os outros” (Rossato, 2011, p. 19). Na perspectiva de Bertoli (2008, p.14) “a cultura é o processo pelo qual o homem realiza sua verdadeira natureza desenvolvendo o conhecimento de si e do mundo, e a consciência da vida em comunidade”.

Para Laraia (2001), a cultura é um processo complexo e em constante transformação, no qual nasce da interação entre os homens. Ainda, Laraia (2001, p.41) complementa:

O homem é o resultado do meio cultural em que foi socializado. Ele é um herdeiro de um longo processo acumulativo, que reflete o conhecimento e a experiência adquiridas pelas numerosas gerações que o antecederam. A manipulação adequada e criativa desse patrimônio cultural permite as inovações e as invenções. Estas não são, pois, o produto da ação isolada de um gênio, mas o resultado do esforço de toda uma comunidade.

Neste viés, Bourdieu (2009) ressalta que as práticas sociais são definidas como “aptidões sociais, variáveis no tempo e no espaço, transferíveis, não estáticas, no interior e entre

indivíduos da mesma classe e que fundamentam os distintos estilos de vida” (Bourdieu, 2009, p.135). Portanto, as práticas sociais e culturais estão impregnadas no homem, ou seja, o homem é resultado de práticas socioculturais, pois a cultura adquirida de geração em geração interage no comportamento social condicionando na cosmovisão do indivíduo (Laraia, 2001; Martins, 2006).

Consequentemente, o conceito de prática sociocultural é complexo, modificável e reflete no comportamento social, cultural, econômico e político construídos na sociedade. Essa construção sociocultural na sociedade é baseada no conhecimento (experiências) já existente do sujeito a partir da interação com seu meio (intrínseco e extrínseco), sendo capaz, o sujeito, de transformá-la mediante a descoberta de novos conhecimentos baseado na realidade daquele momento. Ou seja, as práticas socioculturais na sociedade são acumulativas, complexas e estão em constante transformação (Laraia, 2001; Martins, 2006).

É por meio das práticas socioculturais e interdisciplinares, versadas anteriormente, que a epistemologia da decolonialidade se fortalece, pois busca repensar e desafiar a lógica colonial e consequentemente seus efeitos na sociedade, construindo um novo sistema de conhecimento e saberes que seja mais justo e igualitário. Entre os autores que discutem essa teoria, destacam-se: Aníbal Quijano (2005), Walter D Mignolo (2017), Enrique Dussel (2007), dentre outros.

A epistemologia decolonial contra hegemônica reconquista os preceitos de diversidade e pluralidade de vozes, saberes e caminhos (Suess; Silva, 2019), trazendo uma nova ideologia contemporânea. Este pressuposto decolonial resgata e empodera os conhecimentos dos subalternos e oprimidos, no intuito de (re)construir paradigmas através da emancipação humana (Zeifert; Agnoletto, 2019; Santos, 2002).

Assim, a decolonialidade apresenta uma inserção diretamente com a teoria da Ecologia de Saberes, proposta por Boaventura de Sousa Santos (2010), que reconhece os domínios da epistemologia no reconhecimento da pluralidade e diversidade de saberes, eliminando as desigualdades sociais e científicas. E o autor complementa que “[...] todas as práticas de relação entre seres humanos e entre eles e a natureza participa mais de uma forma de saber” (Santos, 2010, p. 157).

A ecologia do conhecimento requer uma nova forma de solidariedade, a de um diálogo igual e simétrico, onde a diferença e a semelhança não são colocadas em oposição, mas sim vistas como dois aspectos de uma mesma relação. Neste diálogo, a dignidade da diferença deve ser reconhecida, bem como a igualdade da dignidade (Santos, 2004, p. 112).

Santos (2010) considera que “[...] o conhecimento é interconhecimento, é reconhecimento, é autoconhecimento”. Ainda, expõe que “[...] a utopia do interconhecimento é aprender outros conhecimentos sem esquecer os próprios” (Santos, 2010, p. 157). Desta forma, a Ecologia de Saberes retrata a necessidade de superação do sistema do conhecimento eurocêntrico, dominante e unívoco. Diante desta epistemologia, Santos (2010) propõe desafiar essa monocultura do saber por meio do reconhecimento de outras formas de conhecimento, valorizando o modo de pensar de diferentes grupos sociais, incluindo os grupos marginalizados.

É nessa perspectiva que a tese se vincula, ao questionar a hegemonia do saber biomédico, tradicionalmente centrado na doença, e destacar a pluralidade e a diversidade de conhecimentos populares, ancestrais e científicos. Essa abordagem é reforçada e fundamentada nas epistemologias decoloniais, que buscam desconstruir o modelo biomédico hegemônico.

Logo, a epistemologia das práticas socioculturais, interdisciplinaridade e decolonialidade, integrando nesta a ecologia de saberes, no âmbito do conceito de saúde se complementam, pois o contexto que a saúde ocupa na história de cada indivíduo e/ou sociedade são consideradas diferentes porque as experiências são singulares (Czeresnia; Maciel; Oviedo, 2013). Ou seja, os saberes populares de comunidades não-hegemônicas são diferentes dos saberes tradicionais-hegemônicos, mas a concepção de saúde e doença não pode excluir nenhum deles. Embora Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013, p.15) afirmem que “os sentidos da saúde e da doença são, ainda, configurados social, histórico e culturalmente, eles não estão isentos de crenças, hierarquias, juízos de valor, conhecimentos e atitudes compartilhados em um grupo”. Assim, a tentativa de definir o termo saúde é complexo e envolve as práticas socioculturais da sociedade, as epistemologias decoloniais e a teoria da interdisciplinaridade, pois o conceito de saúde deve ser ampliado e não pode deixar de lado o que não é conhecimento sistematizado (tradicional), ou seja, conhecimento não-hegemônico (Czeresnia; Maciel; Oviedo, 2013).

Portanto, as epistemologias decoloniais, as práticas socioculturais e a interdisciplinaridade no contexto das práticas de saúde trazem como pressuposto o homem “repartido” entre doença e saúde. O homem, desde sua existência, tentou dominá-las, mas, com o passar dos séculos e o avanço da ciência e da tecnologia, construiu a teoria da doença e saúde baseada na ciência médica, deixando a teoria da saúde e da doença incompletas. Como ressaltam Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013, p.18), “do ponto de vista da medicina, o reconhecimento da doença é principalmente dado pela visualização de uma lesão ou anomalia”.

As epistemologias (práticas socioculturais, interdisciplinaridade e decoloniais) vistas até o momento, ressaltam uma construção ampliada ao longo da teoria saúde e doença trazendo

o entorno da subjetividade de cada indivíduo e comunidade no que se refere ao contexto cultural, social e histórico. As práticas do conhecimento não-hegemônicos se destacam nestas teorias, complementando o conceito científico, pois, “saúde, do ponto de vista pessoal, não é exatamente a mesma coisa que do ponto de vista médico” (Czeresnia; Maciel; Oviedo, 2013, p.18). Essa repartição do homem entre saúde e doença, conhecimento científico e conhecimento tradicional, somente foram relacionadas e/ou unidos atualmente, através de novos saberes epistemológicos e ontológicos, trazendo assim, o conceito ampliado de saúde e doença.

2.2 Processo Metodológico

O caminho metodológico da pesquisa é apresentado de forma detalhada como foi executado em cada fase da pesquisa desta Tese. Assim, esse estudo caracteriza-se com abordagem qualitativa do tipo descritivo interpretativo por meio de entrevista estruturada de forma online. O método qualitativo aprofunda-se no universo de significados (crenças, valores, atitudes) das ações e relações humanas, ou seja, não pode ser quantificado. “Esse nível de realidade não é visível, precisa ser exposta e interpretada, em primeira instância, pelos próprios pesquisados” (Minayo, 2007, p.22). Kirschbaum (2013, p.185) ressalta que os “[...] pesquisadores qualitativos buscam identificar no estudo em questão as causas necessárias e suficientes para explicar um fenômeno de interesse”.

A pesquisa qualitativa [...] está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e a como as pessoas compreendem esse mundo. Tenta, portanto, interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos, etc.) em termos de sentidos que as pessoas lhes dão; em função disso, é comumente referida como pesquisa interpretativa (Pope; Mays, 2005, p.13).

Minayo (2014) revela que na formulação de uma pesquisa, não é suficiente compreender somente suas operações lógicas, mas sim envolver o sentido sociológico e histórico de sua definição e combinação. “[...] O universo das investigações qualitativas é o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam (Minayo, 2014, p.24).

Desta forma, Gil (2010) ressalta que as pesquisas descritivas têm o objetivo de descrever as características de determinada população ou fenômeno. Salienta-se também, que as pesquisas descritivas procuram descobrir a frequência com que os fatos ocorrem, sua natureza, causas e particularidades. A pesquisa descritiva utiliza os resultados dos levantamentos de dados e caracteriza-os através de hipóteses especulativas, não especificando as relações de causalidade. Assim, a elaboração da pesquisa exige um conhecimento aprofundado do problema a ser

pesquisado (Aaker; Kumar; Day, 2004). “[...]O pesquisador precisa saber exatamente o que pretende com a pesquisa, ou seja, quem (ou o que) deseja medir, quando e onde o fará, como o fará e por que deverá fazê-lo” (Mattar, 2001, p. 23).

Para Triviños (1987, p. 110), “o estudo descritivo pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade” em que o estudo descritivo é empregado quando o propósito do pesquisador é conhecer determinada comunidade, suas características, valores e problemas de modo sociocultural. No entanto, a pesquisa interpretativa é um método de estudo qualitativo que reconhece o básico dos processos interpretativos e cognitivos relacionados à vida social e seus contextos (Cassiani; Caliri; Pelá, 1996).

A pesquisa interpretativa é fundamentada nos dados, abrangendo o interacionismo simbólico (interação entre o indivíduo e o seu ambiente) e a etnografia que explora os fenômenos culturais do ponto de vista do sujeito do estudo. “[...] Ficam claras, pois, as raízes da teoria fundamentada nos dados, voltada, segundo a perspectiva interacionista, para o conhecimento da percepção ou do "significado" que determinada situação ou objeto tem para o outro” (Cassiani; Caliri; Pelá, 1996, p.76).

A tese vincula-se a essa perspectiva ao buscar compreender as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde como práticas emancipatórias de cuidado, capazes de tensionar e desconstruir a hegemonia do modelo biomédico. Nesse sentido, valoriza-se a experiência do senso comum e os saberes produzidos no cotidiano, os quais são interpretados e reinterpretados à luz das epistemologias decoloniais. Tal abordagem possibilita descrever e compreender o universo dos fenômenos sociais e das práticas de cuidado presentes em determinada comunidade.

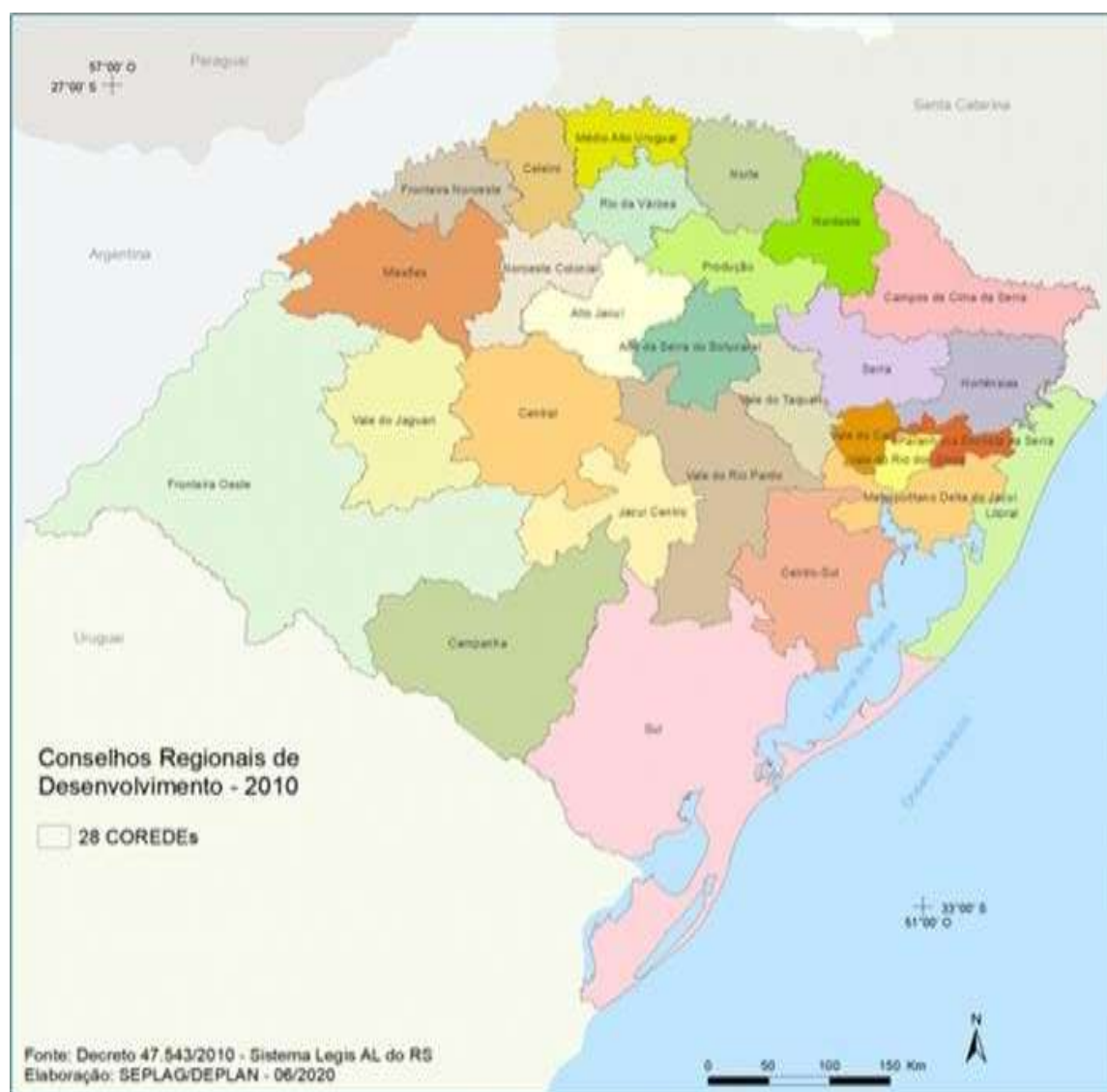
Logo, antes de abordar o contexto da presente tese, torna-se necessário contextualizar a divisão territorial do estado do Rio Grande do Sul no âmbito do desenvolvimento regional, estruturada por meio dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDEs). Assim, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul criou em 17 de outubro de 1994 por meio da Lei nº 10.283, os COREDEs, sendo este um fórum de discussões com o propósito de promover políticas e ações que visam o desenvolvimento regional (SPGG, 2021).

Os Conselhos Regionais de Desenvolvimento têm por objetivo a promoção do desenvolvimento regional, harmônico e sustentável, através da integração dos recursos e das ações de governo na região, visando à melhoria da qualidade de vida da população, à distribuição equitativa da riqueza produzida, ao estímulo à permanência do homem em sua região e à preservação e recuperação do meio ambiente (Corrêa *et al.*, 2010, p.18).

Inicialmente, a estrutura regional do Estado do RS era dividida em 21 regiões, posteriormente em 1998 foi alterada para 22 COREDEs, em 2004, passou a 24 regiões com a

criação do COREDE da Serra do Botucaraí e Jacuí Centro. Já em 2006, foram inseridas as regiões dos Campos de Cima da Serra e Rio da Várzea e, finalmente, em 2008, por meio do Decreto nº 45.436, foram acrescentados o Vale do Jacuari e Celeiro, passando o Estado a contar com 28 COREDEs, até o momento (SPGG, 2021).

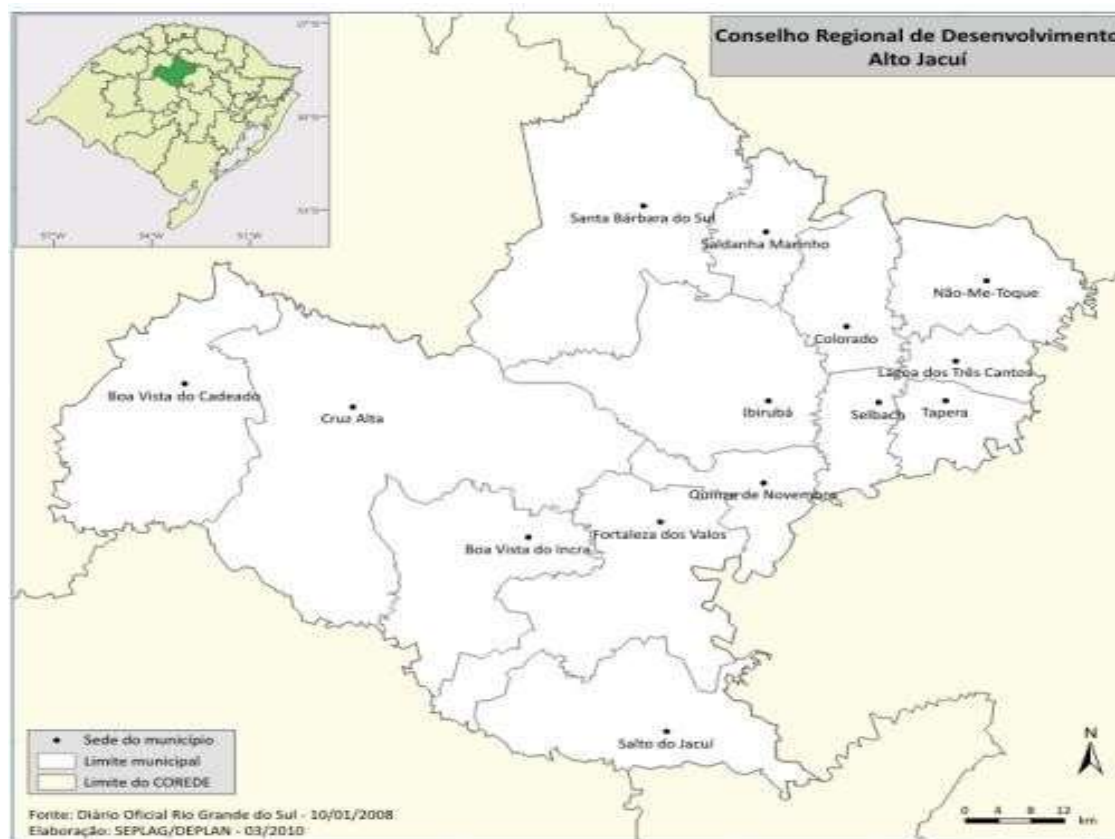
Figura 2 – Conselhos Regionais de Desenvolvimento no Rio Grande do Sul, Brasil.



Fonte: SPGG, 2021.

A região do COREDE Alto Jacuí é composta por quatorze municípios: Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Colorado, Cruz Alta, Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Lagoa dos Três Cantos, Não-Me-Toque, Quinze de Novembro, Saldanha Marinho, Salto do Jacuí, Santa Bárbara do Sul, Selbach e Tapera (COREDE, 2015), conforme figura 3.

Figura 3 – Mapa da Região COREDE Alto Jacuí.



Fonte: COREDE, 2015.

Desta forma, este estudo teve como cenário de pesquisa, isto é, como população (universo), as 14 Secretarias Municipais de Saúde que integram o COREDE Alto Jacuí/RS. A amostra da pesquisa foi composta por seis Secretarias Municipais de Saúde pertencentes a esse COREDE, sendo os participantes: o gestor municipal de saúde e/ou um profissional que atua diretamente com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Como critérios de inclusão na pesquisa, integraram o *corpus* do estudo: gestores de saúde que atuam há mais de um ano nas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios do COREDE Alto Jacuí e/ou profissionais que desenvolvem atividades relacionadas às PICS na Atenção Primária à Saúde e que aceitaram participar da investigação científica.

Como todos os municípios foram convidados para participar da pesquisa, mas somente seis aceitaram participar, a amostra foi estabelecida como não probabilística, especificamente uma amostra por conveniência ou amostra de voluntários. Os municípios que aceitaram participar da pesquisa foram:

- a) Boa Vista do Cadeado -RS: A população total do município de 2.229 habitantes, sendo 408 pessoas idosas (60 anos ou mais), densidade demográfica

3,18hab/km², Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM de 0,703 (IBGE, 2023).

- b) Boa Vista do Incra - RS: A população total do município é de 2.616 habitantes, sendo 339 pessoas idosas, densidade demográfica 4,50 hab/km², com IDHM de 0,731 (IBGE, 2023).
- c) Colorado – RS: a população total do município de Colorado é de 3.258 habitantes, sendo 2.910 pessoas idosas, densidade demográfica 11,38 hab./km², IDHM de 0,758 (IBGE, 2023).
- d) Cruz Alta – RS: a população total do município de Cruz Alta é de 60.299 habitantes, sendo 17 mil pessoas idosas, densidade demográfica 43,30 hab./km², IDHM de 0,750 (IBGE, 2023).
- e) Saldanha Marinho -RS: a população total do município de 2.869 habitantes, sendo 535 pessoas idosas, densidade demográfica 11,62 hab./km², IDHM de 0,762 (IBGE, 2023).
- f) Selbach – RS: a população total do município é de 4.929 habitantes, sendo 808 pessoas idosas, densidade demográfica 28,94 hab./km², com IDHM de 0,777 (IBGE, 2023).

Para a realização da pesquisa junto ao COREDE Alto Jacuí/RS, foi encaminhada uma solicitação ao presidente do COREDE Alto Jacuí e outra a cada uma das seis Secretarias Municipais de Saúde. Todas as instituições emitiram parecer favorável à realização da pesquisa, a partir da análise da carta-convite e do termo de autorização encaminhados (APÊNDICE A; APÊNDICE B).

O plano de recrutamento dos potenciais participantes da pesquisa seguiu as seguintes etapas:

- Contato inicial com as Secretarias Municipais de Saúde, por meio do envio de carta de autorização, na qual foram apresentados a proposta da pesquisa, seus objetivos, a justificativa, a relevância científica e os procedimentos metodológicos a serem adotados.
- Contato posterior via telefone, com a finalidade de convidar os participantes para a etapa de coleta de dados da pesquisa.
- Realização das entrevistas, conduzidas de forma individual por meio da plataforma Google Meet, ocasião em que foram apresentados o Termo de Confidencialidade e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- Devolutiva dos resultados, após a análise dos dados, mediante novo contato por telefone e e-mail e, posteriormente, por meio de um encontro coletivo para a apresentação dos resultados da pesquisa, acompanhados de um relatório detalhado.

Assim, participaram desta pesquisa um total de 08 representantes dos seis municípios

do COREDE Alto Jacuí -RS, sendo apresentado abaixo:

Quadro 2 – Participantes da Pesquisa

Município	Representantes dos municípios	
	Participantes profissionais de saúde	Participantes gestores de saúde
Boa Vista do Cadeado	1	_____
Boa Vista do Incra	1	_____
Colorado	1	_____
Cruz Alta	1	1
Saldanha Marinho	1	_____
Selbach	1	1
Total	6 (75%)	2 (25%)
8 representantes dos municípios		

Em relação ao instrumento de pesquisa utilizado para a coleta de dados, adotou-se uma entrevista estruturada, realizada de forma online, com foco na implementação e nos desafios das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em cada município estudado da região do COREDE Alto Jacuí – RS (Brasil). A entrevista foi constituída com 25 perguntas, sendo as iniciais para caracterizar o perfil do participante e as demais do tipo aberta.

Esse instrumento (APÊNDICE C) foi elaborado pela pesquisadora e posteriormente validado por três doutores integrantes do Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social da UNICRUZ (APÊNDICE D).

A análise dos dados qualitativos foi baseada na Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2011, p. 24) sendo “[...] uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa de conteúdo manifesto da comunicação”. Desta forma, Bardin (2011) ressalta que a Análise de Conteúdo se divide em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A fase da pré-análise tem como intuito a organização inicial das ideias mediante a leitura flutuante, a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e dos objetivos. A exploração do material caracteriza-se por procedimentos aplicados manualmente ou por meio de programas efetuados por computador. Essa fase consiste em operações codificadas e/ou numeradas. Já a terceira fase, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, baseiam-se nos resultados brutos a tratados de maneira significativa e válida, por intermédio de operações simples (porcentagens) ou mais

complexas (análise fatorial) (Bardin, 2011). Já, para a análise dos dados do estudo documental utiliza-se a matriz de análise por categorização proposto por Bardin (2011), conforme definido em Matriz de Análise por meio de pré-categorias (APÊNDICE G).

Por meio das considerações bioéticas, foi observado rigorosamente o que consta na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Este estudo foi submetido ao CEP da UNICRUZ (CAAE: 67444022.2.0000.5322), conforme cuidados éticos em pesquisa e recebeu aprovação sob parecer nº 5.943.956.

3 CAPÍTULO III - HISTÓRIA DA MEDICINA A PARTIR DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

A História da Medicina é marcada pelo esforço do homem, desde sua existência, em dominar a doença/morte e a cura/saúde. Esse processo histórico em torno das ciências médicas teve contribuições de filósofos, religiosos, cientistas e principalmente dos conhecimentos populares. Assim, neste capítulo é abordado a história da medicina e do processo saúde/doença ao longo das décadas tanto no mundo e quanto no Brasil.

3.1 Construção histórica das ciências médicas a partir do processo saúde/doença: da pré-história à Contemporaneidade

A História das ciências médicas é a história do esforço do homem diante da doença e da saúde, da morte e da longevidade, do sofrimento e da cura, desde o processo de civilização.

Neste sentido, há registros que desde o período da Pré-História já existiam estudos sobre as doenças/enfermidades analisados em restos humanos após a morte. Nesta época chamava-se medicina primitiva pré-histórica (primeiros registros históricos até 4.000 a.C.) (Gusmão, 2004).

Mais precisamente no período Neolítico da Pré-História (10.000 a 4.000 a.C.) foram encontrados crânios trepanados, como procedimento médico para tratamento de doenças. Outros estudos registrados, mostraram a evolução da medicina baseada na magia e no empirismo. A essas crenças e práticas médicas, na tentativa do homem de combater as enfermidades, deu-se o nome de Paleomedicina (Zanchi; Zugno, 2010; Gusmão, 2004; Frank; Rempel, 2022).

Na civilização primitiva, a doença significava algo sobrenatural, destino ou castigo dos deuses/bruxos. Todavia, o processo de cura resultava de rituais religiosos, antecedido por batucadas, danças e utilização de ervas medicinais, onde o doente era considerado vítima e pecador (Fernandes, 2000a). “Durante muito tempo, [...] a preocupação da Medicina foi a doença. Curar o mal, suprimir o sofrimento, evitar a morte iminente foram os objetivos que, desde as origens, o homem procurou alcançar com o ato médico” (Zanchi; Zugno, 2010, p. 19).

Ainda, no mundo primitivo, as pessoas doentes eram tratadas de maneira diferente, conforme a cultura dos povos. Algumas eram tratadas com benevolência e aceitação. Já outros povos as tratavam de forma agressiva, induzindo-as ao abandono, ao suicídio ou até mesmo ao canibalismo. As pessoas com distúrbios mentais eram vistas de maneira semelhante, sendo que algumas culturas os consideravam espíritos maus, enquanto outras como seres espirituais que precisavam ser respeitados (Frank; Rempel, 2022).

Embora a explicação sempre fosse sobrenatural, havia um empirismo em algumas técnicas curativas utilizadas, como, por exemplo, as massagens e a utilização de drogas. Muitos povos já tinham conhecimento do poder curativo de plantas. Muitas doenças eram contagiosas e podiam liquidar com uma população. [...] Muito antes do período colonial, tribos africanas praticavam um método de vacinação chamado de variolação, que consistia em colocar secreção das feridas da varíola debaixo da pele, para provocar imunidade contra a doença (Frank; Rempel, 2022, p.9).

Estudos encontrados em papiros referentes à medicina egípcia, datados em meados do segundo milênio a.C. revelaram conhecimentos médicos mais antigos. Os egípcios utilizavam tratamentos medicamentosos, incluindo o uso de óleo de castor como laxante e casca de árvores, para acelerar a cura. Outra prática dos egípcios era o hábito de verificar o pulso do paciente como modo de avaliar sua saúde, em que o batimento cardíaco era medido no pulso ou na garganta (Ramos, 2021; Frank; Rempel, 2022). Ainda os egípcios, em relação a medicina:

Quando havia suspeita de gravidez, eram feitos testes com a urina. A mulher urinava num recipiente com uma variedade de cevada. Se ela germinasse, a gravidez estava confirmada. Independentemente do percentual de acertos, o mais notável é o conhecimento da relação entre a composição da urina e a gravidez, há milhares de anos antes de Cristo (Frank; Rempel, 2022, p.10).

A medicina greco-romana foi crucial para a evolução do conhecimento médico, além das mitologias da época, os gregos propuseram a medicina baseada em princípios racionais. Todavia, o declínio da medicina por meio de rituais religiosos, começou no século VI a.C com o aparecimento de estudiosos que sugeriram um novo conhecimento por meio do raciocínio humano, assim, este período foi chamado de medicina da antiguidade (4.000 a.C até 476 d.C). A partir disso, afirma-se que o homem, desde sua existência sobre a Terra, sempre transitou na busca constante de controlar e alterar a doença e a morte (Zanchi; Zugno, 2010).

Frank e Rempel (2022) dividem a história da medicina greco-romana em três períodos: o primeiro conhecido como Período Pré-Hipócrates (início da medicina propriamente dita até 460 a.C.), o segundo como Período Clássico (460 a.C. até 146 a.C.) e, terceiro como Período Greco-romano (146 a.C. até 476 d.C.). Sendo que os estudiosos da época contribuíram para a evolução da medicina no mundo, trazendo uma visão mais racional e baseada em evidências. No quadro abaixo apresentam-se os principais estudiosos greco-romanos e suas contribuições para a medicina, no período da antiguidade.

Quadro 3 – Principais estudiosos greco-romanos e suas contribuições para a medicina no mundo

Período	Estudiosos	Contribuição na medicina
Pré-Hipócrates	Alcmeon (Séc. VI a.C.)	Mestre em anatomia e fisiologia descobriu os nervos ópticos e a trompa de Eustáquio. Distinguiu as artérias e as veias e formulou a primeira explicação para as doenças, baseada em desequilíbrios do corpo.
Clássico	Empédocles (492 a.C.-?)	Contribuiu para a medicina antiga com a teoria dos humores, baseada na teoria dos quatro elementos, que orientou todo o pensamento médico até o início do século XVIII.
Clássico	Hipócrates (460 a.C.-370 a.C)	Pai da medicina, é o médico mais destacado na antiguidade, por suas descobertas. Criou a medicina prática baseada na observação clínica e métodos de diagnósticos por meio da análise do estado do doente (pulso, temperatura, excreções, dores específicas e movimentos do corpo e mente - raciocínio). Acreditava na Teoria dos Humores, em que a natureza do corpo humano era composta de sangue, fleuma, bile amarela e negra. Assim, quando estes humores estivessem harmônicos significava ter saúde preservada e, quando estivessem com falta ou excesso significava ter doença. Também escreveu diversas obras sobre a ética médica e publicou pesquisas sobre doenças, saúde pública e nutrição.
Clássico	Diocles (375 a.C.–295 a.C)	Médico grego, nascido em Carystus, cidade grega. Trabalhou em Atenas, onde escreveu o primeiro tratado médico da Ática. Seu trabalho mais importante foi em medicina prática, especialmente, sobre dieta e nutrição. O médico acreditava na doença como alteração no balanço entre os elementos, também já recomendava escovar os dentes.
Clássico	Herófilo (335 a.C. - 280 a.C.)	Reconhecido como primeiro anatomista da história, juntamente com Erasítrato fundou a famosa Escola de Medicina de Alexandria. Herófilo, considerado o pai da anatomia, foi um dos primeiros a basear suas conclusões na dissecação de cadáveres. Ele estudava o cérebro e reconheceu este órgão como o centro do sistema nervoso e da inteligência, sendo que dissecou e descreveu sete pares de nervos cranianos. Também distinguiu nervos de vasos sanguíneos e os nervos motores dos sensitivos. Outros objetos de estudo foram: os olhos, o fígado, o pâncreas, as glândulas salivares e o trato alimentar, bem como os órgãos genitais. Também foi um estudioso de Hipócrates e escreveu um tratado sobre o método hipocrático.
Clássico	Erasítrato (304 a.C e 250 a.C)	Trabalhou em conjunto com Herófilo, em Alexandria, onde ambos conduziram uma série de pesquisas anatômicas em cadáveres, foi considerado o primeiro patologista da história.
Greco-romano	Pedáneo Dioscórides, (primeiro século d.C) durante o reinado do Imperador Nero.	Escreveu o tratado " <i>Peri ules iatrichès</i> ", conhecido em latim como "Matéria Médica", em cinco livros, considerado o manual médico e a farmacopeia mais importantes da Grécia e da Roma antiga. Foi utilizado na Idade Média, tanto no mundo árabe quanto no ocidental. O tratado é sobre a eficácia terapêutica de substâncias naturais originárias do reino animal, vegetal e mineral.

Greco-romano	Praxágoras de Cós (n. - 340 d.C.)	Acreditava em onze humores, em vez de quatro, como também distinguiu mais precisamente as artérias das veias. Acreditava que as artérias saíam do coração e levavam o pneuma, espécie de ar circulante necessário ao funcionamento dos órgãos, que entrava pelos pulmões. Conforme suas pesquisas, as veias provinham do fígado e carregavam o sangue, produto da digestão, até os órgãos. Seu discípulo, Platônico, escreveu um tratado sobre anatomia.
Greco-romano	Cláudio Galeno (129-216 d.C.)	Foi considerado o pai da farmácia, mas também trabalhou como oftalmologista, nutricionista, esteticista, dentista e cirurgião plástico. Pode ser considerado o pai da medicina experimental, por causa dos seus estudos do corpo humano, através de dissecações. O modelo de circulação de Galeno foi utilizado por séculos, baseado na Teoria dos Humores. Segundo Galeno, o sangue formar-se-ia no fígado e seria transportado para todo o corpo. Uma pequena parte dele iria para os pulmões, onde seria misturado com o ar e encaminhado para o ventrículo direito do coração. Em seguida, passaria para o esquerdo, através de poros existentes no septo. Finalmente, seria canalizado ou para o resto do corpo, onde desempenharia outras funções, ou para o crânio, onde seria refinado e transformado no pneuma físico: uma substância material que conduziria as sensações por todo o corpo, através dos nervos. Este modelo tinha coerência e capacidade explicativa muito forte, tendo, por isso, prevalecido por muito tempo.

Fonte: adaptado de Frank e Rempel (2022).

Fundamentado como ciência, a medicina Hipocrática surge no século V-VI a.C., com o médico grego, Hipócrates, o “Pai da Medicina”, como descrito no quadro acima. Hipócrates é conhecido até os dias atuais pela autoria do juramento solene na cerimônia de formatura dos futuros médicos (Gusmão, 2004).

Hipócrates defendia o método observatório do corpo humano, pois para conhecer possíveis doenças, o corpo deveria ser estudado em relação ao meio ambiente (Gusmão, 2004). Para Hipócrates, “[...] o único caminho para a compreensão da natureza do homem é a observação utilizada pelos médicos e não o método *a priori* dos cosmólogos” (Gusmão, 2004, p.06). Por meio de observações e estudos, Hipócrates conduziu a medicina em bases racionais e atribuiu aos homens, e não mais aos deuses, com base na interpretação natural da patologia (Gottschall, 2007).

No período da Idade Média (476 d.C. a 1453) a medicina teve grande influência da religião, principalmente pelo cristianismo, a partir do qual adaptou diversas práticas médicas e crenças sobre o processo saúde e doença. Nessa época, a Igreja Católica foi pioneira na fundação de hospitais na Europa, tratando os doentes e necessitados. Ainda, a Igreja contribuiu significativamente com os princípios éticos médicos, enfatizando o valor da vida humana e da

dignidade do paciente. Surgiram as ordens religiosas, Irmãs de Caridade, as quais foram fundamentais na organização e prestação de cuidados básicos, posteriormente foram chamadas de enfermeiras (Nunes, 2024).

Durante a Idade Média, na Medicina, ainda predominava a Teoria dos Humores, baseada em Hipócrates e Galeno, mas houve um aumento das observações científicas, iniciando a abordagem mais empírica da medicina, influenciada pelo Renascimento. Também, a dissecação de corpos tornou-se a prática médica mais utilizada no intuito de entender, de forma mais específica, a anatomia humana, principalmente para atuar nas práticas cirúrgicas, embora ainda perigosa e rudimentar (Nunes, 2024).

As condições de higiene e saneamento eram precárias na Idade Média, consequentemente ocorreram epidemias de doenças, tais como: varíola, lepra, diarreias severas, peste bubônica (peste negra) e sífilis (Fernandes, 2000b). Assim, já se utilizava a paramentação médica com objetivo de evitar a contaminação, como mostram as imagens a seguir.

Figuras 4 e 5 – Paramentação médica na Idade Média



Fonte: Fernandes, (2000b).

A medicina, nesta época, já diferenciava as especialidades sendo: médico, cirurgiões, barbeiros-cirurgiões, parteiros e curandeiros. Também, houve contribuição de outras culturas médicas, principalmente a cultura árabe com obras que descrevem várias técnicas cirúrgicas e instrumentos médicos (bisturis, pinças e sondas). As práticas populares e remédios caseiros baseados em ingredientes naturais também eram utilizados tais como: ventosas e sanguessugas na prática de sangria, uso de ervas e plantas medicinais (Fernandes, 2000b; Nunes, 2024).

No período da Idade Moderna, de 1401 a 1800 (sec. XV ao séc. XVIII), ocorreram diversas manifestações intelectuais de diferentes áreas do conhecimento, tais como Copérnico (1473-1543), Galileu Galilei (1564- 1642), Francis Bacon (1561-1626), René Descartes (1596-1650) e Isaac Newton (1642- 1727). Esses intelectuais, buscavam uma explicação racional para o mundo e lutavam por melhorias das condições existenciais do homem. Assim, este período ficou denominado como Revolução Científica (Balestrin; Barros, 2009).

A medicina moderna rompeu com a visão tradicional da Idade Média, trazendo o desenvolvimento científico, ou seja, a razão era a fonte de todo o conhecimento, tanto que as concepções e teorias de Galeno foram superadas (Nunes, 2024). Todavia, no século XVI ocorreu o surgimento da Anatomia Humana de maneira disciplinar pelo “Pai da Anatomia Moderna” Andreas Vesalius (Drumond, 2007).

O século XVII foi consagrado como o berço da Fisiologia e Histologia pelo médico inglês William Harvey e pelo médico italiano Marcello Malpighi, respectivamente. William Harvey (1578-1657) descreveu com precisão a circulação do sangue no corpo, acrescentando o achado experimental de que o sangue é “bombeado” para todo o corpo pelo coração. E, o fisiologista Marcello Malpighi usou o microscópio para estudar a estrutura do fígado, da pele, dos pulmões, do baço, das glândulas e do cérebro. Malpighi também incentivou a ciência da embriologia (Nunes, 2024; Rezende, 2009a; Rezende, 2009b).

No século XVIII surge o nascimento da Anatomia Patológica por Giovanni Battista Morgagni, médico italiano e professor da Universidade de Pádua (Itália). Também, neste mesmo século Edward Jenner criou a vacina contra a varíola. Antoine Lavoisier (1743-1794), químico francês, descobriu o oxigênio e assim a fisiologia da respiração foi totalmente compreendida. Thomas Willis (1621-1675), médico inglês, analisou a urina e descobriu presença de açúcar na urina de pacientes diabéticos, como também identificou o circuito arterial do cérebro, o polígono de Willis (Drumond, 2007; Nunes, 2024).

Ainda, na medicina moderna, o biólogo holandês Anton van Leeuwenhoek (1632-1723) usou um novo aparelho denominado microscópio para explicar toda a matéria microscópica (glóbulos vermelhos, bactérias e protozoários). E, René-Théophile-Marie-Hyacinthe Laënnec (1781-1826), médico francês, inventou o estetoscópio, instrumento com um tubo de madeira, semelhante a um dos primeiros modelos de aparelho auditivo, que possibilitou auscultar (ouvir) os órgãos internos. Posteriormente, o familiar instrumento moderno com corpo de borracha e dois auriculares foi inventado pelo americano George Camman, em 1852 (Nunes, 2024; Rezende, 2009a; Rezende, 2009b).

A Medicina contemporânea (século XIX até hoje) é marcada por descobertas e avanços médicos e tecnológicos. Neste período, os cientistas e médicos realizaram descobertas que revolucionaram a medicina. Em 1813–1858 nasceu a Epidemiologia, com o médico inglês John Snow, por meio de um estudo pioneiro sobre a cólera em Londres, doença comum nesta época. John relacionou a causa do surto da doença em Londres com a água contaminada de esgotos. Este estudo foi fundamental para a história da saúde pública e da epidemiologia. Outra invenção importante para diagnóstico foi de Wilhelm Roentgen que descobriu o raio X, em 1895 (Nunes, 2024; Rezende, 2009a; Rezende, 2009b).

Louis Pasteur (1822-1895) desenvolveu a técnica de pasteurização, a partir da qual foi constatado que os processos de fermentação e decomposição orgânica decorrem da ação de microrganismos. Essa descoberta foi a base para a área da bacteriologia. Pasteur evidenciava que as doenças infecciosas teriam origem de microrganismos e ainda apontava que primeiramente deveria se identificar o agente da doença (microrganismo) para posteriormente desenvolver um método para combatê-la (Rezende, 2009b).

Também, Karl Landsteiner (1868-1943), médico austríaco, esclareceu a razão das tentativas de transfusão de sangue, no século XVII, causarem reações adversas e/ou morte. Landsteiner descobriu que havia grupos sanguíneos incompatíveis entre si, assim, utilizou a técnica de aglutinação descrevendo, primeiramente, três grupos (A, B e C). Posteriormente, em 1909, acrescentou-se a denominação AB e modificou-se o nome do terceiro grupo para O. Isto tornou a transfusão de sangue um método terapêutico seguro (Rezende, 2009b).

Ademais, no fim da década de 1860, Joseph Lister, cirurgião britânico, baseado nos estudos de Pasteur, começou a embeber ataduras e bandagens com ácido carbólico e introduzir em feridas para o processo de esterilização, com esse método reduziu-se as taxas de mortalidade por gangrena (morte do tecido celular causado por infecção bacteriana) e estabeleceu a cirurgia antisséptica. Posteriormente já se esperava que as salas de cirurgias tivessem um ambiente esterilizado. Em 1901 Walter Reed (1851-1902), cirurgião americano, descobriu que a febre amarela era causada por vírus, baseando-se nos estudos de Dmitry Ivanovsky (1864-1920), patologista russo (Nunes, 2024).

Ainda, no século XIX, a medicina foi dicotomizada pela ciência biomédica francesa e alemã. De um lado a França, marcada pelos avanços científicos na área da histologia, da anatomia patológica, da farmacologia, da fisiologia com a descoberta da função glicogênica do fígado e da invenção do estetoscópio, instrumento ainda usados atualmente na prática médica (Drumond, 2007); de outro lado a Alemanha, com o desenvolvimento nas bases químicas, físicas e biológicas, impulsionando a evolução de novas áreas, como a bacteriologia por Robert

Koch e a utilização do microscópio por Rudolf Virchow com intuito de identificar patologias (diagnóstico) por meio da análise celular (Drumond, 2007; Rezende, 2009a).

Há quem diga que o século XX foi chamado de Século da Tecnologia, com conquistas importantes em várias áreas da medicina, tais como: de fármacos-antibióticos, vacinação preventiva, Cirurgia cardíaca, fecundação artificial, transplante de órgãos, psicanálise, psicofarmacologia, sistemas de diagnósticos por imagens, engenharia genética, principalmente com a descoberta do ADN (Ácido Desoxirribonucléico) por James Watson e Francis Crick, dentre outros (Drumond, 2007; Rezende, 2009a).

Logo após a Segunda Guerra mundial foi criada em 1945 a Organização das Nações Unidas (ONU) com o objetivo de unir todas as nações do mundo em prol da paz e do desenvolvimento, com base nos princípios da justiça, dignidade humana e no bem-estar de todos (Lopatiuk, 2022). E a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi criada em 1948. Entretanto, a constituição da OMS foi adotada pela Conferência Internacional de Saúde realizada em Nova York em 1946, assim, o termo saúde foi definido como “[...] um completo bem-estar físico, psíquico e social e, não apenas a ausência da doença” (WHO, 1946, p.7).

O conceito de saúde proposto pela OMS refletia, de um lado, um anseio em busca de melhores condições de saúde, iniciado pelos movimentos sociais do pós-guerra. A saúde deveria significar o direito à vida plena, sem privações (Scliar, 2007). Portanto, após a criação da OMS se intensificaram os movimentos populares na busca da prevenção da saúde a nível mundial, com isso, eventos internacionais no âmbito da promoção da saúde surgiram em diversos países, como mostrado no quadro a seguir.

Quadro 4 - Principais eventos relacionados com promoção da saúde em nível mundial

Ano	Principais eventos relacionado à promoção da saúde em nível mundial
1969	OMS iniciou formalmente a discussão em torno das PICS em 1969, na 22ª Assembleia Mundial da Saúde
1974	Informe Lalonde: Uma Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses/ <i>A New Perspective on the Health of Canadians</i>
1976	Prevenção e Saúde: Interesse de Todos, DHSS (Grã-Bretanha)
1977	Saúde para Todos no Ano 2000 – 30ª Assembleia Mundial de Saúde
1978	Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde - Declaração de Alma-Ata
1979	População Saudável/ <i>Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention</i> , US-DHEW (EUA)
1980	Relatório Black sobre as Desigualdades em Saúde/ <i>Black Report on Inequities in Health</i> , DHSS (Grã-Bretanha)
1984	Toronto Saudável 2000 - Campanha lançada no Canadá
1986	Alcançando Saúde para Todos: Um Marco de Referência para a Promoção da Saúde/ <i>Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion</i> - Informe do Ministério da Saúde do Canadá. Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde - I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá).

1986	VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasil). Foi deliberada a implantação de práticas alternativas de assistência.
1987	Lançamento pela OMS do Projeto Cidades Saudáveis
1988	Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis - II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Austrália). De Alma-Ata ao ano 2000: Reflexões no Meio do Caminho - Reunião Internacional promovida pela OMS em Riga (URSS) Brasil - Constituição Brasileira, artigo 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
1989	Uma Chamada para a Ação - Documento da OMS sobre promoção da saúde em países em desenvolvimento.
1990	Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre a Criança, Nova York.
1991	Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde - III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Suécia)
1992	Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio-92) Declaração de Santa Fé de Bogotá - Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas (Colômbia)
1993	Carta do Caribe para a Promoção da Saúde - I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trinidad e Tobago) Conferência das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos (Viena)
1994	Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (Cairo)
1995	Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher (Pequim) Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Social (Copenhague)
1996	Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos (Habitat II) (Istambul)
1997	- Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre Alimentação (Roma). - Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI em diante - IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Indonésia)2000 - V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Cidade do México)
1998	51ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em 1998 em Genebra, na Suíça, redigiu um documento corroborando a estratégia de saúde para todos no século XXI.
2000	Conferência das Nações Unidas sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
2003	Assembleia Mundial da Saúde sobre Medicina Tradicional, os Estados membros da OMS foram incumbidos de fornecer informações confiáveis da MTC, para a promoção segura quanto ao seu uso. Com o documento "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005".
2005	VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Bangkok)
2006	Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil)
2008	Informe da Comissão Global sobre Determinantes Sociais da Saúde (OMS)
2009	VII Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde (Nairóbi)
2011	Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da OMS (Rio de Janeiro)
2012	Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio +20) (Brasil).
2013	OMS lança o documento "A estratégia da OMS para a medicina tradicional 2014-2023". VIII Conferência Mundial de Promoção da Saúde: Saúde em Todas as Políticas (Helsinque)
2014	Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil), versão revisada e atualizada

2015	Conferência das Nações Unidas sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e lançamento da Agenda 2030.
2016	IX Conferência Mundial de Promoção da Saúde (Shangai)
2018	Conferência Global de Atenção Primária à Saúde (Astana)
2019	72ª Assembleia Mundial da Saúde na Suíça Identificada nova cepa (doença) do Coronavírus chamada de COVID-19
2020	Declarada pela OMS pandemia do COVID-19 Criada vacina contra a COVID-19
2021	Vacinação mundial contra COVID-19 10ª Conferência Global de Promoção da Saúde organizada pela OMS
2022	24ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde (Canadá) 30ª Conferência Sanitária Pan-Americana (EUA)
2023	9º Encontro Global de Políticas de Saúde Pública, Segurança e Saúde Ocupacional (França) Declarada pela OMS fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à COVID-19.
2024	Conferência Canadense de Saúde Global (Canadá)
2025	Lançado pela OMS em sua Assembleia Mundial, em Genebra, o documento “Estratégia de Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa 2025-2034”. 8ª Conferência Global de Saúde Pública (Tailândia) 3º Congresso Mundial de Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa (Brasil).

Fonte: baseado em Buss *et al.*, (2020).

Destarte, um dos principais marcos no processo saúde-doença na contemporaneidade foi o relatório Lalonde ocorrido no Canadá em 1974, decorrente de movimentos populares de promoção da saúde. Através deste relatório, o termo saúde abrange um conjunto de determinantes, tais como: o *biológico*, que compreende o processo biológico inerente à vida; o *meio ambiente*, que incluiu o ambiente de trabalho, moradia, água, solo, ar; o *estilo de vida*, que envolve as decisões que afetam a saúde (praticar exercícios físicos ou não, fumar ou não, dentre outros); a *organização da assistência à saúde*, abarcada por diversos componentes, mas, prevenir a doença é essencial neste campo, principalmente no que concerne à prevenção básica, como: ter água potável e alimentos saudáveis (Scliar, 2007).

Todavia, este relatório recebeu diversas críticas de ordem política, partidária e técnica, no sentido de que este conceito acarretaria intervenção do Estado na vida dos cidadãos. No entanto, uma resposta a essas críticas ocorreu na Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde realizada em Alma-Ata, em 1978, promovida pela OMS. Além do relatório normativo da conferência que destacava a classificação internacional de doenças, normas para qualidade da água e elaboração de normas internacionais de saúde, a conferência enfatizou as desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos e destacou a responsabilidade do Estado no processo saúde-doença (Scliar, 2007).

Através desta Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, em 1978, que começou a se enfatizar a responsabilidade do Estado e a participação da comunidade no

planejamento e implementação dos cuidados à saúde. Logo, a Atenção Primária à Saúde foi se estruturando, com base em que “[...] os serviços que prestam os cuidados primários de saúde representam a porta de entrada para o sistema de saúde, do qual são, verdadeiramente, a base” (Scliar, 2007, p. 38).

A partir disto e de movimentos sociais, tais como o Relatório Lalonde em 1974, a Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde em 1978, dentre outros (conforme o quadro 4), em busca de saúde para todos, os países começaram a estruturar os sistemas de saúde integrado no processo de desenvolvimento social e econômico. Assim, os cuidados primários de saúde deveriam incluir a educação em saúde, saneamento básico, nutrição, atenção materno-infantil, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e agravos à saúde e fornecimento de medicamentos essenciais.

Logo, as terapias integrativas e complementares em saúde com o propósito diretamente relacionado com os cuidados de saúde vêm se destacando ao longo dos anos, principalmente apoiadas pela OMS. Com os documentos oficiais formulados pela OMS, no decorrer dos anos, a Medicina Tradicional nos sistemas de saúde tem como objetivo promover o uso racional e seguro de práticas em saúde e medicamentos, com foco em segurança, eficácia, qualidade, acesso e uso racional. Também, esses documentos contribuem para o desenvolvimento de políticas nacionais e a criação de metodologias que facilitem o uso da Medicina Tradicional.

3.2 Construção Histórica das ciências médicas a partir do processo saúde/doença no Brasil: da Colônia à República

Em meados de 1500, no Novo Mundo, sob o olhar de Pedro Álvares Cabral, permeia a ideia de um paraíso terreno com belas paisagens. Todavia, essa ideia de paraíso tropical admirável foi substituída por uma versão oposta, mediada por conflitos com os indígenas, dificuldades dos colonizadores em viver/sobreviver na região, principalmente pelas enfermidades (Bertolli Filho, 2011).

Desde a chegada dos portugueses às terras do Brasil até a instalação do Império (1500-1889), não se possuía nenhum modelo de atenção à saúde e, nem mesmo se tinha interesse de dispor de um paradigma de saúde, por parte do governo colonizador. A saúde, neste período, limitava-se a medicina popular dos negros e indígenas (curandeiros) por meio de recursos da terra (plantas, ervas, entre outros) e conhecimentos empíricos por meio da religiosidade e crenças (Galvão, 2007).

Para os membros da elite, a saúde era zelada pelos físicos (médicos), cirurgiões-barbeiros e boticários (espécie de farmacêuticos) considerados agentes oficiais de cura, o

tratamento terapêutico era baseado em purgantes e sangrias⁴ (Edler; Fonseca, 2006; Edler, 2010). Porém, “[...]esses tratamentos em geral enfraqueciam os pacientes e causavam a morte daqueles em estado mais grave. Em vez de recorrer aos médicos formados na Europa, a população colonial, rica ou pobre, preferia” os remédios dos curandeiros (Bertolli Filho, 2011, p. 6). REVER ONDE FECHA ASPAS

Diante do dilema sanitário no Brasil, a administração das colônias (Conselho Ultramarino Português) criou os cargos de físico-mor e cirurgião-mor, autoridades da saúde. Os serviços médicos sob domínio lusitano acreditavam no poder de sua medicina oficial e, repudiavam as práticas curativas populares (negros e indígenas) como demoníacas (Galvão, 2007; Edler, 2010).

Com a vinda da Corte portuguesa ao Brasil em 1808, ocorreram diversas modificações na administração pública colonial, tais como: a abertura dos portos (1808) com surgimento do capitalismo moderno e início da industrialização e, no âmbito da medicina, com a criação de academias médico-cirúrgicas no Rio de Janeiro (1813) e na Bahia (1815), sendo as duas primeiras escolas de medicina no Brasil. Já em 1829, foi criada a Imperial Academia de Medicina, sendo um órgão consultivo público ligado às questões sanitárias e de saúde pública, com prioridade sanitária nos portos e comércio, local onde girava a economia da época (Rosemberg, 2018).

Posteriormente, surgiu a Junta de Higiene Pública que, apesar de várias reformulações, foram pouco eficazes e não atingiram o objetivo proposto de cuidar da saúde da população. As enfermidades da época e a falta de medidas sanitárias resultaram em epidemias de varíola, cólera e febre amarela. Neste período, as Santas Casas de Misericórdia correspondiam aos atendimentos hospitalares com a promessa cristã de acolher e cuidar de todos os doentes, ricos ou pobres. Logo, a primeira Santa Casa de Misericórdia foi fundada em 1543 na vila de Santos, posteriormente no Espírito Santo, Bahia, Rio de Janeiro e na vila de São Paulo (Nunes, 2006).

Ainda sobre as Santas Casas: “[...] É claro que tal ‘tratamento’, somado à falta de higiene dos hospitais, fazia com que as famílias evitassem internar seus parentes, pois a morte era o destino certo da maioria dos pacientes pobres” (Bertolli Filho, 2011, p.10). O período imperial brasileiro encerrou-se sem um modelo sanitário eficaz, com graves problemas de saúde pública. No segundo Reinado, ainda se mantinha a ideia de que o Brasil, era um dos principais países mais insalubres do planeta, na época, os viajantes europeus eram aconselhados a evitar visitar os portos do Brasil (Nunes, 2006).

⁴ Sangria é o ato de extrair sangue do corpo do enfermo, com o objetivo de curá-lo (Bertolli Filho, 2011, P. 6).

Com a Proclamação da República em 1889, período chamado de República Velha (1889-1930), o país foi governado pelas oligarquias⁵ dos estados mais ricos da época (São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais) com a principal economia sendo a cafeicultura. Neste período, ocorreu a expansão das atividades comerciais, industrialização e aumento da população urbana, principalmente com a chegada dos imigrantes europeus (Rosemberg, 2018; Oliveira, 2012).

Ainda, a inexistência de um modelo sanitário no país deixou as cidades brasileiras à mercê das epidemias. “[...] Entre 1890 e 1900, o Rio de Janeiro e as principais cidades brasileiras continuaram a ser assaltadas por varíola e febre amarela e ainda por peste bubônica, febre tifóide e cólera, que mataram milhões de pessoas” (Bertolli Filho, 2011, p.13). Essa inexistência de condições sanitárias trazia prejuízo para o crescimento da economia cafeeira:

A lavoura do café e toda a base para armazenamento e exportação do produto, dependentes do trabalho assalariado, necessitava cada vez mais de mão-de-obra, e as epidemias que se alastravam entre os trabalhadores, devido às péssimas condições de saneamento, prejudicavam o crescimento da economia (Bertolli Filho, 2011 p. 32).

Neste sentido, a República Velha começou buscar apoio na ciência para melhorar as condições sanitárias nas cidades e portos, com a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), em 1897. Para isso, foram criados os primeiros laboratórios de pesquisas médico-epidemiológicas e posteriormente o Serviço Sanitário Paulista em que tornaram obrigatória a notificação dos casos de doenças infectocontagiosas (Galvão, 2007; Baptista, 2007).

Em 1892, foram montados os laboratórios Bacteriológico, Vacinogênico e de Análises Clínicas e Farmacêuticas, logo ampliados e transformados nos Institutos Butantã, biológico e Bacteriológico, respectivamente e, no exterior o Instituto Pasteur. Também, em 1900 foi criado o Instituto Soroterápico Federal, renomeado Instituto Oswaldo Cruz (IOC) (Martins, 2017).

A partir de 1902, Rodrigues Alves foi proclamado presidente da República, neste período ocorreram diversas mudanças na política de saúde pública, tal como a nomeação de Oswaldo Cruz na DGSP, em 1903. Com a reforma na saúde sob coordenação de Oswaldo Cruz, ocorreu o chamado Código Sanitário, com as principais medidas sanitárias propostas: desinfecção incluindo a domiciliar, ação da polícia sanitária, campanha de vacinação obrigatória, notificação nos casos de febre amarela, peste bubônica e varíola (Finkelman, 2002).

⁵ Oligarquia: Grupo social formado por grandes capitalistas, geralmente latifundiários, que detêm amplo controle político e econômico de um estado ou de uma região (Bertolli Filho, 2011p.16)

Oswaldo Cruz iniciou os trabalhos de higienização da capital, montando um esquema de fiscalização das ruas e das casas que abrigavam a população do centro carioca. Em poucos meses, foi criado um corpo de inspetores sanitários que tinha a missão de entrar em todas as residências para localizar possíveis ninhos de ratos ou ambientes que servissem de viveiro para mosquitos (Bertolli Filho, 2011, p.25).

O Código Sanitário criado na época, foi motivo de discussões e críticas, considerado por alguns da população como o “Código de Torturas”. Com a aprovação da Lei Federal nº 1261 de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação obrigatória contra a varíola em todo o território nacional surgiram movimentos populares contra o Estado e suas ações sanitárias, resultando no mesmo ano na Revolta da Vacina (Martins, 2017; Baptista, 2007).

Nas décadas de 1910 e 1920, a segunda fase do movimento sanitarista de Oswaldo Cruz foi direcionada à zona rural por meio do saneamento e combate de doenças rurais (ancilostomíase, malária e Doença de Chagas). Nesta etapa ainda, médicos sanitaristas descobriram algumas doenças e tratamentos, resultando em um melhor conhecimento das condições de saúde no país. Todavia, a resistência popular mediada pelas ações sanitárias da época exigiu que o Estado e a medicina buscassem novas formas de relacionamento com a população (Finkelman, 2002).

Em contrapartida, as medidas sanitárias de Oswaldo Cruz diminuíram os índices de mortalidade e morbidade da época, com o controle e erradicação da febre amarela e outras doenças. Com a industrialização e a urbanização crescente ocorreram o êxodo rural e a imigração dos europeus, fugidos da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), na época surgiram, também, os movimentos operários devido às condições de trabalho precárias e falta de garantias dos direitos trabalhistas. Com esses movimentos operários iniciaram-se as greves, com duas greves gerais nos anos de 1917 e 1919, tais fatos possibilitaram a conquista de alguns direitos sociais (Queirós, 2013).

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então unido ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial. Em 24 de janeiro de 1923 foi aprovada a Lei Elói Chaves, que institui as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) no setor ferroviário, a qual incluía assistência médica e farmacêutica aos operários entre os benefícios oferecidos, representando o marco inicial da Previdência Social (Martins, 2017).

Assim, “[...] ficavam assegurados aos ferroviários o direito de aposentadoria por tempo de serviço ou por invalidez, o tratamento médico e os medicamentos, o auxílio para o funeral e ainda o direito de pensão aos herdeiros do segurado falecido” (Bertolli Filho, 2011, p. 33). As

CAPs eram organizadas por empresas e não por categorias profissionais, dependiam da mobilização e organização dos operários da empresa, ou seja, não era automática. A lei estabelecia ainda, “[...] o desconto de 3% do salário dos funcionários e 1% da renda bruta das empresas” (Bertolli Filho, 2011, p. 33).

Em âmbito mundial, em 1929 ocorreu a crise econômica internacional, com a quebra da bolsa de valores de Nova York, o que impactou a economia brasileira baseada na produção do café, produto exportado do país, sendo os Estados Unidos um dos principais consumidores de café (Neves, 2020).

Nos anos 30, Getúlio Vargas (1930-1964) investido na Presidência da República pela Revolução de 1930, que depôs Washington Luís da presidência, ocorreu o fim da política do café com leite (São Paulo e Minas Gerais) e da República Velha, iniciando assim, uma ampla reforma política e administrativa (Finkelman, 2002). No setor da saúde, o Estado anunciava o compromisso de zelar pela saúde e bem-estar sanitário da população. Desta forma, a lei Elói Chagas foi adotada por Vargas e ampliada para várias categorias profissionais, não somente para os ferroviários. Em 1930, ainda, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública – MESP e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio - MTIC (Galvão, 2007; Martins, 2017).

Contudo, as CAPs foram substituídas pelos Institutos Aposentadoria e pensões (IAP) a partir de categorias profissionais de ordem nacional, com forte mediação do poder estatal. Em 1933, surgiu o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1934, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC) e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), assim por diante (Reis, 2010).

A Constituição 1934 previa algumas garantias ao trabalhador, tais como: assistência médica, licença remunerada à gestante trabalhadora e jornada de trabalho de oito horas. Posteriormente, foi instituído o benefício do salário-mínimo, culminando com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943, assim, Vargas ficou conhecido como o “pai dos pobres”, mesmo que muitos brasileiros continuassem sem garantias legais de acesso aos serviços de saúde (Reis, 2010; Martins, 2017).

Em 1937, sob regime do Estado Novo, a administração sanitária reforçou as campanhas de educação em saúde por meio de divulgação em cartazes, panfletos e rádios. Com isso, “[...] iniciou-se um movimento de educação na área da saúde. Seu objetivo era convencer a população da necessidade de mudar hábitos tradicionais anti-higiênicos, que facilitavam a disseminação de doenças, principalmente de caráter infectocontagioso” (Bertolli Filho, 2011, P.34).

Ainda em 1937, foram criados 12 serviços nacionais referente a patologias específicas e duas novas divisões: a Divisão de Organização Sanitária e a Divisão de Organização Hospitalar, no qual era divididas anteriormente como: divisões de Saúde Pública e de Assistência Hospitalar do Departamento Nacional de Saúde (DNS) (Pontes; Reis; Fonseca, 2010).

Neste período, em âmbito mundial, ocorria a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) e, no ano de 1942 o Governo brasileiro declarou guerra à Alemanha nazista e à Itália fascista. Apesar do “pai dos pobres”, Vargas, declarou que o Estado iria preservar a saúde da população brasileira, na prática isso ocorria precariamente, muitos brasileiros morriam de doenças endêmicas da época (esquistossomose, doença de Chagas, tuberculose, doenças gastrointestinais, sífilis e hanseníase) sem assistência médica (Nunes, 2006; Santos, Maia, Fagundes, 2022).

Em 1945, com o fim da Segunda Guerra Mundial e vitória dos Estados Unidos da América - EUA e dos seus Aliados, o Brasil teve intensas manifestações populares e, em outubro de 1945 Getúlio Vargas foi deposto, chegando ao fim o Estado Novo (1937-1945). Este período foi conhecido como Regime Democrático, sendo denominado por alguns historiadores como Quarta República do Brasil, com os seguintes presidentes: Eurico Gaspar Dutra (1946-1951); Getúlio Vargas (1951-1954); Café Filho (1954-1955); Carlos Luz (1955); Nereu Ramos (1955-1956); Juscelino Kubitschek (1956-1961); Jânio Quadros (1961); Ranieri Mazzilli (1961) e João Goulart (1961-1964) (Gomes; Ferreira, 2018).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde regulamentado pelo Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953 (Lei nº 1.920, de 25/7/1953) e em 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU) (Kucharski *et al.*, 2022). Neste período, a política de saúde pública teve ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, aliada com o sistema de saúde previdenciário restrita aos contribuintes da previdência social e seus dependentes (Oliveira, 2012).

Neste período ainda ocorreu um avanço rápido e progressivo da industrialização gerando uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde previdenciário. Assim, em 1960, o governo federal sancionou a Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS). No entanto, com essa expansão do setor industrial, o Estado não supriu as demandas cada vez mais crescentes e abriu espaço aos convênios-empresas (Rosemberg, 2018). “[...] A assistência tornou-se mais cara e o hospital passou a ser o principal ponto de referência para a busca de um atendimento em saúde – modelo hospitalocêntrico” (Oliveira, 2012, p. 37).

Em 1964, com o golpe militar sob regime autoritário de administração pública, a saúde pública brasileira regrediu, principalmente para a parcela mais humilde da população. Em 1966, unificou-se os IAPs, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social -INPS, esta medida possibilitou a unificação dos benefícios para os trabalhadores em geral, novas categorias profissionais foram adicionadas ao sistema, tais como: trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos (Martins, 2017).

A situação da saúde pública neste período gerou insatisfação na população, doenças antes erradicadas retornaram, doenças controladas reapareceram como surtos epidêmicos, logo, o saneamento básico e políticas de habitação populares ficaram em segundo plano (Finkelman, 2002; Baptista, 2007). Em 1974, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS, que distribuía recursos para o setor hospitalar (79,5% para o setor privado e 20,5% para o setor público). Já em 1977, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, passando a coordenar todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da Previdência Social (Nunes, 2006).

No âmbito internacional, surgiram movimentos populares em prol da saúde preventiva (promoção de saúde), no Canadá em 1974 foi elaborado o relatório Lalonde, com recomendações nas ações de promoção à saúde. Também em 1978, a Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata (no atual Cazaquistão) discorreu sobre ações necessárias de promoção, prevenção de saúde, participação comunitária na saúde, dentre outros tópicos da conferência (Oliveira, 2012; Carvalho, 2013).

No Brasil, na década de 1970 e toda a década de 1980, começaram a se fortalecer os movimentos populares em busca de melhores condições de saneamento e saúde. Chamado de Movimento Sanitário, era composto por grupos de médicos, intelectuais, lideranças políticas e população geral originados nos bairros mais pobres das grandes cidades. Esse movimento fortaleceu o pensamento contra hegemônico, contrapondo-se ao poder político e financeiro do sistema previdenciário. Na VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde ou Prev-Saúde, sendo um avanço para o Movimento Sanitário (Paim, 1985; Carvalho, 2013).

Em 1982, foi instituído o Plano Conasp (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária), com propósito de reorientar a assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, com medidas racionalizadas priorizando ações primárias e assistência ambulatorial, serviços regionalizadas e hierarquizadas, administração descentralizada de recursos, dentre outros (Paim, 1985).

A maturidade deste plano se deu na VIII Conferência Nacional de Saúde (Primeira conferência aberta ao povo), realizada em 1986, a qual consagrou uma concepção de saúde mais ampla. As temáticas dessa conferência foram: Saúde como direitos de todos, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial (Oliveira, 2012). A conferência de saúde de 1986, foi um marco importante para a saúde pública brasileira, sendo promulgada na nova Constituição Federal de 1988 e criação do SUS, dispondo a saúde como direito de todos e dever do Estado (Oliveira, 2012; Brasil, 1988).

Em 1990, foram instituídas as Leis Orgânicas de Saúde (LOS), por meio da Lei nº 8142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. E, a Lei nº 8080/90 que ressalta sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b).

Por meio destas legislações, CF/88, lei nº 8080/90 e lei nº 8142/90, são definidos princípios e diretrizes do SUS. “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação social” (Brasil, 1988, p.1). E, os princípios do SUS são:

- I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b).

Em 1991, foi aprovado o decreto nº 100 com criação da Fundação Nacional da Saúde - FUNASA, com objetivo de apoiar ações e programas de saúde pública, também foi criado o departamento de Informática do SUS (DATASUS). Neste mesmo ano, foi instituído o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), programa esse que, em 1992, passou a chamar-se Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A PACS foi proposta para melhorar a saúde de comunidades das regiões do Nordeste, Distrito Federal e São Paulo. Essa proposta foi ampliada para nível nacional, se tornando, em 1994, Programa Saúde da Família – PSF (Cordoba, 2013).

No ano de 1995 foi estabelecida a Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS, com o objetivo de garantir a qualidade da atenção à saúde e o acesso oportuno aos serviços públicos de saúde nos três níveis de atenção (federal, estadual e municipal). Em 1999, foi criada, pela Lei n.º 9.782, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, o Subsistema de Atenção à Saúde do Indígena, pela Lei nº 9.836 e, a Política Nacional dos Medicamentos Genéricos por meio da Lei nº 9.787/99 sendo regulamentada pela Resolução nº10 (RDC 10 - 02/01/01), que destaca todos os critérios sobre produção, controle de qualidade, ensaios de bioequivalência, ensaios de biodisponibilidade, registro, prescrição e dispensação de genéricos (Brasil, 1999; Paim *et al.*, 2011).

Em 2001 foi regulamentada a Lei nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Em 2003 foi lançado a Política Nacional de Humanização (PNH), implementada em 2004, com intuito de efetivar os princípios do SUS nas práticas cotidianas de saúde, qualificando o serviço de saúde, incentivando trocas de experiências entre os gestores, trabalhadores e usuários e proporcionando mudanças nos modelos de gerir e cuidar (Brasil, 2004).

A PNH, também conhecida como humaniza SUS, é uma política pública transversal, a qual deve estar inserida em todas as políticas de saúde e programas do SUS. Sendo estruturada nos princípios da transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos. Neste sentido, deve observar como princípios norteadores: valorização da dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção e gestão; estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com produção de sujeitos; fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional; atuação em rede com alta conectividade de modo cooperativo e solidário; utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção da autonomia e do protagonismo de sujeitos (Brasil, 2004; Brasil, 2013).

O Humaniza SUS apresenta como diretrizes a ambiência (espaços saudáveis, confortáveis que respeitem a privacidade), a gestão participativa e cogestão (inclusão de novos sujeitos em processos de decisão), a clínica ampliada e compartilhada (contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, considerando a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença) e o acolhimento (acolher através da escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário) (Brasil, 2013).

Ainda em 2003 foi criado a Política Nacional de Atenção às Urgências, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e, em 2004 foi regulamentada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS, da Saúde do Trabalhador, o Programa “Farmácia Popular do Brasil” e o Programa “Brasil Sorridente”, sendo um conjunto de ações para melhorar as condições de saúde bucal da população (Coutinho; Santos, 2019; Paim *et al.*, 2011).

Em 2006 foi publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, as Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, estabelecidos pelos gestores das esferas federal, estadual e municipal, com objetivos e metas compartilhadas em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Sendo destacadas seis prioridades pactuadas: Saúde do Idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica (Brasil, 2006b).

Neste mesmo ano, foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde, posteriormente foi ampliada por meio da Portaria GM/MS nº 849/2017 e da Portaria GM/MS nº 702/2018, constituindo-se atualmente em 29 PICS (Brasil, 2006a; Brasil, 2017a; Brasil, 2018a). Também em 2006, foi lançada a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB aprovada pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, sendo revisada em 2011 pela portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, posteriormente revogada e lançada a terceira edição da PNAB em 2017 pela Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro e em 2020 a PNAB foi atualizada por meio da Portaria nº 397, de 16 de março de 2020, sendo criada as Unidades de Saúde da Família - USF (Brasil, 2020b; Brasil, 2017b; Paim *et al.*, 2011).

4 CAPÍTULO IV - DA COLONIZAÇÃO DO CONHECIMENTO (HEGEMONIA DA CIÊNCIA BIOMÉDICA) ÀS EPISTEMOLOGIAS DECOLONIAIS

Neste capítulo é apresentada a colonização do conhecimento baseado na teoria da colonialidade/modernidade, a hegemonia da ciência biomédica ao longo da história e a epistemologia decolonial, os conceitos e preceitos sobre os modelos de saúde tanto influenciada pela teoria mecanicista (curativa) quanto a modificação para um novo modelo de saúde com ênfase na promoção da saúde na família e comunidade. Também, a decolonialidade a luz da emancipação da população a partir do reconhecimento dos saberes multiculturais, com perspectiva de reconstrução, não se limitando a críticas de poderes, mas sim de pensar e agir através de práticas emancipatórias e valorização de todos os conhecimentos.

4.1 A colonização do conhecimento: colonialidade e modernidade

A colonialidade é um fenômeno histórico-cultural complexo que se estende para além do colonialismo, “[...] sobrevive ao fim do colonialismo e da emancipação das colônias latino-americanas, asiáticas e africanas, dando um conceito mais amplo e complexo ao processo da descolonização” (Brito, 2021, p.3). O conceito “colonialidade” foi introduzido pelo sociólogo peruano Aníbal Quijano, no final de 1980 e início de 1990, no qual a colonialidade articula-se no esboço civilizatório da modernidade (Quijano, 2005; Mignolo, 2017; Silva, Araujo, 2023). Para Quijano (2009, p.73): “colonialidade é um dos elementos constitutivos e específicos do padrão mundial do poder capitalista. Sustenta-se na imposição de uma classificação racial/étnica da população do mundo como pedra angular do referido padrão de poder”.

Assim, torna-se necessário compreender a distinção entre colonialismo e colonialidade. O primeiro refere-se a um processo histórico marcado por relações políticas, econômicas e territoriais de dominação, nas quais um povo ou Estado impõe seu poder sobre outros povos, explorando seus recursos, territórios e populações. Já a colonialidade diz respeito a um padrão de poder que emerge como resultado do colonialismo moderno e que persiste mesmo após o fim formal das estruturas coloniais. Diferentemente do colonialismo, a colonialidade não se limita à dominação política entre povos, mas se manifesta nas formas pelas quais o trabalho, o conhecimento, a autoridade, a produção de subjetividades e as relações sociais passam a ser organizados. Esse padrão de poder está profundamente articulado ao sistema capitalista e à classificação social baseada na ideia de raça, estruturando hierarquias e desigualdades que

continuam a influenciar as sociedades contemporâneas (Quijano, 2005; Mignolo, 2017; Almeida; Brandão, 2023).

Desta forma, a constituição histórica da modernidade e suas transformações na América Latina foi o fator que “[...] articulou essas questões à luz da categoria colonialidade como o reverso da modernidade” (Quintero; Figueiró; Elizalde, 2019, p. 1). Assim, a colonialidade se refere a verdadeira persistência da ideia colonial, pois este se apoderou do espaço simbólico dos povos originários. Ou seja, se o colonialismo termina, a colonialidade se propaga de diversas formas ao longo do tempo (Tonial; Maheirie; Garcia Jr, 2017).

Para Maia e Farias (2020), a colonialidade desencadeou o desaparecimento dos povos originários do continente americano, impulsionou o desenvolvimento do capitalismo e consolidou uma construção epistemológica colonial, na qual o conhecimento eurocêntrico é considerado único, racional e superior, enquanto os saberes oriundos de outras regiões geográficas são vistos como inferiores, subalternos e não racionais. Nesse sentido, “[...] a difusão mundial dessa ideia levou ao silenciamento e à invisibilização de outros conhecimentos que não fossem o europeu, principalmente das culturas do Sul Global, extremamente marginalizadas nesse processo” (Maia; Farias, 2020, p. 578).

Quijano (2005) ressignificou o termo *colonialismo*, ampliando seu sentido para além das lutas de descolonização do período da Guerra Fria. Por meio do conceito de colonialidade, ele identifica uma lógica persistente que sustenta a civilização ocidental desde o Renascimento, onde o colonialismo histórico é apenas uma de suas manifestações. A colonialidade, assim, não se refere apenas à dominação política ou territorial, mas a um projeto moderno de poder, conhecimento e ser marcado pela imposição de uma matriz eurocêntrica.

Quijano (2009) ressalta as relações da colonialidade do poder e a classificação social, a que atribui algumas categorias sendo estas: “Gênero” a partir do sexo, que é a mais antiga da história social; “Raça” por meio do fenótipo, que é de certa forma recente, mas sua incorporação na classificação do poder tem apenas 500 anos, começando na América; “Racialização” das relações de poder e novas identidades sociais e geoculturais, sendo a sustentação legítima do caráter eurocentrado do padrão de poder, intersubjetivo e material, dessa forma, atribuiu-se aos dominadores/superiores “europeus” a característica de “raça branca” e aos dominados/inferiores “não-europeus” a característica de “raças de cor”; “Corporalidade” é o ponto central das relações de poder, na exploração, o corpo é usado e consumido no trabalho, tais como: na pobreza, na doença, na fome, no castigo, nas torturas, na repressão, dentre outros.

Portanto, a discussão aqui mencionada, tem a intenção de, em certa medida, estender a noção de igualdade a todas as relações de opressão, tanto raciais, sexuais quanto de classe e de

gênero (Quijano, 2005). Neste viés, foi constituído no final dos anos 1990 o grupo *modernidade/colonialidade*, sendo formado por intelectuais latino-americanos de diversas áreas do conhecimento. Este grupo realizou um movimento epistemológico para refletir a renovação crítica e utópica das ciências sociais na América Latina (Ballestrin, 2013).

Entretanto, esse conceito, colonialidade, articulado pelo grupo *modernidade/colonialidade*, revela que a modernidade está intrinsecamente ligada à colonialidade como seu lado obscuro e constitutivo (Mignolo, 2017). Ballestrin (2017) também relata que a colonialidade é o lado obscuro e inevitável da modernidade, com elementos indissociavelmente constitutivos. Logo, não há modernidade sem colonialidade, assim como economia-mundo capitalista sem a transformação da América. “A colonialidade é a continuação do colonialismo por outros meios. A colonialidade é global e se reproduz em uma tripla dimensão: a do poder, a do saber e a do ser” (Ballestrin, 2017, p. 518-519).

Na perspectiva de Oliveira e Silva (2019, p.10) a modernidade/colonialidade, é clara de que “a primeira só foi possível graças à opressão colonial, sistematicamente subtraída da história oficial através de cronologias que objetivam perpetuar o ocidente como origem de todo conhecimento e racionalidade”. Assim, o quadro abaixo mostra os principais estudiosos do grupo colonialidade/modernidade.

Quadro 5 - Principais estudiosos da colonialidade/modernidade

Principais Estudiosos	Principais obras	Principais Contribuições/ Teorias
Aníbal Quijano (1930-2018) Sociólogo peruano	1982- Clase obrera en América Latina 1988- Modernidad, identidad y utopía en América Latina 2002- Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina 2014-Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/decolonialidad del poder: antología esencial 2017- La colonialidad del poder 2019- Aníbal Quijano: ensayos en torno a la colonialidad del poder	<u>Colonialidade do Poder:</u> retrata como a dominação colonial persiste em estruturas de poder, continuando a reproduzir desigualdades e hierarquias. Critica a hegemonia eurocêntrica e defende a valorização da cultura do Sul (Quijano, 2005; Rubbo, 2019). <u>Eurocentrismo:</u> critica a perspectiva europeia como única forma legítima de conhecimento (hegemonia) e interpretação do mundo, discutindo que ela naturaliza a dominação colonial e invisibiliza as experiências e saberes de outros povos (Quijano, 2005; Rubbo, 2019). <u>Relação entre colonialidade e capitalismo:</u> Quijano salienta como o capitalismo, desde sua origem, esteve forma intrínseco conectado ao colonialismo, usufruindo a exploração e a dominação para acumular riqueza e poder (Quijano, 2005; Rubbo, 2019).

Walter Mignolo (1941- até hoje) Semiólogo argentino	2000-Local Histories/Global Designs: Coloniality, Subaltern Knowledges, and Border Thinking 2002- La colonialidad a lo largo y a lo ancho: el hemisferio occidental en el horizonte colonial de la modernidad 2005- The Idea of Latin America 2007- The decolonial option and the meaning of identity in politics 2008- Desobediência epistêmica: a opção decolonial e o significado de identidade em política. 2009- La teoría política en la encrucijada decolonial 2018 - On Decoloniality: Concepts, Analytics, Praxis (coautora Catherine E. Walsh)	<u>Colonialidade do Poder e do Saber:</u> retrata a teoria de que a colonialidade não se restringe ao período colonial, mas perdura como uma estrutura de poder que domina um único produto de conhecimento. Discute também, a colonialidade e suas relações de poder e dominação, criando hierarquias entre diversos povos, inferiorizando os que não se enquadram aos padrões hegemônicos (europeus) (Mignolo, 2008a; Mignolo, 2008b; Mignolo, 2019). <u>Pensamento de Fronteira:</u> Mignolo salienta que aqueles que vivem nas fronteiras entre culturas e saberes diferentes podem desenvolver modos de pensar e agir que desafiam o modelo hegemônico-colonial. (Mignolo, 2008a; Mignolo, 2008b; Mignolo, 2019). <u>Desobediência Epistêmica:</u> Mignolo argumenta uma visão não-hegemônica, buscando outros modelos de conhecimento e saberes e não o conhecimento já imposto pelos padrões hegemônicos (Mignolo, 2008a; Mignolo, 2008b; Mignolo, 2019).
Enrique Dussel (1934-2023) Filósofo argentino “Pai da libertação”	1977- Filosofia na América Latina: filosofia da libertação. 1993 - 1492: o encobrimento do outro: a origem do mito da modernidade 1998- Ética da libertação: na idade da globalização e da exclusão 2005- Filosofia da libertação: crítica à ideologia da exclusão 2013- Para una política de la Liberación. 2014- Filosofía del Sur y Descolonización 2015- Filosofías del Sur: descolonización y transmodernidad. 2020- Siete Ensayos de Filosofía de la Liberación: Hacia una fundamentación del giro decolonial. 2021- Reflexiones sobre filosofía de la Liberación.	<u>Colonialidade, modernidade e Eurocentrismo:</u> Dussel retrata a modernidade como um projeto civilizatório, no qual foi constituída na exclusão e na dominação dos povos da América Latina (Dussel, 1992). <u>Filósofo da Libertação:</u> Dussel argumenta na "Filosofia da Libertação" no qual busca a libertação de povos oprimidos por meio de análise crítica das estruturas de poder e da constituição de um conhecimento não-hegemônico (Dussel, 2005). <u>Ética da Libertação:</u> Dussel defende a ética mediante a dignidade humana, buscando a libertação dos oprimidos/excluídos e reconhecendo a igualdade entre os povos (Dussel, 2007). <u>Transmodernidade:</u> Dussel propõe a transmodernidade, um conceito que integra as contribuições de diferentes povos e culturas, rompendo com o eurocentrismo e construindo um futuro mais justo e igualitário (Dussel, 2016).
Boaventura de Sousa Santos (1940- até hoje)	2009 - Epistemologias do Sul (coautoria de Maria Paula Meneses e participação dos capítulos de Aníbal	<u>Ecologia de Saberes:</u> Santos defende o reconhecimento da pluralidade e diversidade dos saberes, sendo por ele chamado de ecologia de saberes. Também, o autor critica

Sociólogo português (Portugal)	Quijano, Enrique Dussel, dentre outros). 2010 - Descolonizar el saber, reinventar el poder. 2010 - Refundación del Estado en América Latina: perspectivas desde una epistemología del Sur 2010- A gramática do tempo: para uma nova cultura política (3ª edição); 2014- O direito dos oprimidos. 2017- Justicia entre saberes: epistemologías del Sur contra el epistemicidio. 2018- Construyendo las Epistemologías del Sur Para un pensamiento alternativo de alternativas. 2023- Descolonizar: Abrindo a história do presente. 2024- Os Saberes Nascidos na Luta - Construindo as Epistemologias do Sul (coautoria de Maria Paula Meneses)	a monocultura do saber, ou seja, o conhecimento único hegemônico (Santos, 2007). <u>Epistemologias do Sul:</u> Essa proposta epistemológica traz a valorização e articulação dos conhecimentos produzidos em meio a luta contra desigualdade e opressão, principalmente nos povos provenientes do Sul Global (Santos, 2007). <u>Sociologia das Ausências e das Emergências:</u> Santos (2010) versa sobre a produção social da não existência e alternativas contra-hegemônicas. Por um lado, discute formas e práticas de invisibilização social através de sua Sociologia das Ausências. Por outro lado, discute práticas sociais alternativas e epistemologias que visem a sociologia das emergências. “Transformar objetos impossíveis em possíveis e com base neles transformar as ausências em presenças” (Santos, 2007, p. 102; Santos, 2010; Santos, 2002). <u>Epistemicídio:</u> Santos retrata a invisibilização de conhecimentos e saberes não ocidentais relacionados ao colonialismo e ao conhecimento ocidental hegemônico. Simboliza a morte do conhecimento, pois estes não se encaixam nos padrões hegemônicos resultando na invisibilidade e marginalização de culturas e saberes.
João Arriscado Nunes (1954- até hoje) Sociólogo português (Portugal)	2020- Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva (artigo) 2023- Epistemologias do Sul e descolonização da saúde 2023- Do sofrimento à emancipação	Nunes elabora a aplicação das "Epistemologias do Sul", baseado em Boaventura de Sousa Santos, na área da saúde pública, no qual expõe uma "ecologia de saberes e práticas de cuidado", reconhecendo e valorizando conhecimentos locais, tradicionais e de resistência contra a medicalização hegemônica e o "epistemicídio" (supressão de saberes não-ocidentais) (Nunes, 2023). Nunes tem contribuído o sociólogo Boaventura de Sousa Santos, integrando o grupo de investigação sobre Epistemologias do Sul.
Paulo Freire (1921- 1997) Educador e filósofo brasileiro	1967- Educação como Prática da liberdade 1968 – Pedagogia do Oprimido 1992 - Pedagogia da Esperança 1996– Pedagogia da Autonomia	<u>Pilares da Pedagogia Freireana:</u> A Educação libertadora, a qual proporciona o pensamento crítico, a reflexão e a ação para entender e transformar a realidade. Criticando a educação bancária, em que o docente "deposita" conhecimento no estudante, tratado como agente passivo. O diálogo e horizontalidade que através do diálogo entre

		educador e educando que ocorre o processo de ensino-aprendizagem (Freire, 1967; Oliveira; Oliveira, 2023). <u>Visão e críticas de Freire diante das Teorias de aprendizagem:</u> - Behaviorismo: Freire crítica essa teoria e defende ações mais humanista e crítica-reflexiva, pois para ele, a educação é um processo de libertação, no qual possibilita os alunos desenvolver sua voz e serem agentes de mudança nas comunidades (Oliveira; Oliveira, 2023). - Cognitivismo: o educador Freire crítica essa teoria, por ser individualista e não se preocupar com o contexto social e cultura do aluno. Ressalta a necessidade do conhecimento prévio do aluno e da reflexão para estruturação do conhecimento (Oliveira; Oliveira, 2023). - Construtivismo: Freire considera a construção do conhecimento pelo aluno, mas critica o construtivismo por não cogitar suficientemente o contexto social e político do processo de aprendizagem (Oliveira; Oliveira, 2023). - Humanismo: Freire também critica essa teoria, por muitas vezes não considerar a dimensão política da educação. E, ressalta a valorização do aluno como sujeito ativo do processo de aprendizagem (Oliveira; Oliveira, 2023).
--	--	---

Fonte: autora (2025).

Nesta perspectiva, cabe lembrar que a história da América Latina é caracterizada pela influência externa, eurocêntrica, desde o processo da colonização (Maia; Farias, 2020). Assim, “[...] a colonialidade, como poder estrutural que opera na América Latina, possibilitou, no campo ontológico, a criação de um novo padrão de racionalidade, o eurocentrismo” (Maia; Farias, 2020, p. 578). Portanto, a concepção colonialidade /modernidade está atrelada às lutas de grupos contra à opressão e propõe uma nova visão e deslocamento epistemológico e político por meio da decolonialidade, o qual será discutido no tópico seguinte.

4.2 A hegemonia do conhecimento da ciência biomédica

A hegemonia da ciência biomédica surgiu ao longo da história, mais precisamente a partir da influência da teoria mecanicista, no século XVII por meio dos pensadores Galileu,

Descartes e Newton. A teoria mecanicista é uma abordagem filosófica e científica, que interpreta o universo, a natureza e os seres vivos como máquinas complexas. Assim, as ações destas máquinas exigem o intermédio de algum material para acontecer, ainda que não se possa observá-lo (Sousa Junior, 2020).

A abordagem mecanicista é sustentada pela doutrina filosófica e religiosa chamada deísmo, o qual defende a existência de um Deus criador com entendimento racional e científico, rejeitando revelações divinas (milagres). Essa teoria juntamente com a Revolução Industrial, iniciada na segunda metade do século XVIII, gerou profundas modificações econômicas e sociais, com a introdução de máquinas fabris e aumento cada vez maior da produção, tornando-se assim, análoga ao conceito de saúde naquela época (Sousa Junior, 2020).

Desta forma, o conceito de saúde, naquela época, era definido somente como ausência de enfermidade, o sujeito visto como objeto com necessidade de conserto ao apresentar defeito, e o médico como mecânico. Ainda, o conceito de saúde era caracterizado como um cuidado fragmentado, com uma visão única, universal e segmentada somente na doença e não no indivíduo como um todo (Pinheiro, 2021).

Para Miranda (2005) a fragmentação do cuidado é histórica e está alinhada às teorias cartesianas e newtonianas, comparando o corpo como máquina. Essa fragmentação comparada à máquina, já era descrito também por Descartes, quando este defendia a divisão do ser humano em duas substâncias “uma corpórea (o corpo), divisível, e outra imaterial e incorpórea, indivisível (a alma), que tem uma influência decisiva nas ciências humanas e biológicas” (Miranda, 2005, p.30). Ainda:

Descartes, concebe espírito e corpo como entidades separadas e comparável a uma máquina muito bem montada, semelhante a um relógio. Compara também o homem sadio a um relógio bem-feito e um homem doente a um relógio mal feito: “... Pois esta não é outra coisa, senão uma simples denominação, a qual inteiramente do meu pensamento que compara um homem doente a um relógio mal feito com a ideia que tenho de um homem são a um relógio bem feito (Miranda, 2005, p.30)

Essa dualidade descrita por Descartes, impede a visão integral do indivíduo, tornando o homem como passível de ser a doença e não o doente, ou seja, o paciente “perde a sua identidade humana para assumir a identidade da doença” (Miranda, 2005, p.30). Contudo, no decorrer da história, os modelos de saúde surgiram conforme as teorias da época, tendo uma abordagem mecânica e reducionista, embora tenha havido tentativas de modelos de saúde com abordagem mais integral (Miranda, 2005; Pinheiro, 2021).

Como a teoria dos Humores descrita por Hipócrates, vista no capítulo anterior. Essa teoria defendia a harmonia entre quatro humores e a existência de um desequilíbrio entre estes,

significava ter alguma doença. Assim, “a compreensão entre normal e patológico está relacionada ao equilíbrio, ou não, dos humores[...]. Hipócrates tinha, sem dúvida, uma visão holística de saúde, a qual seus seguidores perderam com o decorrer do tempo” (Miranda, 2005, p.30-31).

Todavia, para Oliveira (2023, p.32) o modelo biomédico é comparado com um dispositivo de poder, “pois tem todas as características que constituem um dispositivo, isto é, uma rede interconectada dos mais diversos elementos, discursivos e não discursivos, que sustenta e é sustentada pelas relações de poder que estabelece”. Essa ideia de poder no modelo biomédico é discutida pelo filósofo Michel Foucault (2005) por meio de dois discursos de poder. O primeiro sobre o corpo, biopoder, por ser individualizante (focado no indivíduo), e o segundo sobre o homem-espécie, biopolítica, por ser massificante (focado na população).

Deste modo, o biopoder é uma forma de governar a vida, tendo como alvos iniciais o controle da natalidade, a taxa de mortalidade e outros. Assim, as metas são os dados populacionais, que geram as primeiras demografias (ciência que estuda as populações humanas), para que esses dados sejam identificados e posteriormente recomendados intervenções (Foucault, 2005). “Enquanto discurso de poder atrelado ao Estado, a medicina só ganha relevância se tiver uma finalidade controladora sobre o indivíduo, mas o indivíduo considerado socialmente, em termos populacionais, quantitativos” (Souza, 2019, p.3).

A visão de Foucault (2005) retrata o biopoder como instrumento do Estado, na forma de controle ou disciplina, a partir do qual a medicina exerce não apenas a cura, mas, também, monitoramento dos corpos, ou seja, biopoder por meio da disciplina e, também, biopolítica para gerência da vida e bem-estar da população. Assim, esse saber-poder modifica o olhar médico, medicalizando a vida e definindo o “normal” ou o “doente”. Portanto, “a medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores” (Foucault, 2005, p.302).

É nesta perspectiva, da medicina do saber-poder, que a hegemonia do conhecimento biomédico se estabelece, tornando o cuidado em saúde, ao longo da história, até a contemporaneidade, em domínio do colonialismo do ser, saber e poder (Mignolo, 2008a; Mignolo, 2008b). Neste contexto, do saber-poder Franco e Magalhães Júnior (2003 *apud* Ribeiro; Ferla, 2016, p.305) ressaltam que:

Para um serviço produzir saúde, este deve basear seu trabalho nas tecnologias leves e leves-duras. Esse modelo de atenção em saúde que se baseia em tecnologias duras se refere ao modelo biomédico hegemônico, em que o cuidado é centrado na figura do médico, como representante do saber biomédico, e em procedimentos de alta

tecnologia. Importante perceber que o modelo biomédico contribuiu para tornar a saúde um “mercado” lucrativo.

É necessário destacar ainda, que a hegemonia do modelo biomédico perpassou períodos históricos vividos pela sociedade do saber poder, tais como a revolução industrial, a globalização, o capitalismo, dentre outros. Tornando a medicina cada vez mais modernizada por meio de novos equipamentos e procedimentos clínicos não invasivos, impulsionados pelos avanços da ciência e da tecnologia em saúde — como a medicina genética e a medicina nuclear —, em consonância com o modelo capitalista (Sanvito; Rasslan, 2012; Padua Filho; Padua, 2014).

Essa hegemonia do modelo biomédico está diretamente ligada a colonialidade do poder e do saber, como ressaltam os autores a seguir:

Esse colonialismo no cuidado amálgama um padrão estético, massifica o consumo, descreve e prescreve o que é saúde e doença, interfere nos modos de cuidado por intermédio de modelos. Sob a égide de que fora do indivíduo há um conjunto de outros operadores do cuidado que são capazes de saber o que o outro necessita, delineiam e prescrevem unilateralmente o que o outro deve ou não fazer. Desse modo, as subjetividades são reprimidas e as heterogeneidades das condições dos corpos são desconsideradas (Bezerra; Cavalcanti; Moura, 2023, p.3).

Logo, essa abordagem da saúde e da doença são vistas como um negócio lucrativo por meio da medicalização. Pois, para Barros (2002, p.77) “a medicalização sofre o impacto, a partir da revolução industrial que instaura o capitalismo, da transformação de tudo em mercadoria, em princípio destinada a produzir lucros”.

Por isso é que tratar a doença é o negócio, e não prevenir a doença. Como falar em prevenção em um sistema que prioriza o ganho através do aumento de vendas? Da mesma forma que o capitalismo estimula o consumo, a compra, o gasto, para que as empresas possam crescer e prosperar, na saúde se prioriza a doença, para que se tenha mais doentes, mais consultas e exames, mais ganhos (Padua Filho; Padua, 2014, p. 62).

Com base na frase supracitada “[...]tratar a doença é o negócio” (Padua Filho; Padua, 2014, p. 62), cabe destacar que o modelo em saúde mercantilista é fortalecido principalmente pela indústria farmacêutica, a qual está diretamente ligada à globalização, ao capitalismo e ao marketing, tornando o mercado mundial mais competitivo e concentrado nas redes do poder corporativo global (Dowbor, 2012). Contudo, a hegemonia da ciência biomédica é atribuída pelo processo de colonização ocidental, ou seja, baseada nas teorias e conhecimentos eurocêntricos.

A (bio) medicalização da sociedade não se fez apartada de críticas, sendo importante ressaltar que junto a esse segmento científico tem-se também em paralelo a consistência de modelos não hegemônicos. Isto porque, a cisão entre natureza e cultura nunca foi rompida em alguns modos de se pensar e fazer saúde, e mesmo com o processo de colonização do conhecimento essas concepções, sobretudo não ocidentais, mantiveram-se em prática (Registro; Elias; Seti, 2025, p. 5066).

Portanto, não se trata de somente questionar os avanços tecnológicos na área da saúde, pois estes levaram a melhores condições de vida, mas de refletir quando o conhecimento científico se torna o único saber legítimo-verdadeiro, deslegitimando outros saberes e práticas por lidarem com objetos não verdadeiros, contra hegemônicos (Bezerra; Cavalcanti; Moura, 2023). Bezerra, Cavalcanti e Moura (2023, p.6) ressaltam que “entender a colonialidade como estrutura global, que interfere no ser, saber e poder, faz todo sentido para os inúmeros debates possíveis nas ciências da saúde”. Para Guimarães *et al.*, (2020, p.7):

Não se pode negar todo o avanço técnico e científico que a biomedicina vem conquistando ao longo dos tempos em relação aos tratamentos das doenças e ao aumento na expectativa de vida dos sujeitos. A questão fundamental é que muitos dos problemas do processo saúde-doença que a população enfrenta não foram colocados pela biomedicina e esta sequer pode resolvê-los, tais como o sofrimento difuso, a violência e a cronicidade do adoecimento. Isto pode ser constatado na medida em que a maior parte dos sofrimentos não tem uma nosografia biomédica. Portanto, a necessidade de mudar o foco se impõe. O olhar para os problemas de saúde deve vir a partir das pessoas que sofrem, em suas mais diversas dimensões, que ultrapassam o olhar da biomedicina.

Logo, a hegemonia do modelo biomédico do poder passa a gerar um movimento de críticas, alcançando relevância internacional a partir de 1970. Por um lado, este modelo foi reconhecido e instituído nos serviços de saúde, pois seus benefícios eram promover o alívio da dor e o tratamento de várias doenças que afetam a humanidade. Por outro, seus limites na atenção à saúde são amplamente identificados, destacando-se: “o foco no indivíduo com intervenções no seu corpo e na parte afetada ou não funcionante do corpo-máquina; com ênfase nas ações curativas e no tratamento das doenças, lesões e danos; a medicalização” (Fertonani *et al.*, 2015, p.1870). Ainda, neste modelo, pode-se mencionar, a superficialidade dos determinantes do processo saúde-doença, com ênfase na demanda espontânea, o distanciamento das particularidades culturais e éticas incluídos das vivências dos sujeitos e a incapacidade de abranger a multidimensionalidade do ser humano (Fertonani *et al.*, 2015).

Em contraposição ao modelo hegemônico biomédico, com característica curativista centrado na doença, considera-se o modelo de atenção integral à saúde de interdependência, é visto nos preceitos da medicina holística, integrativa e complementar na saúde, incluindo o indivíduo de forma integral, com foco na prevenção e promoção da saúde e não na doença de forma segmentada.

O paradigma holístico pauta-se numa compreensão integrativa e não segmentada do corpo e mente, entendendo o processo de cura, prevenção e promoção de saúde atrelado a múltiplas dimensões, não somente biológicas, mas como também culturais e sociais. Nesta percepção multidimensional é valorizada a identidade dos indivíduos e coletivos, uma vez que os processos de saúde/doença deixam de ser vistos como universais e tornam-se experiências subjetivas construídas de maneira desigual a partir de realidades diferentes com personagens sociais distintos (Registro; Elías; Seti, 2025, p. 5066).

É neste viés que o modelo biomédico de poder foi recebendo críticas. Para além da evolução científica da medicina, houve uma modificação no modelo de saúde (curativista para promoção e prevenção de saúde) proporcionando assim, um avanço conceitual de saúde e doença, principalmente pela OMS, que atribui a saúde não somente como ausência de doença, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Rezende, 2009a).

Com esse novo enfoque, surgiram movimentos sociais que buscavam melhores condições de saúde e qualidade de vida, os principais movimentos ocorreram no Canadá em 1974, por meio do Relatório Lalonde e no Cazaquistão em 1978 mediante a Declaração de Alma-Ata, que impulsionou ações de mudança no sistema de saúde, defendendo a promoção da saúde como estratégia central no processo saúde-doença, a implementação de políticas públicas saudáveis e trouxe destaque para a saúde da família e comunidade (Buss *et al.*, 2020). Fertoni *et al.*, (2015) demonstram as principais características entre o modelo biomédico de saúde (curativista) e o modelo de atenção integral à saúde com o foco na saúde da família e comunidade:

Figura 6 – Características do Modelo Biomédico e da Saúde da Família

	Modelo Biomédico	Saúde da Família
Características	Hegemônico nos serviços de saúde. Organização das práticas de saúde com foco nas queixas dos indivíduos que procuram os serviços na identificação de sinais e sintomas e no tratamento das doenças. A promoção da saúde não é prioridade.	Surge em 1994 e passa a constituir-se em estratégia privilegiada para superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e efetivação dos princípios do SUS. Desenha um "novo modelo assistencial e saúde", inspirado na Atenção Primária à Saúde (APS) ampliando a abordagem aos problemas de saúde. Articula ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, e reabilitação.
	Prioriza a assistência individual, com ênfase na especialização e no uso de tecnologias do tipo material. Organiza a assistência a partir da demanda espontânea.	Propõe a atenção à saúde com foco na família, grupos e comunidades. O indivíduo é entendido com um ser histórico e social, que faz parte de uma família e de determinada cultura. Considera os determinantes de saúde – doença para o planejamento em saúde e propõe promoção da autonomia e da qualidade de vida.
	O trabalho é desenvolvido de forma fragmentada, com predomínio de práticas hierarquizadas e de desigualdade entre as diferentes categorias profissionais.	Prevê o trabalho em equipe multiprofissional que deve atuar na perspectiva interdisciplinar.
	Apresenta dificuldade na implantação da integralidade, tanto no entendimento da multidimensionalidade do ser humano, quanto na integração entre níveis de atenção. Falta de comunicação e integração entre os serviços que compõem as redes.	Resgata o conceito de integralidade, indicando a atenção básica como porta privilegiada de acesso, articulada aos demais níveis de atenção. Prevê a construção de uma rede integrada de serviços de saúde que atenda o conjunto das necessidades de assistência de indivíduos e populações. A relação entre os níveis de complexidade inclui referência e contra-referência.
	Formação profissional e produção de conhecimento fundamentado no modelo flexneriano de 1910. Profissionais de saúde formados por currículos que pouco valorizam o SUS e o modelo da Saúde da Família.	Reconhece a importância de formar recursos humanos para o SUS.
	O planejamento em saúde é pouco utilizado como ferramenta de gestão e temas como vínculo e acolhimento não são priorizados.	Assume como um dos eixos centrais das práticas, a construção de relações acolhedoras e de vínculo de compromisso e de corresponsabilidade, entre os profissionais de saúde, gestores e população.

Fonte: Fertoni *et al.*, (2015).

Portanto, essa visão de saúde mais ampliada com foco no indivíduo e comunidade marcaram uma conquista dos direitos sociais e de saúde pública. No Brasil, cabe lembrar o reconhecimento da saúde como direito fundamental instituído na Matriz Constitucional brasileira de 1988, vigente até hoje (Rezende, 2009a; Brasil 1988). Assim, outros marcos importantes, desencadeados pelo novo modelo de saúde preventivo, são as transições demográficas e epidemiológicas, tornando o envelhecimento populacional um fenômeno global e a expectativa de vida da população cada vez maior. Nas últimas seis décadas, a expectativa de vida da população mundial cresceu de 47 anos, no período 1950-1955, para cerca de 72 anos, entre 2015-2020 (Veras; Costa, 2014; Martins *et al.*, 2021).

Antigamente, as doenças principais eram doenças infecciosas como a tuberculose, a cólera, a malária ou a poliomielite. Doenças que tomavam com frequência proporções de epidemia e podiam ameaçar uma população inteira. Hoje em dia, nos países industrializados estas graves doenças infecciosas tornaram-se uma causa de morte menor, algumas foram substancialmente erradicadas. Nesses países, as causas de morte mais comuns são atualmente doenças crônicas não-infecciosas, como o cancro, as doenças cardíacas, a diabetes ou doenças do aparelho circulatório. Chama-se a esta transformação transição na saúde (Giddens, 2008, p.160).

Essa transição possibilitou a longevidade da população e a modificação do padrão das doenças ao longo do tempo, passando de um padrão de enfermidades infecciosas para outro de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente na população mais idosa. Tais transformações constituem forte evidência das conquistas das políticas públicas tanto mundialmente quanto nacionalmente, desempenhadas pelo SUS com viés na promoção da saúde (Martins *et al.*, 2021).

Embora tenha se fortalecido, o modelo de atenção integral à saúde com enfoque no território, domicílio, indivíduo, família e comunidade, o modelo biomédico ainda é hegemônico. Evidentemente a medicina avançou significativamente, mas ainda está fragmentada, em um modelo histórico hegemônico de cuidado. Portanto, é preciso superar a monocultura desse saber colonizado, com vistas a reconhecer, legitimar e valorizar outros conhecimentos. Para tanto, torna-se necessária uma visão ainda mais integral e menos teórica, mais emancipatória do cuidado, possibilitando políticas públicas de maneira mais efetiva, unindo todos os saberes e, principalmente, os conhecimentos populares (Guimarães *et al.*, 2020).

É neste propósito que, a seguir, se apresenta a epistemologia decolonial como estratégia de descolonização do conhecimento e valorização de todos os tipos de saberes de saúde, de forma emancipadora e inclusiva. Por conseguinte, então, aborda-se a epistemologia decolonial

a luz da emancipação, com perspectiva de reconstrução, não se limitando a críticas de poderes, mas sim de pensar e agir por meio de práticas emancipatórias e valorização de todos os conhecimentos e saberes de forma multicultural.

4.3 Epistemologias Decoloniais e emancipação da população a partir do reconhecimento dos seus saberes

Desde o final da década de 1990, intensificaram-se os estudos sobre a decolonialidade, sobretudo a partir das pesquisas de Aníbal Quijano com a tríade Modernidade/Colonialidade/Decolonialidade. Iniciando assim, de forma articulada, as discussões acerca de problemáticas histórico-sociais anteriormente consideradas superadas ou resolvidas no campo das ciências sociais latino-americanas (Quijano, 2009; Quintero; Figueiró; Elizalde, 2019).

Para Oliveira e Lucini (2021, p. 98): “A decolonialidade é um termo que emergiu da necessidade de ir além da ideia de que a colonização foi um evento acabado, pois entende-se que este foi um processo que teve/tem continuidade, mesmo tendo adquirido outras formas”. A epistemologia decolonial é entendida como um meio de luta, denúncia e, também, como conceito e teoria, que teve início no final do século XX, a partir dos estudos do grupo *colonialidade/modernidade*, pois havia entendimento da necessidade de se ter uma conceituação e categorias próprias (Oliveira; Lucini, 2021). Para Neto (2016, p.44):

[...] o conceito de decolonialidade seja entendido, a despeito de sua diversidade, como um questionamento radical e uma busca de superação das mais distintas formas de opressão perpetradas pela modernidade/colonialidade contra as classes e os grupos sociais subalternos, sobretudo das regiões colonizadas e neocolonizadas pelas metrópoles euro-norte-americanas, nos planos do existir humano, das relações sociais e econômicas, do pensamento e da educação.

Santos (2001) destaca que a perversidade sistêmica resulta de uma evolução negativa da humanidade, especialmente associada ao processo de globalização e aos comportamentos competitivos e individualistas que caracterizam as ações hegemônicas. Nesse contexto, emergem os estudos decoloniais, inseridos em uma perspectiva contra hegemônica, com o objetivo de reestruturar os preceitos e teorias eurocêntricas.

Na visão de Mignolo (2017), a colonialidade/modernidade, no contexto contemporâneo, já é um conceito decolonial, sendo assim, a base do pensamento decolonial “[...] não é dominar, mas esclarecer, ao pensar e agir, que os futuros globais não poderão mais ser pensados como um futuro global em que uma única opção é disponível” (Mignolo, 2017, p.14). É nessa

perspectiva que a base epistemológica decolonial reconstrói a visão concreta dos diversos conhecimentos e saberes.

Os estudos decoloniais compartilham um conjunto sistemático de enunciados teóricos que revisitam a questão do poder na modernidade. Esses procedimentos conceituais são: 1. A localização das origens da modernidade na conquista da América e no controle do Atlântico pela Europa, entre o final do século 15 e o início do 16, e não no Iluminismo ou na Revolução Industrial, como é comumente aceito; 2. A ênfase especial na estruturação do poder por meio do colonialismo e das dinâmicas constitutivas do sistema -mundo moderno/ capitalista e em suas formas específicas de acumulação e de exploração em escala global; 3. A compreensão da modernidade como fenômeno planetário constituído por relações assimétricas de poder, e não como fenômeno simétrico produzido na Europa e posteriormente estendido ao resto do mundo; 4. A assimetria das relações de poder entre a Europa e seus outros representa uma dimensão constitutiva da modernidade e, portanto, implica necessariamente a subalternização das práticas e subjetividades dos povos dominados; 5. A subalternização da maioria da população mundial se estabelece a partir de dois eixos estruturais baseados no controle do trabalho e no controle da intersubjetividade; 6. A designação do eurocentrismo/ocidentalismo como a forma específica de produção de conhecimento e subjetividades na modernidade (Quintero; Figueiro; Elizalde, 2019, p.5).

Assim, a decolonialidade conduz à reconstrução epistemológica mediante as histórias silenciadas, subjetividades reprimidas e conhecimentos subalternizados no período colonial (Quijano, 2000). Portanto, “a atitude decolonial é o “grito de espanto” que ocorre individualmente, ou seja, é a atitude do próprio sujeito frente ao horror da colonialidade em busca de mudanças quanto às colonialidades do saber, do ser e do poder” (Oliveira; Lucini, 2021, p.99).

Na comunidade acadêmica encontra-se dois termos: “descolonial” e “decolonial, que embora Aníbal Quijano (2000, 2005) não tenha estabelecido uma distinção conceitual explícita entre eles, sua teoria da *colonialidade do poder* forneceu os fundamentos para ambos os enfoques. Assim, no campo conceitual, há uma distinção entre os termos: “decolonial”, centrado na desconstrução da colonialidade e nas estruturas de poder e saber; e “descolonial”, voltado à descolonização como processo de libertação e emancipação (Zeifert; Agnoletto, 2019; Santos, 2018). Essa distinção foi sugerida por Catherine Walsh (2009):

Remover o “s” e denominá-lo “decolonial” não significa promover um anglicismo. Pelo contrário, significa marcar uma distinção com o significado de “de” em espanhol. Não pretendemos simplesmente desmantelar, desfazer ou reverter o colonial; isto é, passar de um momento colonial para um não colonial, como se seus padrões e vestígios pudessem deixar de existir. A intenção, antes, é apontar e provocar um posicionamento — uma postura e atitude contínuas — de transgressão, intervenção, ascensão e influência. O decolonial, portanto, denota um caminho contínuo de luta no qual podemos identificar, tornar visíveis e encorajar “lugares” de exterioridade e construções alternativas (Walsh, 2009, p. 14-15, *tradução*).

Portanto, a distinção entre os termos “descolonização” e “decolonização” é fundamental para compreender a proposta epistemológica do grupo modernidade/colonialidade (M/C). Conforme argumentam Catherine Walsh e Walter D. Mignolo (2008, 2010), a supressão da letra “s” no termo “decolonização” não é apenas uma escolha linguística, mas uma demarcação teórica que diferencia o projeto decolonial das lutas históricas por independência nacional, associadas à descolonização ocorrida no contexto da Guerra Fria. A decolonialidade, nesse sentido, propõe uma ruptura mais profunda com os fundamentos do pensamento moderno e eurocêntrico, ao buscar desestabilizar a colonialidade do saber, do poder e do ser, que seguem operando mesmo após o fim das estruturas coloniais formais. Mignolo (2010) ainda destaca que esse projeto se distancia dos estudos pós-coloniais, os quais, em grande parte, foram construídos sobre a teoria crítica europeia (como Foucault, Lacan e Derrida) e pelas experiências de elites intelectuais das ex-colônias inglesas da Ásia e da África. Assim, o projeto decolonial latino-americano reivindica outra genealogia de pensamento, ancorada nas epistemologias do Sul e nos saberes historicamente silenciados, constituindo-se como uma proposta contra hegemônica e de desobediência epistêmica (Ballestrin, 2013).

O pensamento decolonial reflete sobre a colonização como um grande evento prolongado e de muitas rupturas e não como uma etapa histórica já superada. [...] Deste modo quer salientar que a intenção não é desfazer o colonial ou revertê-lo, ou seja, superar o momento colonial pelo momento pós-colonial. A intenção é provocar um posicionamento contínuo de transgredir e insurgir. O decolonial implica, portanto, uma luta contínua (Colaço, 2012, p. 08).

Para muitos estudiosos decoloniais são claras as premissas coloniais sobre as subjetividades e deliberações sobre os aspectos de ser e de fazer ciência, tornando esse processo além de crítica, uma possibilidade de construir conhecimentos e movimentos de (re)leitura do mundo social e das suas conexões. A decolonialidade não se restringe à reprodução de uma narrativa nos modelos coloniais, mas propõe recontar a história por meio da ótica dos subalternizados e suas mundividências. Ou seja, romper os silêncios historiográficos e reconhecer os componentes que lhes são particulares e valorativos antes aos dominados. Não apagando as marcas da colonização, mas reconhecendo e trazendo a perspectiva crítica e teórica de rompê-la e recriar um espaço comum epistemológico diante ao cenário eurocêntrico presente nas ciências (Nascimento; Santana, 2020).

O fato da proposta decolonial problematizar as questões referentes aos afrobrasileiros e indígenas, não se resume apenas por se tratar da maior parcela da sociedade brasileira, ou por serem vítimas de segregações raciais, ou as mais diversas formas de preconceitos até hoje, ou negação do racismo muitas vezes velado ou não, o que já julgamos pertinência suficiente. Mas, também pela possibilidade de transgredir as legitimidades do racismo que foram historicamente construídas, podendo então reler e problematizar temas passados da História e a potência das representações e dos discursos nunca neutros, mas instrumentos políticos para atender a interesses, sendo

muitas vezes responsável pela construção do imaginário social e coletivo, que pode proporcionar tanto a manutenção das perspectivas colonizadoras quanto o seu rompimento (Nascimento; Santana, 2020, p.174).

O pensamento decolonial tem como propósito refletir de forma crítica e teórica sobre as condições colonizadas da epistemologia, buscando a emancipação de todos os tipos de opressão e dominação diante de uma abordagem interdisciplinar, tanto no campo cultural quanto político e econômico, com intuito de construir um campo inovador de pensamento que favoreça os componentes epistêmicos locais em detrimento da influência imposta pela situação colonial (Reis; Andrade, 2018).

Portanto, a epistemologia decolonial contra hegemônica reconquistam os preceitos de diversidade e pluralidade de vozes, saberes e caminhos (SUESS; SILVA, 2019), trazendo uma nova ideologia contemporânea. Por um lado, a filosofia decolonial retrata a reflexão, de forma crítica, das relações de poder e colonialidade do conhecimento eurocêntrico. Por outro, este pressuposto decolonial resgata e empodera os conhecimentos dos subalternos e oprimidos, no intuito de (re)construir paradigmas através da emancipação humana (Zeifert; Agnoletto, 2019; Santos, 2002). Para Silva (2013, p.763):

A emancipação, então, é o processo de libertação se ampliando para a vida social, no qual os sujeitos vão constituindo formas de ser e estar no mundo, livre dos desejos dos outros. Ele mesmo decide o que é melhor para si e para a coletividade. Isso quer dizer que a emancipação é um processo de autonomia e empoderamento para intervir no mundo, promover ações voltadas ao desenvolvimento do ser humano, ressignificando o conhecimento e se apropriando de entendimentos dialéticos da história.

Desta forma, Tonet (2005, p.177) ressalta que “em síntese, a essência da emancipação humana está no domínio consciente e coletivo dos homens sobre o seu processo de autoconstrução, sobre o conjunto do processo histórico”. Destarte, a epistemologia decolonial emerge como uma ferramenta de emancipação dos povos ao desafiar as estruturas de poder dominantes que mantém a opressão.

Assim, a decolonialidade busca desconstruir as estruturas de dominação contra as comunidades marginalizadas e propõe uma ruptura dessas estruturas opressivas, restabelecendo a dignidade, autonomia e identidade dessas comunidades subjugadas (Muniz; Rodrigues, 2024). Portanto, “a decolonialidade não se limita apenas a uma crítica das relações de poder existentes, mas também propõe alternativas e práticas emancipatórias” (Muniz; Rodrigues, 2024, p.219).

Com isso, ao proporcionar a diversidade epistêmica, cultural e política, cria-se espaços de reflexão, diálogos e cooperação entre diversos saberes e experiências, valorizando as concepções das comunidades subjugadas (Muniz; Rodrigues, 2024). Logo, “a emancipação das massas por meio da decolonialidade implica, portanto, um processo contínuo de resistência,

luta e transformação”, assim, “[...] o sujeito passa a questionar a noção de uma única narrativa universal e hierarquizada, em favor de um reconhecimento da pluralidade de vozes e experiências”, desse modo, por meio da desconstrução das estruturas de dominação e “promoção da justiça social, econômica e cultural, as massas podem verdadeiramente alcançar a liberdade e a autodeterminação” (Muniz; Rodrigues, 2024, p.220).

Em vista à decolonialidade, no que tange a pluralidade e a valorização de conhecimentos e saberes de diversos povos e comunidades, trazendo a inclusão e resiliência de vozes e comunidades subjugadas, urge a necessidade de decolonizar o cuidado em saúde, reconhecendo a interculturalidade por meio de práticas de cuidado integral e holístico, como é visto nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Guimarães *et al.*, 2020; Muniz; Rodrigues, 2024). Desta forma, ao decolonizar o cuidado em saúde por meio das PICS, consequentemente, há uma abertura para o processo de emancipação, desconstruindo a hegemonia do cuidado biomédico unívoco e reconstruindo um cuidado emancipador por meio de práticas comunitárias, tradicionais, ancestrais, integrativas e complementares. Para Guerra (2026, p.5):

Práticas comunitárias de cuidado não devem ser compreendidas como saberes periféricos, mas como tecnologias complexas de sustentação da vida. Reconhece-se que tais práticas não estão isentas de tensões internas; contudo, sua potência histórica reside na capacidade de sustentar mundos diante da violência colonial e da degradação ambiental.

É nesta perspectiva que se torna necessário criar espaços de empoderamento e emancipação, no que tange as práticas de cuidado por meio do diálogo crítico e reflexivo com os entes públicos, para decolonizar o cuidado em saúde por meio das PICS, respeitando “[...]à cultura dos diferentes povos e etnias, de modo que suas tradições e práticas de saúde sejam valorizadas tais como são as práticas biomédicas” (Guimarães *et al.*, 2020, p.9). Portanto, é neste viés que a tese se vincula, questionando a hegemonia biomédica, monocultura do saber e do poder, centrado unicamente na doença, e destacando a decolonização do cuidado em saúde de forma emancipadora e reconhecendo os conhecimentos e saberes não-hegemônicos na área da saúde por meio das PICS. Sendo esta a discussão, o próximo capítulo versa sobre todo o contexto das PICS no Brasil, desde suas potencialidades e dificuldades, tanto na implementação quanto no reconhecimento destas terapias nos serviços de saúde.

5 CAPÍTULO V - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

Desde a pré-histórica, a medicina tradicional já tratava doenças por meio de produtos naturais, como plantas, microrganismos, animais e organismos marinhos (Yuan *et al.*, 2016). A medicina tradicional é considerada prática milenar baseada nos fundamentos socioculturais relacionados aos conhecimentos de diversos povos tradicionais (indígenas, africanos, chineses, dentre outros) com intuito terapêutico do cuidado (Mallmann; Rocha, 2017).

No campo da medicina tradicional, a Organização Mundial da Saúde iniciou formalmente a discussão em torno desta prática de cuidado em 1969, na 22ª Assembleia Mundial da Saúde e em 1970 já incentivava os Estados Membros a formularem e implementarem políticas públicas para a utilização racional e integrada da Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa, termo denominado pelo OMS, nas redes de atenção à saúde (OMS, 2006).

A MTCI é considerada um conjunto de terapias de atenção à saúde fundamentada em teorias e experiências de diversas culturas aplicadas para promoção da saúde, prevenção e recuperação, abrangendo o ser integralmente em todas as suas dimensões. Neste viés, a MTCI integra um modelo de cuidado à saúde que em vários países, essa prática integrativa e complementar, se revela como principal oferta de serviço terapêutico à população. Já, em outros países, o modelo de implementação nos sistemas de saúde decorre de forma complementar ao sistema convencional (Brasil, 2020a; OMS, 2026). Assim, torna-se necessário discutir inicialmente as PICS no Brasil, desde os debates iniciais até a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, e posteriormente versar os resultados da pesquisa de campo desta tese.

5.1 As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICS no Brasil

Anteriormente à Constituição Federativa da República do Brasil de 1988, a assistência em saúde se destinava aos trabalhadores formais, ou seja, quem contribuía para a Previdência Social. Contudo, o restante da população com trabalho informal (trabalhadores domésticos, rurais, dentre outros), ficavam à *mercê*⁶ da assistência em saúde por rede de solidariedade, ou seja, por caridade/favor, principalmente pela comunidade religiosa (igrejas) (Romero, 2013; Souza Junior, 2016).

⁶ Menon (2006, p. 104) afirma que no português arcaico, *mercê* é um substantivo comum, como tantos outros. Do gênero gramatical feminino, tinha o significado básico de “favor, graça, benesse”.

Ainda, neste período antes da Constituição/1988, os índices de mortalidade infantil eram elevados por consequência de infecções gastrointestinais, principalmente por diarreias e, subsequentemente, à desnutrição. Ainda, na fase Pré-Constituinte, ocorreu a VIII Conferência Nacional da Saúde (1986), que foi um *pontapé* para introduzir atenção integral à saúde e estabelecer esta como direito universal, diante da Constituição/1988 (Romero, 2013; Souza Junior, 2016; Brasil, 1988).

No tocante à promulgação da Constituição do Brasil de 1988, chamada de “Constituição Cidadã”, uma das maiores conquistas da história brasileira, no que se refere ao respeito à dignidade humana, estabelece no art. 196 “[...] a saúde como direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988, p. 118). O arcabouço jurídico do SUS se deu pela Lei nº 8080/90 (Orgânica da Saúde); Lei nº 8142/90 (Complementar da Saúde); Normas Operacionais Básicas – NOB; Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS e o Pacto pela Saúde 2006 (Portaria 399) (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b; Brasil, 2006b).

Após a promulgação da Constituição do Brasil de 1988, Leis Orgânicas de Saúde e as recomendações da OMS, se criou espaço para debates acerca das PICS, desde 1976, por meio do Programa de Medicina Tradicional, o Brasil também intensificou debates acerca das PICS, fazendo-se necessário destacar que as conferências nacionais de saúde, participação popular e de gestores públicos, no âmbito de propor políticas públicas de saúde, foram essenciais para a institucionalização das PICS no Brasil (Brasil, 2015), como demonstra o quadro a seguir:

Quadro 6- Principais debates sobre as PICS Pós-Constituinte

1988	Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) – nº 4, nº 5, nº 6, nº 7 e nº 8. Em que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia.
1995	Instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não Convencionais, por meio da Portaria GM nº 2.543 de 1995.
1996	10ª Conferência Nacional de Saúde, que, em seu relatório final, aprovou a “incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”.
1999	Inclusão das consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS.
2000	11ª Conferência Nacional de Saúde recomenda “incorporar na atenção básica: Rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia”.
2001	1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária.
2003	Constituição de grupo de trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) ou apenas MNPC – no SUS (atual PNPIC).

2003	1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatiza a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS.
2003	12ª Conferência Nacional de Saúde, delibera para a efetiva inclusão da MNPC no SUS (atual PNPIC)
2004	2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovações em Saúde. A MNPC (atual PNPIC) foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa.
2005	Decreto Presidencial cria o grupo de trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
2005	Relatório final do seminário “Águas Minerais do Brasil”, em outubro, que indica a constituição de projeto piloto de termalismo social no SUS.

Fonte: adaptado de BRASIL (2015).

Portanto, no Brasil, as PICS foram institucionalizadas a partir da CF/1988, com a criação do SUS, por meio das Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) - nº 4, 5, 6, 7 e 8/88, que fixaram o atendimento em Homeopatia, Acupuntura, Termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e Fitoterapia (Brasil, 1988; Brasil, 2006a; Brasil, 2020a).

Em 2006 foi instituída a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, que incorporou cinco PICS: homeopatia, termalismo/crenoterapia, medicina antroposófica, fitoterapia/ plantas medicinais e Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura. No entanto, mais quatorze PICS, em 2017, foram reconhecidas, sendo estas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga (Brasil, 2006a; Freitag; Badke, 2019; Brasil, 2020a).

Assim, com os pressupostos do I Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Saúde Pública, em conjunto com III Congresso Internacional de Ayurveda, foi instituída a Portaria GM/MS nº 702/2018 com a inclusão de mais dez PICS no SUS: Apiterapia, Aromaterapia, bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozoniterapia e Terapia de Florais (Freitag; Badke, 2019; Brasil, 2020a).

Contudo, as Práticas Integrativas e Complementares são métodos terapêuticos que visam à integralidade do cuidado considerando o bem-estar físico, espiritual, mental e social por meio de mecanismos naturais de promoção da saúde (Ferreira, 2019). As PICS representam a conexão dos saberes populares, ou seja, da medicina baseada em conhecimentos indígenas e de outras culturas tradicionais, centrada nas necessidades de cada indivíduo de forma humanizada e holística (Glass; Lima; Nascimento, 2021).

Neste viés, cabe destacar que desde a instauração da PNPIC em 2006, o termo *alternativo* foi substituído por *integrativo e complementar*, de modo que as práticas sejam efetivamente incluídas no SUS de forma complementar, pois em muitos casos, as PICS, de certa forma, são mais efetivas do que a própria biomedicina, assim, não se trata de uma alternativa, mas da conduta mais apropriada ao indivíduo, respeitando as singularidades e necessidades em toda sua integralidade (Brasil, 2006a; Freitag; Badke, 2019; Brasil, 2020a).

Portanto, Mattos (2009, p. 778) versa o conceito de integralidade, ao qual se expressa como “um conjunto de valores que devem pautar todas as práticas de saúde, conferindo-lhes qualidades”, sendo caracterizada como apreensão integral das necessidades. É neste viés, que a integralidade é um dos princípios fundamentais do SUS, pois garante um atendimento que considera o ser humano em sua totalidade, promovendo saúde de forma contínua e integral.

No entanto, Guimarães *et al.* (2020, p.3) ressaltam que:

[...] ao não incorporar a medicina tradicional indígena e as diversas formas de lidar com o processo saúde doença em comunidades negras e em populações de comunidades periféricas urbanas, do campo, das águas e das florestas, a PNPIC mantém a invisibilidade que historicamente atravessa os saberes desses povos. Este fato reforça a hegemonia do saber/poder colonial diante das diversas formas de cuidado à saúde presentes na sociedade brasileira, mas que continuam na invisibilidade e sem reconhecimento por parte daqueles que formulam e implementam as políticas públicas.

Com isso, percebe-se que a PNPIC precisa continuar avançando, trazendo o enfoque necessário para a diversidade sociocultural, abrangendo de melhor forma a comunidade indígena, negra e periférica, valorizando a interculturalidade dos diferentes tipos de conhecimentos e saberes. Logo, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, que fortalece os princípios e diretrizes do SUS, principalmente no que tange o cuidado centrado na pessoa, com práticas de cuidado que envolvem promoção, prevenção, tratamento, reabilitação em saúde, as PICS, de forma preliminar, começaram ser aplicadas na Atenção Básica, inicialmente a prática de fitoterapia/plantas medicinais (Brasil, 2007). Deste modo, as PICS devem ser inseridas de forma prioritária na atenção primária à saúde, em consonância com a própria PNPIC e das premissas da OMS (Barbosa *et al.*, 2020).

Posteriormente, com capacitações e treinamentos dos profissionais de saúde da Atenção Básica e da rede privada iniciou-se a aplicação das terapias holísticas baseadas nas PICS, no entanto, a inserção das PICS no SUS ainda é frágil e precisa ser fortalecida, mesmo que diversas unidades de saúde já aplicam essas práticas (Brasil, 2015). Logo, no quadro abaixo, apresentam-se as 29 PICS regulamentadas pela legislação brasileira e respectivas definições:

Quadro 7 - PICS regulamentadas no Brasil e suas definições

Apiterapia	Prática terapêutica consiste em usar produtos derivados de abelhas – como apitoxinas, mel, pólen, geleia real, própolis – para promoção da saúde e fins terapêuticos
Aromaterapia	Prática terapêutica secular que utiliza as propriedades dos óleos essenciais, concentrados voláteis extraídos de vegetais. Pode ser associada a outras práticas – como terapia de florais, cromoterapia, entre outras.
Arteterapia	prática expressiva artística, visual, que atua como elemento terapêutico na análise do consciente e do inconsciente e busca interligar os universos interno e externo do indivíduo, por meio da sua simbologia, favorecendo a saúde física e mental. Utiliza instrumentos como pintura, colagem, modelagem, poesia, dança, fotografia, tecelagem, expressão corporal, teatro, sons, músicas ou criação de personagens...
Ayurveda	De origem indiana, utilizada para prevenir e curar doenças, e reconhece que esta não é apenas um sistema terapêutico, mas também uma maneira de viver. Os tratamentos ayurvédicos consideram a singularidade de cada pessoa, e utilizam técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais (asanas), pranayamas (técnicas respiratórias), mudras (posições e exercícios) e cuidados dietéticos.
Biodança	Prática expressiva corporal que promove vivências integradoras por meio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, Utiliza exercícios e músicas organizados que trabalham a coordenação e o equilíbrio físico e emocional.
Bioenergética	Adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, por exemplo, os movimentos sincronizados com a respiração. A bioenergética, também conhecida como análise bioenergética, trabalha o conteúdo emocional por meio da verbalização, da educação corporal e da respiração, utilizando exercícios direcionados a liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos.
Constelação familiar	Prática terapêutica de abordagem sistêmica e fenomenológica, que busca recursos para reconhecer a origem dos problemas trazidos pelo indivíduo.
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, ancestral e profunda, geralmente realizada em grupos, que utiliza a dança de roda – tradicional e contemporânea – , o canto e o ritmo para favorecer a aprendizagem e a interconexão harmoniosa e promover a integração humana, o auxílio mútuo e a igualdade visando o bem-estar físico, mental, emocional e social.
Geoterapia	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.
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	O método terapêutico envolve três princípios fundamentais: a Lei dos Semelhantes; a experimentação no homem sadio; e o uso da ultra diluição de medicamentos. Os medicamentos homeopáticos da farmacopeia homeopática brasileira incluído no REMANE.
Imposição de mãos	Prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital por meio das mãos com intuito de restabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença.
Medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde	Abordagem terapêutica integral com base na antroposofia os quais avaliam o ser humano a partir da trimembração, quadrimembração e biografia, conciliando medicamentos e terapias convencionais com outros específicos de sua abordagem, como aplicações externas, banhos terapêuticos, terapias físicas, arteterapia, aconselhamento biográfico, quirofonética.
Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura	MTC terapêutica milenar, que tem a teoria do yin-yang e a teoria dos cinco elementos. MTC utiliza como procedimentos diagnósticos, na anamnese integrativa, palpação do pulso, inspeção da língua e da face, entre outros; e, como procedimentos terapêuticos, acupuntura, ventosaterapia, moxabustão, plantas medicinais, práticas corporais e mentais, dietoterapia chinesa. Acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde por meio da inserção de finas agulhas filiformes metálicas. Auriculoterapia é uma técnica terapêutica psíquico-orgânica do indivíduo por meio de agulhas, esferas de aço, ouro, prata, plástico, ou sementes de mostarda, previamente preparadas para esse fim.
Meditação	Prática mental individual milenar que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo.
Musicoterapia	Prática expressiva integrativa conduzida em grupo ou de forma individualizada, que utiliza a música e/ou seus elementos – som, ritmo, melodia e harmonia –.
Naturopatia	Prática terapêutica que adota visão ampliada e multidimensional do processo vida-saúde-doença e utiliza um conjunto de métodos e recursos naturais no cuidado e na atenção à saúde.
Osteopatia	Utiliza várias técnicas manuais para auxiliar no tratamento de doenças, entre elas a da manipulação do sistema musculoesquelético (ossos, músculos e articulações), do stretching, dos tratamentos para a disfunção da articulação temporo-mandibular (ATM), e da mobilidade para vísceras.
Ozonioterapia	utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica, e promove melhoria de diversas doenças.
Plantas medicinais – fitoterapia	tratamento terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal.
Quiropraxia	Enfatiza o tratamento manual, como a terapia de tecidos moles e a manipulação articular ou "ajustamento", que conduz ajustes na coluna vertebral e outras partes do corpo, visando a correção de problemas

	posturais, o alívio da dor e favorecendo a capacidade natural do organismo de autocura.
Reflexoterapia	utiliza estímulos em áreas reflexas – os microssistemas e pontos reflexos do corpo existentes nos pés, mãos e orelhas – para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento.
Reiki	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) para bebês e crianças pelos pais, composta por uma série de movimentos que favorecem o vínculo.
Terapia Comunitária Integrativa	Prática terapêutica coletiva que atua em espaço aberto e 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, experiência de vida de cada um e o conhecimento tradicional.
Terapia de florais	Prática terapêutica que utiliza essências derivadas de flores para atuar nos estados mentais e emocionais. A terapia de florais de Bach precursor desta prática
Termalismo social/crenoterapia	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.
Yoga	Apresenta técnicas específicas, como hatha-yoga, mantra-yoga, laya-yoga, que se referem a tradições especializadas, e trabalha os aspectos físico, mental, emocional, energético e espiritual do praticante.

Fonte: adaptada de Brasil (2023).

É importante destacar que Barbosa *et al.* (2020) apresenta a categoria “Outros”, sendo uma das PICS mais ofertadas no Brasil, os quais citam: artesanato, grupos terapêuticos e de prevenção (diabetes, hipertensos, obesos, idosos). No entanto, essa categoria não está inclusa na PNPIC, assim, na visão de Sousa *et al.*, (2012, p.2.149) as “atividades como grupos de caminhadas ou de ginástica para idosos ou obesos estão relacionadas a fatores de risco de natureza biomédica e não deveriam ser consideradas práticas integrativas e complementares”.

A PNPIC destaca como objetivos:

- Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.
- Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.
- Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.
- Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (Brasil, 2006a, p.7).

Também, a PNPIC estabelece como principais diretrizes para estruturação e fortalecimento das PICS no SUS: incentivo das terapias em todos os níveis de atenção; desenvolvimento destas práticas em caráter multiprofissional; implementação de ações para fortalecimento das PICS já existentes; estabelecer mecanismos de financiamento; elaboração de normas técnicas e operacionais tanto para a implementação quanto para desenvolvimento no SUS e; articulação em todas as políticas públicas de saúde (Brasil, 2015).

Logo, a PNPIC prioriza também o desenvolvimento de estratégias para qualificação profissional no âmbito multiprofissional do SUS através de educação permanente e divulgação dos conhecimentos básicos das PICS para gestores, usuários e profissionais da saúde levando em consideração as metodologias participativas e o saber popular (Brasil, 2015).

Assim, posteriormente, no item 5.1.1, apresenta-se o estudo fruto dessa Tese, com os resultados a partir do seguinte objetivo: - Averiguar a implementação das PICS, como políticas públicas do cuidado na rede de Atenção Básica do SUS (Brasil), em municípios de pequeno e médio porte do RS, com foco na sua articulação com as necessidades de saúde locais e na promoção da saúde.

5.1.1 A implementação das PICS como políticas públicas do cuidado na rede de Atenção Básica do SUS (Brasil)

Um dos objetivos específicos relacionados à pesquisa de campo, tratou-se de “averiguar a constituição das PICS, como políticas públicas de cuidado na rede de atenção básica do SUS, em municípios que compõem a região COREDE Alto Jacuí do Estado do Rio Grande do Sul (Brasil). Para esta pesquisa do doutoramento, analisaram-se oito profissionais da saúde de seis municípios do COREDE Alto Jacuí/RS/Brasil. Assim, é necessário destacar que os profissionais de saúde foram codificados conforme classe profissional (enfermeira, psicóloga...) e os municípios como M1, M2, M3, M4, M5 e M6, encontrando-se os seguintes resultados:

5.1.1.1 Perfil profissional e institucional dos participantes da pesquisa

Neste tópico se apresenta a caracterização dos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa (perfil profissional) e a caracterização dos serviços de saúde relacionados às PICS (perfil institucional). Portanto, no quadro 8 apresentam-se os dados sociodemográficos.

Quadro 8 - Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa

Cód.	Categorias profissionais entrevistadas	Sexo	Idade	Tempo de serviço	Aplica alguma da PICS	Curso/Especialização do(a) aplicador(a) das PICS
M1	Psicóloga	Feminino	50 anos	23 anos	Sim	Acupuntura Tradicional Chinesa/ Ventosaterapia
M2	Enfermeira (1)	Feminino	32 anos	10 anos	Sim	Auriculoterapia
M2	Gestor (1)	Masculino	33 anos	12 anos	Não	Auriculoterapia, meditação.
M3	Massoterapeuta	Feminino	45 anos	3 anos	Sim	Auriculoterapia/ Ventosaterapia/ Meditação
M3	Gestor (2)	Masculino	33 anos	5 anos	Não	Auriculoterapia/ Ventosaterapia/ Meditação; reiki, massagem terapia, arteterapia e musicoterapia
M4	Nutricionista	Feminino	33 anos	6 anos	Sim	Auriculoterapia
M5	Educadora Física	Feminino	39 anos	7 anos	Sim	Reiki (nível 1 e 2) e imposição de mãos
M6	Enfermeira (2)	Feminino	52 anos	17 anos	Não	Não aplicamos nenhuma PICS, mas seria bom que houve.

Fonte: elaborado pela autora da pesquisa

A análise dos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa permite compreender o perfil dos profissionais entrevistados e sua relação com a aplicação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no contexto dos serviços de saúde investigados. O grupo participante foi composto por oito profissionais, pertencentes a diferentes categorias da área da saúde e da gestão pública, o que possibilita uma visão plural acerca da inserção dessas práticas no cotidiano institucional.

No que se refere ao sexo, observa-se uma predominância de participantes do sexo feminino, totalizando seis mulheres e dois homens. Tal distribuição reflete uma característica historicamente presente nas profissões da área da saúde, nas quais a presença feminina é majoritária, especialmente em campos como enfermagem, psicologia, nutrição e educação física. Essa predominância pode estar relacionada também à valorização de práticas de cuidado que enfatizam abordagens mais integrativas e humanizadas, elementos frequentemente associados à implementação das PICS.

Em relação à faixa etária, os participantes apresentam idades entre 32 e 52 anos, com uma média de idade de 33 anos, evidenciando um grupo constituído majoritariamente por profissionais em fase intermediária da carreira. Observa-se que a maior concentração de participantes se situa entre os 30 e 40 anos, enquanto dois profissionais encontram-se acima dos 50 anos. Esse perfil etário indica a presença de profissionais com maturidade profissional e experiência acumulada no campo da saúde, ao mesmo tempo em que revela a participação de profissionais relativamente jovens, possivelmente mais abertos à incorporação de novas abordagens terapêuticas no cuidado em saúde.

Quanto ao tempo de serviço, verifica-se uma variação que oscila entre três e vinte e três anos de atuação profissional. Essa amplitude demonstra a coexistência de diferentes trajetórias

profissionais no grupo investigado. Profissionais com maior tempo de atuação, como a psicóloga com 23 anos de experiência e a enfermeira com 17 anos de serviço, apresentam vivências institucionais mais consolidadas, podendo contribuir com percepções mais amplas sobre as transformações nas práticas de cuidado ao longo do tempo. Por outro lado, a presença de profissionais com menor tempo de atuação, como a massoterapeuta com três anos de experiência, pode indicar a entrada de novas perspectivas e saberes no campo da saúde, especialmente aqueles relacionados às práticas integrativas.

No que diz respeito à aplicação das PICS, os dados indicam que cinco dos oito participantes afirmaram realizar alguma dessas práticas em seu contexto profissional, enquanto três informaram não aplicá-las diretamente. Esse dado evidencia que, embora haja um número significativo de profissionais envolvidos com essas práticas, sua aplicação ainda não se apresenta de forma homogênea nos serviços investigados. Destaca-se que os participantes que não aplicam diretamente as PICS correspondem, em sua maioria, a profissionais que exercem funções de gestão, o que sugere uma possível distinção entre os papéis administrativos e assistenciais no processo de implementação dessas práticas.

Outro aspecto relevante refere-se à formação e capacitação dos profissionais em práticas integrativas. Observa-se uma diversidade de cursos e especializações mencionadas pelos participantes, destacando-se a auriculoterapia como a prática mais recorrente entre os profissionais entrevistados. Além dessa técnica, foram citadas outras práticas, como acupuntura tradicional chinesa, ventosaterapia, meditação, reiki, massoterapia, arteterapia, musicoterapia e imposição de mãos. Essa diversidade evidencia que os profissionais têm buscado qualificação em diferentes abordagens terapêuticas integrativas, o que demonstra um movimento de ampliação dos saberes e das práticas no campo da saúde.

Segundo dados do Ministério da Saúde, as PICS no Brasil, ocorreu um ‘salto’ significativo com expressivo crescimento, passando de 92.283 em 2017 para 208.739 em 2019, tanto em atendimentos individuais quanto em atendimentos em atividade coletiva, com destaques para a auriculoterapia, acupuntura com inserção de agulhas, ventosas/moxabustão, uso de plantas medicinais e meditação (Brasil, 2020c). Queiroz, Barbosa e Duarte (2023) versam em seu estudo que os principais profissionais que aplicam as PICS nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família na Atenção Básica são das seguintes formações: terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas, profissional de Educação Física, fonoaudiólogo e fisioterapeuta. E a maioria destes profissionais aplicam as terapias: auriculoterapia; seguida do reiki, ventosaterapia, reflexologia podal, terapia de florais, terapia comunitária integrativa, massoterapia e shiatsu (Queiroz; Barbosa; Duarte, 2023).

Entretanto, também se observa que a existência de formação ou conhecimento sobre as PICS não garante necessariamente sua aplicação nos serviços de saúde. Um exemplo disso é o relato de uma das enfermeiras entrevistadas que afirma que tais práticas não são aplicadas em seu local de trabalho, embora reconheça que sua implementação seria positiva. Esse aspecto evidencia possíveis limitações institucionais, como a ausência de políticas locais de incentivo, falta de infraestrutura adequada, carência de formação continuada ou mesmo restrições organizacionais que dificultam a incorporação dessas práticas no cotidiano dos serviços.

De modo geral, os dados revelam que existe, entre os profissionais investigados, o reconhecimento da relevância das PICS como estratégias de cuidado ampliado, ainda que sua aplicação ocorra de forma parcial e desigual entre os serviços. Tal cenário indica que a institucionalização dessas práticas ainda se encontra em processo de consolidação, dependendo não apenas da iniciativa individual dos profissionais, mas também do fortalecimento de políticas públicas, da oferta de formação específica e da criação de condições institucionais favoráveis à sua implementação no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, a análise do perfil sociodemográfico e profissional dos participantes permite compreender que a presença das PICS nos serviços investigados resulta de um processo em construção, marcado pela articulação entre formação profissional, interesse individual e possibilidades institucionais de implementação, aspectos que serão aprofundados nos eixos analíticos subsequentes desta pesquisa.

No Quadro 9, apresenta-se a caracterização dos serviços de saúde relacionados às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, delineando o perfil institucional desses serviços, o qual será apresentado em duas partes.

Quadro 9 – Caracterização dos serviços de saúde relacionados às PICS entre os municípios participantes: parte I

Cód.	Categorias profissionais entrevistadas	Nº de unidades de saúde da APS no município X Unidades da APS que disponibilizam as PICS	Início das PICS	Dias/semana e turnos que ofertam as PICS	Metodologia de aplicação das PICS (individual ou coletivo)?
M1	Psicóloga	2 ESF e 1 UBS (total) X 2 ESF (disponibilizadas as PICS)	2022	3 dias/semana (manhã e tarde) 2 dias/semana (noite - para os trabalhadores das 19 horas às 22 horas)	Consulta individual e coletiva (grupo). Temos um grupo ativo com aplicação das PICS (grupo de reeducação alimentar)
M2	Enfermeira (1)	22 ESF, 1 centro municipal de fisioterapia (total) X 5 ESF e no centro municipal de fisioterapia (disponibilizadas as PICS)	2022	2 dias/semana (manhã e tarde)	Consulta individual e coletiva (grupos- tabagismo)
M2	Gestor (1)	22 ESF, 1 centro municipal de fisioterapia (total) X	2022	2 dias/semana (manhã e tarde)	Consulta individual e coletiva (grupos)

		5 ESF e no centro municipal de fisioterapia (disponibilizadas as PICS)			
M3	Massoterapeuta	2 ESFs e 1 UBS (total) X 2 ESF (disponibilizadas as PICS)	2022	4 dias/semana (manhã e tarde)	Consulta individual e coletiva (grupos Hiperdia e de saúde)
M3	Gestor (2)	2 ESFs e 1 UBS (total) X 2 ESF (disponibilizadas as PICS)	2022	4 dias/semana (manhã e tarde)	Consulta individual e coletiva (grupos Hiperdia e de saúde)
M4	Nutricionista	1 ESF (total) X 1 ESF (disponibilizadas as PICS)	2023	1 dia/semana (manhã e tarde)	Consulta individual
M5	Educadora Física	1 ESF (total) X 1 ESF (disponibilizadas as PICS)	2023	1 dia/semana (manhã e tarde)	Consulta individual
M6	Enfermeira (2)	1 ESF, não aplicamos nenhuma das PICS no momento	_____	_____	_____

Fonte: elaborado pela autora da pesquisa

A análise do Quadro 9, que apresenta a caracterização dos serviços de saúde relacionados às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde entre os municípios participantes, permite compreender aspectos institucionais relevantes acerca da inserção dessas práticas na Atenção Primária à Saúde. Os dados evidenciam como as PICS vêm sendo incorporadas nas redes municipais de saúde, revelando avanços, limites e desigualdades no processo de institucionalização dessas práticas no âmbito local.

Inicialmente, observa-se que a oferta das PICS ocorre de forma heterogênea entre os municípios, tanto em relação ao número total de unidades de saúde existentes quanto ao quantitativo de serviços que efetivamente disponibilizam essas práticas. Em municípios com maior estrutura de atenção básica, como aquele que possui 22 equipes de Estratégia Saúde da Família e um centro municipal de fisioterapia, verifica-se que as PICS estão disponíveis em cinco ESF e no centro de fisioterapia, o que representa uma cobertura parcial dentro da rede municipal. Esse dado sugere que a ampliação da rede de serviços não implica, necessariamente, a universalização da oferta das PICS em todas as unidades de saúde, indicando que sua implementação depende de decisões institucionais específicas, bem como da disponibilidade de profissionais capacitados e da organização local do processo de trabalho.

Por outro lado, nos municípios com menor número de unidades de saúde, percebe-se uma proporção relativamente maior de inserção das PICS. No município que possui duas ESF e uma Unidade Básica de Saúde, por exemplo, as práticas estão presentes em duas equipes de

ESF, o que retrata presença significativa dessas práticas na rede local. De maneira semelhante, nos municípios que possuem apenas uma ESF, as PICS são ofertadas na própria unidade existente, demonstrando que, embora a estrutura seja mais limitada, há esforços para incorporar essas práticas no cotidiano da atenção básica. Esses achados indicam que a implementação das PICS não está necessariamente associada ao porte do município ou ao tamanho da rede de serviços, mas sim à existência de iniciativas locais e à valorização institucional dessas práticas.

Outro aspecto importante refere-se ao período de início da oferta das PICS, que, segundo os dados apresentados, ocorreu predominantemente a partir do ano de 2022, estendendo-se até 2023 em alguns municípios. Esse dado evidencia que a inserção dessas práticas nos serviços investigados é relativamente recente, o que permite inferir que o processo de institucionalização ainda se encontra em fase de consolidação. A recente implementação pode explicar, inclusive, a distribuição desigual das práticas entre as unidades de saúde e a frequência limitada de atendimento em alguns contextos, indicando que as PICS ainda estão em processo de organização e integração às rotinas dos serviços.

No que se refere à frequência de oferta e organização dos turnos de atendimento, observa-se uma diversidade significativa entre os municípios. Em alguns contextos, as PICS são ofertadas em três ou quatro dias por semana, contemplando os turnos da manhã e da tarde e, em um caso específico, também no turno noturno, direcionado especialmente aos trabalhadores, no período das 19h às 22h. Essa organização revela uma tentativa de ampliar o acesso da população às práticas integrativas, considerando as diferentes demandas e rotinas da comunidade atendida.

Além disso, a existência de turnos noturnos de atendimento, como mencionado pela psicóloga participante da pesquisa, configura-se como uma iniciativa potente, inovadora e estratégica para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, especialmente entre trabalhadores que não conseguem acessar as unidades durante o horário comercial. Para contextualizar essa ampliação do acesso, é importante mencionar que, conforme estabelece a Política Nacional de Atenção Básica, as equipes da Estratégia Saúde da Família devem cumprir uma carga horária mínima de 40 horas semanais, embora a carga horária individual dos profissionais possa variar entre 20, 30 ou 40 horas semanais. A PNAB também prevê que as Unidades Básicas de Saúde funcionem, no mínimo, 40 horas semanais, distribuídas em pelo menos cinco dias da semana, com o objetivo de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde (Brasil, 2012; Brasil, 2020b).

Entretanto, políticas federais mais recentes têm buscado ampliar ainda mais o acesso aos serviços da APS, permitindo a extensão do horário de funcionamento das unidades para o

período noturno. Um exemplo disso é o programa “Saúde na Hora”, lançado pelo Ministério da Saúde em 2019, que incentiva a ampliação do horário de atendimento das Unidades de Saúde da Família, possibilitando que os serviços funcionem além do horário tradicional (Brasil, 2012; Brasil, 2020b). Nesse sentido, a oferta de PICS em horário noturno pode ser interpretada como uma estratégia alinhada às diretrizes de ampliação do acesso e de fortalecimento da Atenção Primária.

Em contrapartida, há municípios em que a oferta das PICS ocorre em apenas um dia por semana, ainda que distribuída em dois turnos. Embora represente um avanço em relação à ausência dessas práticas, tal frequência reduzida pode indicar limitações estruturais e organizacionais, como escassez de profissionais capacitados, sobrecarga de trabalho nas equipes de saúde ou mesmo baixa priorização institucional dessas práticas na agenda da gestão municipal. Nesse sentido, a frequência limitada pode comprometer a consolidação das PICS como componente permanente do cuidado em saúde na atenção básica.

Outro elemento relevante diz respeito à metodologia de aplicação das PICS, que ocorre predominantemente por meio de atendimentos individuais e coletivos. Observa-se que a maioria dos participantes deste estudo utiliza essa combinação metodológica, sendo os atendimentos coletivos organizados principalmente em grupos de educação em saúde, como grupos de reeducação alimentar, grupos de saúde e grupos Hiperdia. A utilização de grupos como estratégia de cuidado demonstra a integração das PICS com práticas já consolidadas na APS, ampliando o alcance das ações e favorecendo processos educativos voltados à promoção da saúde.

Nesse contexto, os atendimentos coletivos desempenham um papel fundamental para a adesão dos usuários e para a disseminação das PICS nos territórios. Dados do Ministério da Saúde indicam que, entre 2017 e 2019, houve um crescimento expressivo da oferta dessas práticas no Sistema Único de Saúde, especialmente na modalidade de atividades coletivas, registrando um aumento aproximado de 314% nesse período (Brasil, 2020c). Tal expansão demonstra o potencial das ações coletivas como estratégia de fortalecimento da promoção da saúde e de ampliação do acesso da população a diferentes formas de cuidado.

Corroborando essa perspectiva, Ribeiro *et al.* (2024) destacam que os grupos de educação em saúde constituem espaços fundamentais para a prevenção de doenças e para a promoção de hábitos de vida saudáveis. Além disso, tais grupos contribuem para o fortalecimento do vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade, favorecendo processos de participação social e de empoderamento dos usuários na tomada de decisões relacionadas à própria saúde.

Por fim, destaca-se que um dos municípios investigados apresenta ausência de oferta das PICS, apesar de possuir uma equipe de ESF. Esse dado revela que a implementação dessas práticas ainda não ocorre de forma uniforme entre os municípios participantes, evidenciando a existência de lacunas na efetivação dessa política pública no âmbito local. Tal situação reforça a compreensão de que a institucionalização das PICS depende não apenas da existência de diretrizes nacionais, mas também da capacidade de cada município em mobilizar recursos, formar profissionais e organizar os serviços de forma a incorporar essas práticas no cotidiano da atenção básica.

Dessa forma, os dados analisados permitem afirmar que a presença das PICS nos municípios investigados configura um processo recente, heterogêneo e em construção, marcado por diferentes níveis de implementação e institucionalização. Embora existam iniciativas relevantes voltadas à ampliação dessas práticas nos serviços de saúde, ainda se identificam limitações relacionadas à cobertura, à frequência de atendimento e à organização institucional das ações. Esses elementos indicam que a consolidação das PICS na Atenção Primária à Saúde depende do fortalecimento de políticas locais, da ampliação da formação profissional e da criação de condições institucionais que favoreçam sua integração efetiva às práticas de cuidado no Sistema Único de Saúde. No quadro 10, apresenta-se a parte 2 da caracterização dos serviços de saúde relacionados às PICS:

Quadro 10 -Caracterização dos serviços de saúde relacionados às PICS entre os municípios participantes: parte II

Cód.	Categorias profissionais entrevistadas	Qual o local da realização das PICS	Espaços para PICS são adequados (infraestrutura)	Os materiais a serem utilizados nas PICS são ofertados pelo serviço	Existem instrumentos de registro e acompanhamento
M1	Psicóloga	ESF's nas salas multiprofissional e/ou na sala das PICS	Sim, tem ar-condicionado, macas específicas para as PICS. O ambiente é bem arejado, sem infiltrações e mofo, ou seja, a sala/espço para as PICS é bem-organizada.	Sim, faço um levantamento dos materiais que irei utilizar por semestre e o município faz a compra.	Sim, na Medicina tradicional Chinesa seguimos os mapas específicos. Também é realizado alguns tipos de acompanhamentos tais como: condições do paciente antes da aplicação, as queixas, locais das dores, local de aplicação conforme as queixas anteriores; Tempo da sessão; o tipo de prática aplicada, a frequência e duração das sessões e avaliação do progresso. É claro que tudo isso é registrado no prontuário do paciente.
M2	Enfermeira (1)	ESF's nas salas de enfermagem (atendimento individual) e nas salas de reuniões (atendimento em grupo)	Sim, nas salas para atendimentos individuais pois tem ar-condicionado. Mas, nas salas onde ocorre os atendimentos em grupos não é adequado, as paredes têm infiltração e mofo.	Não, o município não está ofertando os materiais. Utilizo os meus materiais, sendo comprados por mim mesmo. Mas, não estamos realizando tanto as PICS, devido a essa questão de não ofertar os materiais.	Mapa auricular baseado na Medicina Tradicional Chinesa. Diagnóstico auricular por meio de algumas observações como: aparência da orelha, examinando mudanças de cor, marcas, estruturas incomuns ou vasos sanguíneos visíveis. Isso tudo é registrado no prontuário para posterior avaliar o progresso do paciente. Sendo registrado as queixas no momento da consulta, problemas de saúde pré-existent, a terapia aplicada, local da aplicação conforme as queixas e retorno.
M2	Gestor (1)	Clinica municipal de fisioterapia nas salas de fisioterapia ESF's nas salas de enfermagem (atendimento individual) e nas salas de reuniões	Sim, tem ar-condicionado funcionando para deixar um ambiente agradável ao paciente e ao profissional. Mas temos várias melhorias para realizar nas ESF's, principalmente na	No momento, estamos orientando os profissionais para realizar a terapia de meditação, pois, no momento, não estamos conseguindo ofertar os materiais	Acredito que cada profissional que aplica as PICS tem um instrumento básico para acompanhamento e essas informações de saúde é registrado no prontuário do paciente.

		(atendimento em grupo)	infraestrutura (pintura)	necessários para outros tipos de PICS.	
M3	Massoterapeuta	ESF's, nas salas de grupos para atendimentos coletivos e na sala das PICS para atendimentos individuais	Sim, as salas têm ar-condicionado funcionando. Em relação ao ambiente de realização das PICS, acredito ser adequado, pois é limpo, arejado, sem mofo e deixado sempre bem-organizado pelos higienizadores e pelos profissionais que ocupam a sala.	Sim, é realizado um levantamento dos materiais que serão utilizados e a secretaria de saúde realiza a compra.	Mapa do auricular baseado na Medicina Tradicional Chinesa. Realizamos o registro no prontuário físico com as principais informações: queixas, a prática integrativa aplicada, local da aplicação (pontos auriculares) conforme as queixas, dentre outras.
M3	Gestor (2)	ESF's, nas salas de grupos para atendimentos coletivos e na sala das PICS para atendimentos individuais	Sim, sempre buscamos melhorias para a sala das PICS, com ar-condicionado funcionando, sempre limpas e organizadas.	Sim, é realizado um levantamento dos materiais que serão utilizados e a secretaria de saúde realiza a compra.	Cada profissional tem um instrumento prévio que utiliza nos atendimentos das PICS, facilitando o acompanhamento do paciente e tudo isso é registrado no prontuário do paciente.
M4	Nutricionista	ESF's em salas multidimensionais para atender individualmente	Sim, as salas são bem estruturadas e organizadas, com ar-condicionado, ajudando a manter o conforto nas aplicações das PICS	Sim, a secretaria fornece os materiais para utilizar nas sessões de auriculoterapia.	Mapa auricular para a auriculoterapia, no qual cada sessão é registrada no prontuário do paciente com informações importante da aplicação das PICS: queixas, problemas de saúde, qual prática aplicada, local da aplicação conforme as queixas, entre outras.
M5	Educadora Física	ESF's em salas individuais	Sim, as salas são bem limpas, organizadas, com ar-condicionado, com boa mobília (móveis novos) proporcionando conforto.	Sim, a secretaria sempre pergunta se precisa comprar algum material específico, mas como aplico o reiki e a terapia de imposição das mãos, não precisa de muitos materiais;	Sim, utilizo um instrumento para avaliar o histórico de saúde do paciente, conhecer as principais queixas para posteriormente trabalhar em pontos específicos de cuidados através do Reiki. Após o atendimento registro no sistema E-SUS, prontuário eletrônico individual.
M6	Enfermeira (2)	_____	_____	_____	_____

Fonte: elaborado pela autora da pesquisa

A análise dos dados apresentados no quadro referente à caracterização dos serviços de saúde relacionados às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde evidencia elementos

importantes sobre as condições institucionais, estruturais e organizacionais que influenciam a implementação dessas práticas nos municípios investigados. Os resultados permitem identificar tanto avanços quanto fragilidades no processo de institucionalização das PICS na Atenção Primária à Saúde.

Inicialmente, observa-se que os locais de realização das PICS concentram-se predominantemente nas unidades da Estratégia Saúde da Família, especialmente em salas multiprofissionais, salas de enfermagem, salas de reuniões utilizadas para grupos e salas específicas destinadas às PICS. Em alguns casos, as práticas também são realizadas em clínicas municipais de fisioterapia, ampliando os espaços institucionais para sua aplicação. Esse dado indica que as PICS vêm sendo incorporadas às estruturas já existentes da rede de atenção básica, utilizando espaços que tradicionalmente são destinados a outras atividades assistenciais, demonstrando um processo de adaptação institucional no qual as práticas integrativas passam a coexistir com os serviços convencionais de saúde.

Sobre os dados do quadro 10, percebe-se que os profissionais psicóloga e massoterapeuta, bem como o gestor (2), relataram a existência de uma sala específica destinada à aplicação das PICS. Esse achado evidencia um certo grau de comprometimento da gestão local com a oferta dessas práticas à população, ao disponibilizar um espaço estruturado e apropriado para sua realização. A existência de salas específicas pode ser compreendida como um indicativo de reconhecimento institucional das PICS no interior da rede de serviços, contribuindo para a organização do processo de trabalho e para a qualificação do atendimento.

Ainda nesse viés, no que se refere à infraestrutura dos locais de realização das PICS, observa-se que a maioria dos participantes descreve os ambientes como bem estruturados, arejados, limpos e organizados, com presença de ar-condicionado e mobiliário adequado para os atendimentos. Entretanto, também foram identificadas fragilidades estruturais, como relatado pela Enfermeira (1), que aponta que a sala utilizada para atendimentos em grupo apresenta problemas de infiltração e mofo. Da mesma forma, o Gestor (1) ressalta que ainda existem melhorias a serem realizadas nas ESFs, principalmente relacionadas à infraestrutura das unidades. Essas observações demonstram que, embora existam avanços na organização dos espaços destinados às PICS, persistem limitações estruturais que podem interferir na qualidade do atendimento ofertado.

Nessa mesma perspectiva, Silva *et al.* (2021) apontam que a infraestrutura inadequada, a falta de materiais e a escassez de recursos financeiros configuram-se como algumas das principais barreiras para a implementação e manutenção das PICS nos serviços de saúde. Essa evidência encontra ressonância nos resultados do presente estudo, sobretudo quando se

analisam as condições relacionadas à disponibilidade de materiais necessários para a aplicação dessas práticas.

Em relação aos materiais utilizados nas sessões das PICS, a maioria dos entrevistados relatou que os insumos são disponibilizados pelas secretarias municipais de saúde, demonstrando a existência de certo apoio institucional para a realização dessas terapias. Entretanto, o relato da Enfermeira (1) evidencia uma realidade distinta, ao afirmar que o município não disponibiliza os materiais necessários para a realização das PICS, sendo estes adquiridos com recursos próprios pela profissional. A mesma participante destaca que a ausência de fornecimento institucional tem ocasionado uma redução na oferta dessas práticas, uma vez que a continuidade dos atendimentos tornam-se dependentes da iniciativa individual do profissional.

Ainda nesse contexto, o relato do Gestor (1) indica que, diante da dificuldade de aquisição de materiais específicos, tem sido sugerida a realização da meditação, prática que demanda menos recursos materiais. Entretanto, o próprio gestor ressalta que, no momento, não estão sendo ofertados materiais para a realização de outras práticas integrativas. Esses relatos reforçam os desafios concretos enfrentados na efetivação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, refletindo uma realidade marcada por baixa institucionalização e insuficiente reconhecimento das PICS por parte de alguns gestores, o que resulta em formação profissional limitada e escassez de insumos e materiais para sua aplicação (Barbosa *et al.*, 2020).

Outro aspecto relevante identificado nos resultados refere-se à utilização de instrumentos de registro e acompanhamento dos atendimentos realizados por meio das PICS. A maioria dos participantes relatou utilizar instrumentos específicos para o monitoramento das terapias, frequentemente baseados em mapas terapêuticos associados à Medicina Tradicional Chinesa, especialmente nos casos de auriculoterapia. Esses instrumentos permitem registrar informações relevantes para o acompanhamento terapêutico, tais como condições de saúde do paciente antes da aplicação da terapia, problemas de saúde pré-existentes, queixas apresentadas, locais de dor, pontos de aplicação, tempo de duração da sessão e tipo de prática integrativa realizada.

Além disso, no que se refere ao registro dos atendimentos, observa-se que a maioria das informações é registrada em prontuários eletrônicos, principalmente por meio do sistema e-SUS ou de sistemas próprios de gestão em saúde. Contudo, três participantes relataram a utilização de prontuários físicos, especialmente no caso das profissionais massoterapeutas, conforme evidenciam os seguintes relatos:

“É realizado no sistema E-SUS (prontuário eletrônico), mas para a massoterapeuta é realizado através de prontuário físico, pois não está cadastrado no E-SUS” (Psicóloga).

“É realizado no prontuário eletrônico (sistema próprio de saúde)” (Enfermeira 1).

“Nós (massoterapeutas) utilizamos o prontuário físico do paciente” (Massoterapeuta).

“É realizado no sistema de prontuário eletrônico (sistema próprio de saúde). Para as massoterapeutas são utilizados os prontuários físicos, até o momento” (Gestor 2).

“Sim, realizo as evoluções e registros no sistema/prontuário eletrônico (E-SUS)” (Educadora física).

Esses relatos evidenciam que ainda existem dificuldades no cadastramento de determinadas categorias profissionais, como as massoterapeutas, nos sistemas eletrônicos de informação do SUS, o que resulta na manutenção de registros em formato físico. Essa situação evidencia desafios relacionados à integração plena dessas práticas e de seus profissionais aos sistemas de informação em saúde.

Entretanto, com o avanço das tecnologias da informação no âmbito do Sistema Único de Saúde, especialmente a partir da implantação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) em 2013, tornou-se possível identificar, monitorar e avaliar com maior precisão o panorama da oferta das PICS na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2020c). Esses sistemas permitem ampliar a visibilidade das práticas integrativas no SUS e contribuem para a produção de dados que subsidiem a formulação de políticas públicas e o planejamento das ações em saúde. Complementarmente, por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES),

[...]obtem-se informações referentes ao cadastro de estabelecimentos de saúde com oferta de PICS. Há o registro de 5.139 desses estabelecimentos, distribuídos em 17% dos municípios brasileiros. Ao estratificar esse quantitativo por nível de atenção, 4% encontram-se na atenção hospitalar, 18% na atenção especializada e 78% na APS. Isso ressalta a afinidade e ampla inserção das PICS na APS, apesar de problemas na qualidade de registro desse banco de dados (preenchimento descentralizado pelos gestores municipais, pouco fiscalizado e frequentemente desatualizado), mas que não comprometem a análise geral dessa oferta (Barbosa *et al.*, 2020, p.2).

Apesar dessa ampla inserção, estudos também apontam problemas relacionados à qualidade dos registros desses dados. Entre as dificuldades destacam-se o preenchimento descentralizado pelos gestores municipais, a fiscalização limitada e a frequente desatualização das informações. Ainda assim, tais limitações não comprometem a análise geral da presença dessas práticas nos serviços de saúde.

Essa percepção também é discutida por Lima, Silva e Tesser (2014), que identificaram inconsistências nos registros relacionados às PICS, incluindo o registro de atividades que não

integram as práticas regulamentadas na legislação e a ausência de identificação adequada dos profissionais responsáveis por sua aplicação. Esses entraves administrativos e informacionais podem retardar o processo de implementação e consolidação das PICS no SUS, dificultando a produção de dados confiáveis e a avaliação de sua efetividade no sistema de saúde.

Dessa forma, a análise dos resultados demonstra que, embora existam avanços na incorporação das PICS nos serviços de saúde investigados, persistem desafios relacionados à infraestrutura das unidades, à garantia de materiais, ao reconhecimento institucional das práticas e à integração dos profissionais aos sistemas de informação em saúde. Esses fatores revelam que a consolidação das PICS no âmbito da Atenção Primária ainda depende do fortalecimento das condições institucionais e da ampliação do reconhecimento dessas práticas como componentes estruturantes do cuidado em saúde no Sistema Único de Saúde.

5.1.1.2 Ampliação e efetivação das PICS: entre a política e a prática

Neste tópico é apresentado os tipos de PICS ofertadas, os profissionais que aplicam essas terapias, os tipos de demandas, principais queixas, suas prioridades e média de atendimentos por mês. No quadro 11 esses dados estão detalhados:

Quadro 11 - Tipologia das práticas integrativas ofertadas e Formação e qualificação dos profissionais para atuação em PICS

Cód.	Categorias profissionais entrevistadas	Quais as PICS ofertadas X profissionais que aplicam	Principais queixas	Qual é o tipo de demanda/procura	Existe algum tipo grupo prioritário para as PICS	Média de atendimento por mês
M1	Psicóloga	1 Psicóloga: Acupuntura da Medicina Tradicional Chinesa, Moxabustão 1 massoterapeuta: Auriculoterapia, Ventosaterapia	Sofrimento mental (humor deprimido e ansiedade), dores musculares como lombalgia, fibromialgia, dentre outros.	Demanda programada mediante agendamento prévio. Mas em alguns casos ocorre a demanda espontânea baseadas condições clínicas do momento da procura, exemplo: dor intensa	Pessoas idosas com algum tipo de dor no momento, ocorrendo neste caso atendimento imediato (espontâneo)	45/mês pela Psicóloga 84/mês pela massoterapeuta Total: 129/mês
M2	Enfermeira (1)	5 enfermeiros: auriculoterapia e plantas medicinais e fitoterapia	Dores musculares, ansiedade, depressão	Por demanda programada nas ESF's	Não existe;	30/mês nas ESF's
M2	Gestor (1)	3 fisioterapeutas: auriculoterapia	Dores musculares,	Por demanda programada nas	Não existe;	50/mês no centro

		5 enfermeiros: auriculoterapia, meditação e plantas medicinais e fitoterapia	ansiedade e reabilitação na fisioterapia	ESF's e por demanda espontânea no centro clínico de fisioterapia		municipal de fisioterapia 30/mês nas ESF's Total: 80/mês
M3	Massoterapeuta	2 massoterapeutas: Ventosaterapia/Meditação; reiki, massagem terapia 1 farmacêutica: Auriculoterapia	Sofrimento mental (depressão/ansiedade), dores musculares (lombar, cervical...)	Demanda programada sob agendamento prévio, exceto nos grupos que é de forma espontânea	Idosos	95/mês pelas massoterapeutas e farmacêutica
M3	Gestor (2)	1 farmacêutica: Auriculoterapia 2 massoterapeutas: Ventosaterapia/Meditação; reiki, massagem terapia 1 musicoterapeuta (atua somente nos grupos) 1 professora de artes: arteterapia (atua somente nos grupos)	Sofrimento mental (depressão/ansiedade), dores musculares (lombar, cervical...)	Demanda programada sob agendamento prévio, exceto nos grupos que é de forma espontânea	Idosos e crianças	95/mês pelas massoterapeutas e farmacêutica No grupo de musicoterapia acontece 2x ao mês com média de 15 pessoas (com apoio do CRAS) No grupo de arteterapia 2x ao mês com média de 8 pessoas (com apoio do CRAS)
M4	Nutricionista	1 nutricionista: auriculoterapia	Depressão e ansiedade	A demanda é somente por agendamento prévio	Não existe	12/mês. Pois no momento realizo sozinha os atendimentos das PICS.
M5	Educadora Física	1 Educadora física: reiki e imposição das mãos	Depressão e ansiedade	A demanda é por agendamento	Não existe;	10/ mês. Depende da procura dos pacientes e realizo somente em um dia da semana, então ainda é pouco atendimentos.
M6	Enfermeira (2)	Não aplicamos nenhum das PICS	_____	_____	_____	_____

Fonte: elaborado pela autora da pesquisa

Observa-se que as PICS mais ofertadas nos municípios pesquisados apresentam diversidade de abordagens terapêuticas, incluindo acupuntura da Medicina Tradicional Chinesa, moxabustão, auriculoterapia, ventosaterapia, meditação, reiki, massagem terapêutica, plantas medicinais e fitoterapia, musicoterapia e arteterapia. Essa diversidade demonstra que as práticas integrativas estão sendo incorporadas por diferentes categorias profissionais da saúde, tais como psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, massoterapeutas,

nutricionistas e educadores físicos. Essa característica evidencia um caráter interdisciplinar das PICS, reforçando seu potencial de integração com diferentes campos do cuidado em saúde.

Para Queiroz, Barbosa e Duarte (2023), a prática mais ofertada na atenção básica foi a auriculoterapia (75%), seguido do reiki (33,3%), ventosaterapia (25%), reflexologia podal (16,6%), e terapia de florais (8,3%), sendo que a oferta destas práticas está relacionada ao empenho e autofinanciamento dos próprios profissionais (Queiroz; Barbosa; Duarte, 2023).

Outro aspecto relevante refere-se ao perfil das principais queixas apresentadas pelos usuários, que se concentram predominantemente em dois grandes grupos de demandas: sofrimento mental (ansiedade, depressão e humor deprimido) e dores musculoesqueléticas (lombalgia, dores cervicais, fibromialgia e outras dores musculares). Esses resultados são consistentes com evidências já apontadas na literatura sobre o uso das PICS no Sistema Único de Saúde, nas quais tais práticas têm sido amplamente utilizadas para o manejo de condições crônicas, especialmente aquelas relacionadas ao sofrimento psíquico e às dores persistentes. Dacal e Silva (2018) revelaram que as principais queixas referidas em seu estudo, antes da aplicação das PICS, em um ambulatório do SUS, foram: 85% dores no corpo e 80% ansiedade, seguida por: estresse e cansaço (ambos, 78%); inchaço nas pernas e nos pés (66%); ganho de peso (50%); e insônia (46%). Os pacientes ainda referiram pressão arterial elevada (44%); depressão (39%); constipação (31%); glicemia alta (34%); sintomas da menopausa (24%); e cólicas (12%) (Dacal; Silva, 2018).

Além disso, em alguns serviços, as PICS também são utilizadas no contexto de processos de reabilitação para dores lombares, cervicais, com a massoterapia, ampliando o espectro de utilização dessas práticas para além do cuidado exclusivamente preventivo ou complementar. Esse dado indica que as PICS vêm sendo progressivamente integradas a diferentes dimensões do cuidado em saúde, contribuindo para abordagens terapêuticas mais abrangentes e centradas nas necessidades dos usuários. Em contraste com os Profissionais, formações e perfis de atendimentos pode-se evidenciar uma abordagem multiprofissional nas aplicações das PICS, ou seja, profissionais de diferentes áreas (psicologia, massoterapia, fisioterapia, educação física, nutrição e enfermagem) estão inserindo as PICS em suas práticas cotidianas. Esses dados revelam o potencial das PICS para abordar dimensões psicossociais e físicas do adoecimento, oferecendo cuidado integral.

No que se refere ao tipo de demanda, observa-se que a maioria dos atendimentos ocorre por meio de demanda programada mediante agendamento prévio, característica comum à organização dos serviços da Atenção Primária à Saúde. Entretanto, alguns participantes relataram a presença de demanda espontânea, especialmente em situações de dor intensa ou em

atividades coletivas realizadas em grupos. Se por um lado, a lógica de atendimento, ainda é reativa e centrada em queixas espontâneas conforme os entrevistados: Psicóloga, gestor (1 e 2) e massoterapeuta, o que reforça o modelo biomédico centrado no sintoma e na intervenção curativa, em detrimento da promoção da saúde e do cuidado continuado, por outro lado percebe-se uma combinação entre demanda programada e demanda espontânea demonstrando certa flexibilidade organizacional dos serviços, permitindo atender tanto situações previamente planejadas quanto necessidades emergentes da população

Em relação aos grupos prioritários, os dados indicam que, na maioria dos municípios, não há definição formal de públicos prioritários para o acesso às PICS, sendo os atendimentos realizados de acordo com a procura dos usuários. Entretanto, em alguns contextos específicos observa-se a priorização de determinados grupos, especialmente pessoas idosas com queixas de dor (ainda conforme as condições clínicas de saúde no momento, ou seja, classificação prévia da dor), que podem receber atendimento imediato em situações de demanda espontânea. Em outros casos, como relatado pelo Gestor (2), as práticas também contemplam crianças, especialmente em atividades grupais como musicoterapia e arteterapia desenvolvidas em parceria com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Ainda, sobre prioridade no atendimento, é importante destacar essa estratégia mais sensível às necessidades locais, ao estabelecer prioridade para pessoas idosas em sofrimento físico e emocional. Isso evidencia uma possibilidade concreta de alinhamento das PICS com as políticas de saúde da pessoa idosa, fortalecendo uma abordagem mais humanizada e integral. Em contrapartida, a ausência de grupos prioritários mencionados pelos outros entrevistados e a predominância de atendimento individualizado dificultam a mobilização social e a construção de espaços coletivos de cuidado.

Outro elemento importante refere-se à média de atendimentos mensais, que apresenta variações significativas entre os municípios e profissionais. Entre os casos analisados, destaca-se o município em que os atendimentos realizados pela psicóloga e pela massoterapeuta totalizam 129 atendimentos mensais, indicando uma oferta relativamente expressiva dessas práticas. Em outros contextos, observa-se uma média intermediária, como no centro municipal de fisioterapia e nas ESF, que somam 80 atendimentos mensais, ou ainda no caso das massoterapeutas e farmacêuticas, com aproximadamente 95 atendimentos por mês.

Por outro lado, também se identificam realidades em que a oferta das PICS ocorre de forma mais limitada, como no caso da nutricionista, que realiza cerca de 12 atendimentos mensais, e da educadora física, com aproximadamente 10 atendimentos por mês, número que, segundo a própria profissional, depende da procura dos pacientes e da disponibilidade de apenas um dia semanal para a realização dessas práticas. Nota-se uma discrepância, pois alguns

municípios que participaram desta pesquisa têm mais que um profissional que atua com as PICS, aumentando assim, a oferta de atendimentos, e outros municípios têm apenas uma profissional para atuar com as PICS, diminuindo a oferta destas práticas. Esses dados evidenciam que a intensidade da oferta das PICS está diretamente relacionada à disponibilidade de profissionais capacitados, à organização da agenda de atendimento e ao tempo destinado à aplicação dessas práticas no interior das unidades de saúde.

Outro aspecto relevante diz respeito à realização de atividades coletivas, como os grupos de musicoterapia e arteterapia, que ocorrem duas vezes ao mês e contam com a participação média de 15 e 8 pessoas, respectivamente. Essas atividades são desenvolvidas com apoio do CRAS, evidenciando a existência de articulação intersetorial entre saúde e assistência social. Tal integração reforça o potencial das PICS como estratégias de promoção da saúde e fortalecimento comunitário, ampliando o alcance das ações para além do atendimento clínico individual.

Por fim, destaca-se que um dos municípios investigados não realiza a oferta de nenhuma PICS, conforme relatado pela enfermeira participante. Esse dado reforça a percepção de que a implementação dessas práticas ainda ocorre de forma desigual entre os municípios, dependendo de fatores como apoio da gestão, disponibilidade de profissionais capacitados, infraestrutura e priorização institucional das PICS nas políticas locais de saúde.

De modo geral, os resultados demonstram que as PICS vêm sendo progressivamente incorporadas aos serviços de saúde investigados, apresentando potencial para contribuir com o cuidado em condições relacionadas ao sofrimento mental e às dores crônicas, além de fortalecer ações de promoção da saúde e reabilitação. Entretanto, a análise também evidencia que sua oferta ainda ocorre de forma heterogênea e dependente das condições institucionais locais, indicando que a consolidação dessas práticas no Sistema Único de Saúde ainda demanda avanços na organização dos serviços, na formação profissional e no reconhecimento institucional das PICS como componentes estruturantes da atenção à saúde.

5.1.1.3 Desafios e potencialidades encontradas na pesquisa para a inserção das PICS no SUS

Neste tópico são apresentados os principais desafios e potencialidade encontrados na pesquisa para a inserção (processos de implementação) das PICS na APS, como mostra o quadro 12.

Quadro 12– Principais desafios para o processo de implementação das PICS nos contextos pesquisados

Dificuldades encontradas	Evidências relatadas	Interpretação das evidências
Fragilidade no reconhecimento institucional e profissional das PICS	<i>“Vejo também a falta de reconhecimento do conselho de Psicologia com as PICS, não temos nenhum tipo de apoio concreto e/ou incentivo para ofertar as PICS” (Psicóloga).</i>	A fala evidencia que, apesar da existência da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), ainda há fragilidades no reconhecimento institucional dessas práticas por parte de alguns conselhos profissionais e instituições. Tal situação revela tensões epistemológicas entre o modelo biomédico dominante e os saberes integrativos e tradicionais. Segundo Tesser e Sousa (2012), a institucionalização das PICS enfrenta resistências decorrentes da hegemonia do paradigma biomédico, que historicamente privilegia abordagens centradas na doença e na medicalização do cuidado.
Escassez de recursos materiais e financiamento para as PICS	<i>“A escassez de materiais e insumos necessários para as PICS. Também, pouco incentivo financeiro para o profissional que irá aplicar as PICS[...]” (Enfermeira 1).</i> <i>“Acredito que o incentivo financeiro maior da própria união e do Estado tanto na implementação e manutenção das PICS” (Gestor 1).</i>	As falas indicam que a falta de materiais e financiamento constitui um dos principais entraves para a consolidação das PICS nos serviços de saúde. A literatura aponta que a implementação dessas práticas depende de investimentos institucionais em infraestrutura, insumos e formação profissional. Barbosa <i>et al.</i> (2020) destacam que a ausência de financiamento específico e de apoio institucional contribui para a baixa institucionalização das PICS no SUS, limitando sua expansão e continuidade nos serviços.
Sobrecarga de trabalho e ausência de valorização profissional	<i>“O profissional terá mais trabalho, principalmente o enfermeiro, que já faz a assistência, monitora indicadores, promove ações preventivas... é muita sobrecarga de trabalho” (Enfermeira 1).</i> <i>“[...]Muitos não realizam os cursos para aplicar as PICS porque irá aumentar o serviço e não terão aumento salarial” (Nutricionista).</i>	Essas falas revelam que a incorporação das PICS muitas vezes ocorre sem reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde. Assim, as práticas acabam sendo percebidas como atividades adicionais, sem reconhecimento ou incentivo institucional. Tesser e Sousa (2012) apontam que a integração das PICS à Atenção Primária requer mudanças organizacionais e valorização profissional, caso contrário essas práticas permanecem dependentes da iniciativa individual dos profissionais
Necessidade de capacitação profissional para ampliação das PICS	<i>“Um dos desafios e dificuldades são: ofertar mais atendimentos das PICS, então precisamos que outros profissionais se</i>	As evidências demonstram que a ampliação das PICS está diretamente relacionada à

	<i>capacitem para melhorar essa demanda, em que a população já tem boas experiências com as PICS” (Educadora Física)</i> <i>“Um dos desafios é capacitar os profissionais, pois muitos não realizam os cursos para aplicar as PICS porque irá aumentar o serviço e não terão aumento salarial por realizar mais um serviço” (Nutricionista).</i> <i>Não aplicamos as PICS, mas um desafio para implementar essas práticas seria primeiro a capacitação de profissionais de saúde com incentivo do município, tanto incentivo financeiro, no salário, para aplicar as PICS, quanto incentivo para o profissional aplicador das PICS, mas equilibrar o trabalho e não virar uma sobrecarga de trabalho” (Enfermeira 2)</i>	qualificação dos profissionais de saúde. A ausência de programas estruturados de formação limita a oferta dessas práticas nos serviços. Segundo Luz (2005), a expansão das racionalidades médicas integrativas depende da formação de profissionais capazes de articular diferentes saberes terapêuticos no cuidado em saúde.
Desconhecimento e necessidade de legitimação social das PICS	<i>“Primeiro é mostrar para a população que essas práticas são efetivas e são terapêuticas, que irão ajudar a manter a qualidade de vida e a felicidade, diminuindo as dores ou os sofrimentos emocionais” (Massoterapeuta).</i>	A fala indica que ainda existe necessidade de ampliar o conhecimento da população e dos próprios profissionais sobre a eficácia das PICS. Esse processo de legitimação social está relacionado à disputa de saberes no campo da saúde. Luz (2005) argumenta que as práticas integrativas constituem racionalidades médicas distintas do modelo biomédico e, por isso, frequentemente enfrentam processos de deslegitimação ou invisibilização institucional.
Limitações estruturais para expansão das PICS nos serviços	<i>“Ter um profissional capacitado e incentivo financeiro específico para as PICS. Bem difícil” (Gestor 2).</i>	A fala evidencia que a expansão das PICS depende de condições estruturais, como financiamento, capacitação e organização da gestão. Sem esses elementos, a implementação dessas práticas tende a ocorrer de forma fragmentada e pontual. De acordo com Sousa e Tesser (2017), a consolidação das PICS no SUS requer políticas públicas estruturantes que articulem financiamento, formação profissional e integração dessas práticas à organização dos serviços de saúde

Fonte: elaborado pela autora da pesquisa

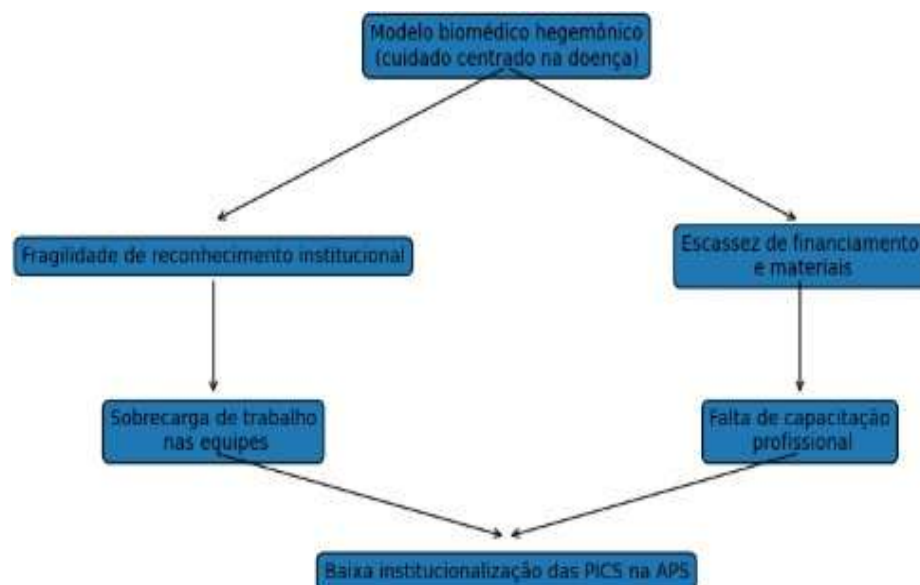
De forma geral, a análise das falas evidencia que os desafios relacionados à implementação das PICS estão profundamente vinculados à hegemonia do modelo biomédico na organização dos serviços de saúde, ainda centrado no tratamento da doença e na lógica

curativa. Essa realidade se expressa em diferentes dimensões, como a sobrecarga de trabalho dos profissionais, a insuficiência de financiamento, a falta de capacitação e o reconhecimento limitado dessas práticas por parte de instituições profissionais.

Nesse sentido, observa-se que a gestão dos serviços de saúde permanece fortemente orientada por um modelo assistencial centrado no tratamento, com menor valorização das ações de promoção da saúde e de cuidado integral. Tal contexto contribui para a manutenção de dificuldades estruturais na implementação das PICS, refletidas na escassez de insumos e materiais, na falta de incentivos institucionais para os profissionais e na baixa institucionalização dessas práticas nas políticas locais de saúde.

Assim, as evidências analisadas indicam que, embora as PICS apresentem potencial para ampliar o cuidado em saúde e responder às demandas da população, sua consolidação no Sistema Único de Saúde depende de mudanças estruturais na gestão dos serviços, no financiamento das políticas públicas e na valorização das práticas integrativas no interior das equipes de saúde. A partir dos dados empíricos da pesquisa, pode-se resumir os principais desafios encontrados nos contextos investigados a partir da figura 7.

Figura 7 - Principais desafios para o processo de implementação das PICS nos contextos investigados



Fonte: organizado pela pesquisadora da Tese a partir dos dados empíricos

Conforme o estudo de Queiroz, Barbosa e Duarte (2023), as principais fragilidades encontradas na implementação das PICS foram destacadas como: o desconhecimento da população em geral acerca das PICS e falta de apoio da gestão. Neste mesmo estudo, os autores salientam que a falta de apoio da gestão é um fator limitante para o fortalecimento das PICS, entretanto, mesmo com este cenário de desamparo, ausência de coordenação e ausência de política municipal referente a estas terapias, as PICS são custeadas e realizadas pelos profissionais da Atenção Básica, sendo estes os protagonistas na disseminação das PICS no município estudado (Queiroz; Barbosa; Duarte, 2023).

Segundo o relatório do Ministério da Saúde (2020), os principais desafios encontrados na implementação/efetivação das PICS são: inserção de forma correta no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB com relação aos profissionais que podem realizar e cadastrar o atendimento no sistema eletrônico; qualificação dos profissionais de saúde; promover uma visão ampliada do cuidado no SUS; divulgação e sensibilização das PICS como práticas terapêuticas para os gestores, profissionais de saúde e usuários (Brasil, 2020c).

Para Tesser, Sousa e Nascimento (2018) não houve, com a PNPIC, investimento financeiro adicional para as práticas alternativas por parte da União, “sendo uma das poucas políticas nacionais da área da saúde aprovada sem orçamento próprio ou indutivo, para além do que havia antes de 2006” (Tesser; Souza; Nascimento, 2018, p.177). Desta forma, a PNPIC não possui financiamento específico, entretanto, no que refere aos recursos destinados às práticas, incluem o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) de cada município, mediante do Programa Previne Brasil, e cabe ao gestor local utilizar de acordo com as suas prioridades (Brasil, 2018b).

Sobre a dificuldade de reconhecimento de alguns conselhos de classes profissionais, destaca-se o Conselho Federal de Psicologia, conforme apontado neste estudo de tese pela psicóloga entrevistada, que através da resolução 016/95 que coibia a proliferação das terapias integrativas e complementares entre os psicólogos, ficando claro que a questão destas terapias, nesse momento, já “configura um problema interno à categoria, tensionada entre a existência de uma diversidade de posições e a necessidade de uma orientação mais ampla, por parte dos conselhos de psicologia” (Tavares, 2003, p. 90).

No entanto, no II Congresso Regional de Psicologia da 4ª Região em 1996, o conselho de psicologia traz uma mudança no posicionamento sobre as terapias alternativas. “as resoluções 010/97 e 011/97 do CFP não regulamentam o alternativo, mas sim as fronteiras já definidas do saber psicológico, excluindo do seu campo de ação as técnicas alternativas” (Tavares, 2003, p. 96). Logo, o conselho de psicologia não proíbe o uso de terapias integrativas

e complementares desde que esteja em conformidade com os critérios éticos da profissão, mas não apresenta nenhuma disciplina curricular que discute essas práticas (Tavares, 2003).

Em contrapartida, o não reconhecimento institucional e dificuldades burocráticas — falta de financiamento específico, resistência de conselhos de classe e falta de reconhecimento e incentivo financeiro para os profissionais que aplicam as PICS — revelam entraves estruturais que comprometem a sustentabilidade das ações com as PICS. Destaca-se, por exemplo, o Conselho Regional de Psicologia, que ainda não reconhece plenamente determinadas práticas integrativas como parte da atuação do psicólogo, o que gera insegurança jurídica e limita o engajamento de outros profissionais. Essas dificuldades apontam para a necessidade urgente de políticas públicas claras, com financiamento específico e respaldo normativo para assegurar a integração das PICS de forma perene e institucionalizada.

Além disso, no que se refere a dificuldades de reconhecimento das PICS, pode-se destacar a influência ou a falta da gestão na oferta de cursos de Educação Permanente em Saúde - EPS com as PICS, sendo ressaltados alguns relatos pelos entrevistados, dos quais extraímos as categorias elencadas no quadro 13.

Quadro 13 - Dificuldades encontradas para o reconhecimento das PICS

Categorias encontradas	Evidências relatadas	Interpretação das evidências
Divulgação institucional de cursos de capacitação em PICS	“A gestão recomenda realizar os cursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde...” (Psicóloga). “A gestão avisa quando os cursos que ofertam as PICS estão disponíveis...” (Massoterapeuta). “A gestão sempre avisa quando tem ofertas de cursos pelo Ministério da Saúde” (Gestor 2). “Sim, a gestão divulga os cursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde” (Nutricionista).	As falas indicam que, em alguns contextos institucionais, existe iniciativa da gestão municipal em divulgar cursos relacionados às PICS, especialmente aqueles ofertados pelo Ministério da Saúde. Entretanto, a divulgação isolada não garante a participação efetiva dos profissionais, evidenciando que a ampliação da formação depende também de incentivos institucionais, condições de trabalho e estratégias de educação permanente em saúde.
Barreiras de acesso à capacitação profissional	Tem os cursos do Ministério da Saúde, no entanto, esses cursos são ofertados em cidades maiores, sendo longe para nós...” (Enfermeira 1). “Priorizamos que os profissionais realizem os cursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, mas poucos têm interesse destes cursos” (Gestor 1)	As evidências apontam que fatores logísticos, como distância geográfica e oferta concentrada em centros urbanos maiores, dificultam a participação dos profissionais em processos formativos. Além disso, a baixa adesão também pode estar associada às condições de trabalho e à ausência de incentivos institucionais, revelando fragilidades nas estratégias de qualificação profissional para as PICS.
Investimento individual dos profissionais na formação em PICS	Eu fiz com meus próprios recursos, pois queria me aprofundar nos conteúdos por	Os relatos demonstram que muitos profissionais assumem individualmente a responsabilidade

	meio de uma pós-graduação” (Psicóloga). Eu paguei para realizar o curso de auriculoterapia por ser mais próximo da minha casa...” (Massoterapeuta). “Realizei o curso com meios próprios, pois queria fazer o curso o quanto antes...” (Educadora Física).	pela própria capacitação, utilizando recursos financeiros próprios para realizar cursos ou especializações em PICS. Esse movimento evidencia interesse e compromisso com a qualificação profissional, mas também revela a insuficiência de políticas institucionais estruturadas de formação continuada no âmbito da gestão municipal.
Baixa participação ou ausência de formação em PICS	Não. A gente sabe que tem alguns cursos online, mas ninguém realizou ainda” (Enfermeira 2).	Essa evidência revela que, mesmo quando existem oportunidades de capacitação, a adesão dos profissionais pode ser limitada. Tal situação pode estar relacionada à sobrecarga de trabalho, à ausência de incentivos institucionais ou à baixa prioridade atribuída à formação em PICS no cotidiano dos serviços de saúde

Fonte: elaborado pela autora da pesquisa

De modo geral, a análise das falas indica que a capacitação profissional em PICS ocorre em um contexto marcado por iniciativas institucionais limitadas, barreiras logísticas de acesso e forte dependência da iniciativa individual dos profissionais.

Embora exista divulgação de cursos ofertados pelo Ministério da Saúde, a participação efetiva dos profissionais é influenciada por fatores como distância geográfica, dificuldades logísticas, falta de incentivos institucionais e condições de trabalho. Como resultado, muitos profissionais acabam financiando sua própria formação, o que evidencia tanto o interesse em aprofundar conhecimentos quanto a insuficiência de políticas estruturadas de capacitação.

Nesse sentido, os dados sugerem que a ampliação das PICS nos serviços de saúde depende não apenas da oferta de cursos, mas também da criação de estratégias institucionais de formação continuada, que incluam incentivos profissionais, facilitação de acesso às capacitações e integração dessas práticas aos processos de educação permanente em saúde. Essas medidas podem contribuir para fortalecer a qualificação das equipes e ampliar a institucionalização das PICS na Atenção Primária à Saúde.

Conforme ressaltam Silva *et al.*, (2021), os principais entraves no que refere as PICS é a própria ausência da gestão, em consequência a inexecução da PNPIC. Ainda sobre o reconhecimento das PICS e seus pontos positivos (potencialidades) da inserção no SUS, a partir da fala dos participantes foi possível evidenciar algumas categorias analíticas, conforme quadro 14.

Quadro 14 - Categorias analíticas sobre os pontos positivos (potencialidades) das PICS segundo os participantes

Categorias encontradas	Evidências relatadas	Interpretação das evidências
Alívio da dor e melhora dos sintomas físicos	<i>“É gratificante ver o paciente relatando que melhorou a dor...”</i> (Psicóloga). <i>“É quando o paciente relata que diminuiu a dor e que quer continuar com as sessões”</i> (Massoterapeuta). <i>“Tem vários pontos positivos... mas o alívio das dores tanto física quanto mental é muito importante para nós”</i> (Gestor 2).	As falas indicam que uma das principais contribuições das PICS está relacionada ao alívio das dores crônicas e de sintomas físicos. Esse resultado reforça o potencial dessas práticas como estratégias terapêuticas complementares no manejo de condições crônicas, frequentemente presentes na Atenção Primária à Saúde. A melhora dos sintomas físicos também contribui para a adesão dos pacientes às sessões e para a continuidade do tratamento.
Redução do uso de medicamentos (especialmente polifarmácia)	<i>“Um dos pontos positivos é a diminuição do uso de medicamentos (polifarmácia) pelos pacientes”</i> (Enfermeira 1). <i>“O alívio das dores crônicas refletindo diretamente no uso de medicamentos sem prescrição médica”</i> (Gestor 1).	As evidências sugerem que as PICS podem contribuir para a redução do uso excessivo de medicamentos, especialmente em pacientes com dores crônicas ou sofrimento mental. Esse aspecto é particularmente relevante no contexto da Atenção Primária, onde a polifarmácia é um problema frequente, sobretudo entre pessoas idosas. As PICS aparecem, nesse sentido, como estratégias de cuidado que podem complementar ou reduzir a dependência de intervenções farmacológicas.
Melhora do sofrimento psíquico e fortalecimento do bem-estar emocional	<i>“Melhorou a dor ou o sofrimento psíquico com as terapias”</i> (Psicóloga). <i>“O paciente te falar que melhorou a sensação de ansiedade”</i> (Educadora Física).	As falas evidenciam que as PICS também atuam no manejo do sofrimento psíquico, como ansiedade e depressão. Essas práticas possibilitam abordagens terapêuticas mais integrativas, que consideram dimensões emocionais e subjetivas do cuidado em saúde, contribuindo para o equilíbrio mental e para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.
Promoção do autocuidado e visão integral do paciente	<i>Também o próprio autocuidado do paciente com seu corpo tanto físico quanto mental”</i> (Enfermeira 1). <i>“Estamos olhando o paciente em um todo, ou seja, no contexto físico e mental/sentimental”</i> (Gestor 2).	Essa categoria evidencia que as PICS favorecem uma abordagem de cuidado integral, estimulando o autocuidado e a participação ativa do paciente no processo terapêutico. Ao considerar dimensões físicas, emocionais e subjetivas do indivíduo, essas práticas ampliam a compreensão do cuidado em saúde, alinhando-se aos princípios da integralidade no SUS.
Aumento da demanda e aceitação das PICS pela população	<i>“Cada vez mais aumenta a demanda, pois as pessoas querem as PICS”</i> (Psicóloga). <i>“Percebemos vários pontos positivos o que reflete na grande</i>	As evidências indicam que a experiência positiva dos usuários com as PICS tem gerado maior procura por essas práticas nos serviços de saúde. A satisfação com

	<i>demanda nos atendimentos das PICS” (Gestor 2). “A melhora das queixas faz com que o paciente volte na próxima sessão” (Nutricionista).</i>	os resultados terapêuticos contribui para o aumento da demanda e para a continuidade do cuidado, demonstrando que as PICS possuem boa aceitação entre a população atendida
Potencial de ampliação do acesso ao cuidado em saúde	<i>“Um dos pontos positivos da inserção das PICS é a oferta para a população, acho que ajudaria muito” (Enfermeira 2).</i>	A fala evidencia que a implementação das PICS pode ampliar as possibilidades terapêuticas disponíveis nos serviços de saúde, oferecendo alternativas de cuidado para a população. Essa ampliação fortalece a diversidade de abordagens terapêuticas no SUS e contribui para a construção de um cuidado mais integral e humanizado.

Fonte: elaborado pela autora da pesquisa

A análise das falas evidencia que os profissionais percebem as PICS como práticas que contribuem significativamente para o cuidado em saúde, especialmente no alívio das dores crônicas, na redução do uso excessivo de medicamentos e na melhoria do sofrimento psíquico. Além disso, as evidências apontam que essas práticas favorecem o autocuidado, a abordagem integral do paciente e o fortalecimento do vínculo terapêutico, aspectos fundamentais para a promoção da saúde no contexto da Atenção Primária. Neste viés, nota-se que alguns pontos positivos da inserção das PICS no SUS são descritos pelos entrevistados, sendo estes: melhora da ansiedade, depressão, dores musculares, diminuição de uso de medicamentos, o autocuidado com o corpo, dentre outros. Dacal e Silva (2018), elencam as melhoras dos sintomas dos pacientes após acompanhamento com as PICS, sendo: 51% dos pacientes relataram melhoras das dores no corpo e no estado de estresse, além da melhora percebida em: cansaço (39%); ansiedade e inchaço nas pernas e nos pés (ambos, 34%); e insônia (27%). Os pacientes ainda perceberam melhoras em sintomas como: pressão arterial (17%); depressão (15%); ganho de peso (13%); constipação (7%); glicemia alta (7%); cólicas (2%); e sintomas da menopausa (2%) (Dacal; Silva, 2018).

Outro elemento importante identificado nos relatos é o aumento da demanda por essas práticas, decorrente das experiências positivas relatadas pelos usuários. Esse aspecto demonstra que as PICS têm sido bem aceitas pela população e possuem potencial para ampliar as possibilidades de cuidado no Sistema Único de Saúde. De modo geral, os resultados indicam que as PICS contribuem para a construção de um modelo de cuidado mais integral, que considera não apenas os aspectos biológicos da doença, mas também as dimensões emocionais, subjetivas e sociais do processo saúde-doença. Para Wickert *et al.* (2023, p.9) as potencialidades

do uso das PICS podem ser destacadas como: “redução dos medicamentos alopáticos, ajuste de dosagens de medicamentos anti-hipertensivos, vínculo com o serviço de saúde e adesão a aspectos relacionados com o tratamento não medicamentoso, como a mudança de hábitos de vida”.

Assim, ao concluir a análise dessa categoria dos desafios e potencialidades da inserção das PICS no SUS, fica evidente, conforme os relatos dos participantes, que a gestão municipal oferece de forma singela apoio para realização de cursos na área das PICS. A análise das evidências reforça que a hegemonia do modelo biomédico persiste como principal obstáculo à expansão das PICS. Faz-se o básico, com a política de saúde centrada no modelo biomédico, centrada ainda na doença e não no cuidado. Isso aponta que o sistema local ainda privilegia ações tecnicistas, voltadas à doença e ao sintoma, e não ao cuidado integral e emancipador. A lógica biomédica, com ênfase na especialização, protocolos e fármacos, minimiza ou invisibiliza saberes tradicionais e terapias integrativas, dificultando sua aceitação nos serviços e sua legitimação institucional.

Essa lacuna reflete um distanciamento entre as diretrizes normativas do Ministério da Saúde e a realidade local, onde a efetivação da política depende, muitas vezes, do esforço individual de profissionais sensibilizados com o cuidado ampliado. A política ainda não foi incorporada como prioridade de gestão, resultando em ações pontuais que dependem da disponibilidade e formação dos profissionais.

5.1.1.4 Percepções sobre as PICS e as práticas biomédicas

Neste tópico são abordadas as percepções de mudanças relatadas pelos usuários do SUS aos profissionais que aplicam as PICS e as percepções dos entrevistados referentes as PICS e as práticas biomédicas. No questionamento “Qual a percepção das mudanças (de comportamentos, estilos de vida, efeitos terapêuticos) relatadas pelos usuários, bem como percebidas por você?” fez-se a análise a partir da categorização das respostas que aparecem no quadro 15.

Quadro 15 – Categorias analíticas sobre as percepções de mudanças relatadas pelos usuários após a aplicação das PICS

Categorias encontradas	Evidências relatadas	Interpretação das evidências
Melhora de sintomas físicos e dores crônicas	<i>Melhora da dor...” (Psicóloga). “Alguns relatam melhora do sono, ansiedade, dores</i>	As evidências indicam que as PICS são percebidas pelos usuários como práticas eficazes no manejo

	<i>crônicas, principalmente lombalgia” (Enfermeira 1).</i> <i>“A auriculoterapia lhe ajudou com dores crônicas” (Gestor 1).</i> <i>“Alívio de dores no corpo” (Massoterapeuta).</i> <i>“Sempre temos retorno positivo... principalmente o alívio de dores” (Nutricionista).</i>	de dores crônicas e sintomas físicos recorrentes na Atenção Primária à Saúde. Essa percepção reforça o potencial dessas práticas como estratégias terapêuticas complementares para condições crônicas, contribuindo para o cuidado integral e para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.
Melhora do sofrimento psíquico e do bem-estar emocional	<i>“Melhora da insônia, ansiedade e depressão” (Psicóloga).</i> <i>“Diminuição do estresse e da ansiedade” (Massoterapeuta).</i> <i>“As PICS ajudaram em momentos delicados como o luto, o estresse e a ansiedade” (Gestor 2).</i> <i>“Sensação de bem-estar e felicidade após as sessões de reiki” (Educadora Física).</i>	Os relatos demonstram que as PICS também atuam no manejo do sofrimento psíquico, contribuindo para a redução de sintomas relacionados à ansiedade, estresse, insônia e depressão. Essas práticas possibilitam uma abordagem terapêutica mais integrativa, considerando dimensões emocionais e subjetivas do cuidado, o que fortalece estratégias de promoção da saúde mental na APS.
Promoção do autocuidado e de mudança de comportamento	<i>“As terapias ajudam na própria percepção de vida... tentar não se estressar tanto, proporcionando autocuidado” (Psicóloga).</i>	Essa evidência revela que as PICS podem estimular mudanças no comportamento e no estilo de vida dos usuários, incentivando o autocuidado e a reflexão sobre hábitos relacionados ao bem-estar físico e emocional. Essa característica aproxima essas práticas de abordagens voltadas à promoção da saúde e ao cuidado integral.
Redução do uso inadequado de medicamentos	<i>Diminuição do uso dos medicamentos sem orientação médica” (Psicóloga).</i> <i>“Diminui o consumo</i>	As falas sugerem que as PICS podem contribuir para a redução do uso excessivo ou inadequado de medicamentos,

	<i>exagerado de medicamentos que às vezes não têm prescrição médica” (Massoterapeuta).</i>	especialmente em casos de dor crônica ou sofrimento emocional. Isso demonstra o potencial dessas práticas como alternativas terapêuticas complementares, que podem reduzir a medicalização do cuidado e favorecer abordagens mais integrativas de tratamento.
Reconhecimento e satisfação dos usuários com as PICS	<i>Muitos pacientes vêm até a secretaria para falar o quanto a auriculoterapia ajudou” (Gestor 1). “Os pacientes vêm elogiar as profissionais que aplicam as PICS” (Gestor 2).</i>	As evidências demonstram que os usuários reconhecem os benefícios das PICS e manifestam satisfação com os resultados obtidos. Esse reconhecimento fortalece a legitimidade dessas práticas nos serviços de saúde e contribui para o aumento da demanda e continuidade dos atendimentos.
Expectativa de ampliação da oferta das PICS	<i>“Creio que seria ótimo para a população a oferta das PICS, mas no momento não temos ninguém que realiza” (Enfermeira 2).</i>	Essa fala evidencia que, mesmo em contextos onde as PICS ainda não estão implementadas, existe reconhecimento do seu potencial benefício para a população. Isso indica que a ampliação da oferta dessas práticas pode representar uma oportunidade para fortalecer o cuidado integral nos serviços de saúde.

Fonte: elaborado pela autora da pesquisa

A análise das falas evidencia que os profissionais percebem mudanças significativas no estado de saúde e no comportamento dos usuários após a aplicação das PICS. Entre os principais efeitos relatados destacam-se a melhora de dores crônicas, redução de sintomas de ansiedade, estresse e insônia, além da promoção do bem-estar emocional (alívio de dores, melhora no sono, ansiedade, depressão, estresse, luto, diminuição do uso de medicamentos, sensação de bem-estar e felicidade). Esses resultados indicam que as PICS atuam no tratamento de sintomas

físicos e também na dimensão subjetiva do cuidado, contribuindo para um equilíbrio integralizado do corpo. Outro aspecto relevante refere-se à promoção do autocuidado e à redução do uso inadequado de medicamentos, o que demonstra o potencial dessas práticas para fortalecer abordagens de cuidado mais integrativas e menos medicalizantes. Além disso, o reconhecimento dos benefícios por parte dos usuários contribui para o aumento da demanda e para a valorização dessas práticas nos serviços de saúde.

Para Queiroz, Barbosa e Duarte (2023), as PICS produzem diversos efeitos positivos para a saúde física, emocional e mental dos usuários, mas também pode ser benéfica na redução do uso de medicamentos, melhora de dores crônicas/agudas, transtornos de ansiedade, estresse, redução da fadiga, qualidade do sono, reabilitação psicossocial, promoção de vínculo, autonomia, dentre outros.

De modo geral, os relatos indicam que as PICS têm sido percebidas como estratégias terapêuticas que ampliam as possibilidades de cuidado na Atenção Primária à Saúde, contribuindo para um modelo de atenção mais integral, humanizado e centrado nas necessidades dos usuários.

Na sequência da pesquisa foi questionado aos participantes se as PICS são valorizadas no SUS do mesmo modo que as práticas biomédicas, o que categorizamos como a relação entre PICS (modelo holístico e integralizado) e o modelo biomédico. As evidências relatadas pelos participantes foram categorizadas sem interpretação e são apresentadas na tabela 16.

Quadro 16 – Categorias analíticas sobre a relação entre PICS e modelo biomédico nos serviços de saúde

Categorias encontradas	Evidências relatadas	Interpretação das evidências
Coexistência e complementaridade entre PICS e atendimento médico	Vejo que os pacientes vêm para os atendimentos das PICS e vêm para atendimentos médicos... acho que tem um equilíbrio entre as PICS e o saber médico” (Psicóloga). “Os pacientes procuram também as consultas médicas, então acho que há uma complementação de uma com a outra” (Gestor 2).	As falas indicam que, no cotidiano dos serviços, as PICS não substituem o atendimento médico, mas coexistem com ele de forma complementar. Essa percepção evidencia que os usuários tendem a buscar diferentes formas de cuidado simultaneamente, integrando práticas biomédicas e terapias integrativas. Tal situação reflete a pluralidade terapêutica presente no campo da saúde, em que diferentes saberes e

		práticas são mobilizados para atender às necessidades dos usuários
Predominância do modelo biomédico na organização dos serviços de saúde	Nós temos que organizar toda a dinâmica do atendimento médico... é difícil divulgar as PICS deste modo” (Enfermeira 1).	Essa fala evidencia que a organização dos serviços ainda está fortemente centrada no atendimento médico, o que limita a visibilidade e a expansão das PICS. A priorização das consultas médicas na gestão do processo de trabalho revela a hegemonia do modelo biomédico na Atenção Primária, no qual as práticas integrativas acabam ocupando um espaço secundário ou complementar
Baixa valorização institucional das PICS	Acredito que não são valorizadas, pois não temos o apoio direto da gestão em ofertar de modo contínuo as PICS” (Enfermeira 1). “Acho que as PICS são pouco valorizadas” (Nutricionista).	As evidências sugerem que, apesar do reconhecimento de seus benefícios, as PICS ainda enfrentam limitações relacionadas ao apoio institucional e à organização dos serviços. A falta de incentivo da gestão e a ausência de espaços específicos na agenda de trabalho contribuem para a baixa valorização dessas práticas e dificultam sua consolidação no cotidiano dos serviços de saúde.
Desconhecimento e baixa divulgação das PICS entre profissionais e usuários	“Acho que pouco divulgada e conhecida pelas pessoas, então a população busca mais os atendimentos médicos” (Gestor 1). “Talvez pelo desconhecimento das PICS... são práticas antigas, mas não eram divulgadas” (Massoterapeuta). “Muitos ainda não	Os relatos indicam que o desconhecimento sobre as PICS ainda é um fator relevante que limita sua procura e valorização. A baixa divulgação dessas práticas contribui para que os usuários priorizem o atendimento médico tradicional, reforçando a centralidade do modelo biomédico.

	conhecem essas práticas terapêuticas” (Nutricionista).	
Limitações estruturais para implementação das PICS	Precisamos que a política das PICS seja mais efetiva... e que os profissionais tenham um período só para isso” (Enfermeira 1). “Não tem procura dos profissionais para se capacitar... pode ser por desconhecimento ou falta de incentivo financeiro” (Enfermeira 2).	As falas evidenciam que a implementação das PICS depende de condições estruturais, como capacitação profissional, incentivo institucional e reorganização do processo de trabalho. A ausência desses elementos limita a expansão dessas práticas e reforça a dependência do modelo biomédico como principal forma de cuidado nos serviços de saúde.
Percepção incerta ou ambígua sobre a valorização das PICS	Acho que sim... mas não sei” (Educadora Física).	Essa fala demonstra que a percepção sobre o reconhecimento das PICS ainda é incerta ou pouco consolidada entre alguns profissionais. Essa ambiguidade pode refletir a própria posição das PICS dentro do sistema de saúde, que oscila entre reconhecimento formal nas políticas públicas e dificuldades práticas de implementação nos serviços.

Fonte: elaborado pela autora da pesquisa

A análise das evidências revela que a relação entre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e o modelo biomédico nos serviços de saúde investigados é marcada por tensões, complementaridades e desigualdades de valorização. De um lado, observa-se que os usuários buscam simultaneamente consultas médicas e terapias integrativas, indicando uma lógica de pluralidade terapêutica, na qual diferentes formas de cuidado coexistem e se complementam.

Para Wickert *et al.*, (2023) há barreiras e tensões entre as PICS e o modelo biomédico, a desvalorização das PICS pela população, pelos profissionais de saúde e pela própria gestão podem influenciar no quantitativo de profissionais com formação nas terapias integrativas e complementares, contribuindo, assim, para a perpetuação do modelo biomédico. Ainda, os

mesmos autores ressaltam que “há uma constante disputa de classes e a necessidade constante de validação das práticas” (Wickert *et al.*, 2023, p.8).

Por outro lado, as falas também evidenciam que a organização dos serviços ainda está fortemente centrada no modelo biomédico, o que limita a visibilidade e a institucionalização das PICS. A priorização das consultas médicas na dinâmica de trabalho das equipes, associada à baixa divulgação dessas práticas e à ausência de incentivos institucionais, contribui para que as PICS ocupem um espaço secundário no sistema de saúde.

Além disso, fatores como desconhecimento das práticas, falta de capacitação profissional e limitações estruturais na gestão dos serviços reforçam as dificuldades para sua consolidação. Nesse contexto, embora exista reconhecimento do potencial terapêutico das PICS, sua implementação ainda depende de avanços na organização das políticas públicas, na valorização institucional dessas práticas e na ampliação da formação profissional.

De modo geral, os resultados indicam que as PICS apresentam potencial para contribuir com um modelo de cuidado mais integral e humanizado, porém sua consolidação no Sistema Único de Saúde ainda exige transformações estruturais que superem a centralidade exclusiva do modelo biomédico e promovam maior integração entre diferentes racionalidades terapêuticas, pois observa-se que as PICS têm o respaldo da PNPIC, mas de forma básica, ainda sendo vistas como práticas periféricas e desconhecidas.

5.1.1.5 Analisando as PICS na Atenção Básica a partir da Teoria Decolonial

A análise dos dados empíricos coletados em seis municípios da região do Alto Jacuí/RS, referentes às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Básica, revela elementos centrais para a compreensão das tensões existentes entre o paradigma biomédico hegemônico e as epistemologias do cuidado que emergem nos territórios. Para aprofundar essa discussão, recorre-se às Teorias Decoloniais, especialmente à perspectiva da colonialidade do saber e do poder proposta por Aníbal Quijano (2005), à ética da libertação de Enrique Dussel (2007) e a proposta de Ecologia de Saberes de Boaventura de Sousa Santos (2007).

A partir de uma análise das PICS na atenção básica à Luz da Teoria Decolonial, podemos destacar algumas categorias elencadas:

a) A colonialidade do saber e a hierarquização dos conhecimentos

Conforme aponta Quijano (2005), a modernidade eurocêntrica impôs uma lógica de colonialidade do saber, que deslegitima os saberes tradicionais, populares e não ocidentais. Para Sevalho (2021, p. 5634) “O decolonial confronta radicalmente a universalização da

modernidade eurocêntrica que forja a ciência hegemônica, procurando desvelar as diversas formas de opressão e racismo matricialmente incorporadas à colonialidade do poder, do saber, do ser, em sua relação com a América Latina.”

No caso das PICS, essa hierarquização é visível na resistência dos conselhos de classe, na ausência de financiamento estatal específico e na dificuldade de inserção formal no sistema eletrônico de saúde. Tais entraves são sintomas de um sistema que ainda valoriza o conhecimento biomédico ocidental como único válido, invisibilizando práticas milenares como a acupuntura, a auriculoterapia e outras formas de cuidado tradicional.

Essa colonialidade do saber se expressa, por exemplo, na fala de que: “*Precisamos que a política das PICS seja mais efetiva*” (Enfermeira 1), pois se observa que se faz o básico, com a política de saúde centrada no modelo biomédico, ou seja, centrada ainda na doença e não no cuidado. O que se evidencia é que o modelo hegemônico biomédico é uma expressão da racionalidade moderna/colonial, que segundo Dussel (2007), exclui epistemologias outras, consideradas “inferiores” ou “não científicas”.

O conceito de *colonialidade do saber*, formulado por Quijano, permite compreender por que as PICS ainda são tratadas como práticas marginais e não prioritárias dentro das estruturas institucionais de saúde. O saber médico moderno, de base europeia, construiu uma hierarquia de conhecimentos que subalterniza saberes tradicionais, empíricos e comunitários, negando-lhes validade científica. Isso se reflete na dificuldade de reconhecimento institucional das PICS, na ausência de financiamento específico, na precariedade da formação permanente e na resistência de alguns conselhos de classe em reconhecer a legitimidade dessas práticas. Essa é uma expressão concreta da colonialidade: não se trata apenas de uma questão de gestão, mas de uma ordem epistêmica excludente.

b) A colonialidade do poder e a exclusão das práticas de base comunitária

A teoria decolonial de Enrique Dussel (2007) contribui para entender como as PICS, ao serem exercidas por profissionais com saberes interdisciplinares (psicólogos, massoterapeutas, fisioterapeutas e enfermeiros), tensionam o modelo dominante de racionalidade técnica imposto pela biomedicina. Ao mesmo tempo, sofrem com a colonialidade do poder, que determina quem pode falar, curar e cuidar dentro do sistema.

Ao mesmo tempo, a *colonialidade do poder* também se manifesta no controle sobre quem pode cuidar e de que forma esse cuidado deve ocorrer. Enrique Dussel (2007), ao propor uma ética da libertação, crítica à centralidade do “ego conquiro” moderno, que impõe um modelo universal de racionalidade que exclui o outro e seus saberes. Na prática, isso significa que os profissionais que atuam com PICS enfrentam limites institucionais para inserir suas

práticas nos fluxos do SUS, mesmo quando os usuários demonstram alta demanda por essas abordagens.

Ao denunciar que: "*É uma carência que a rede municipal possui*" (Enfermeira 1- tópico dificuldades), os profissionais revelam como o cuidado ampliado ainda não é reconhecido como legítimo pelo sistema institucional, que privilegia práticas centradas na medicalização e na lógica curativa, e não no cuidado integral, comunitário e relacional.

Essa exclusão dos saberes populares e tradicionais da esfera do “poder oficial” revela como as PICS são mantidas à margem do projeto moderno-colonial de saúde pública, que segue operando com base na divisão dicotômica entre ciência instrumental e saber tradicional, legítimo e ilegítimo, racional e místico.

c) A ecologia de saberes: por uma descolonização epistemológica do cuidado

A proposta de Santos sobre a Ecologia de Saberes se apresenta como uma chave interpretativa potente para a análise dos resultados. Ele defende que diferentes formas de conhecimento — científico, tradicional, ancestral, empírico, espiritual — podem e devem dialogar em pé de igualdade, rompendo com a monocultura do saber científico e técnico que ainda rege os sistemas públicos de saúde.

Nas experiências dos oito profissionais analisados, observa-se o esforço de alguns profissionais em articular saberes ancestrais (como a Medicina Tradicional Chinesa) às práticas clínicas no cotidiano do SUS. Contudo, essas experiências ainda carecem de respaldo institucional, pois a lógica dominante ainda não reconhece tais práticas como válidas.

O que vemos é que, mesmo com resultados positivos e grande demanda, as PICS continuam sendo práticas periféricas dentro da política pública, toleradas mais como complemento do que como parte integrante do modelo de atenção. Isso configura uma clara epistemologia do sul silenciada, na qual os saberes locais e comunitários são autorizados apenas nos vazios deixados pela medicina hegemônica.

d) As PICS como resistência e reexistência no território

Apesar das limitações apontadas, as ações realizadas pelos profissionais entrevistados representam formas de resistência e reexistência. Nas palavras de Dussel (2007), trata-se de uma ética da libertação, pois os profissionais e usuários das PICS constroem cotidianamente experiências de cuidado que fogem à lógica opressora da colonialidade, criando espaços de escuta, acolhimento, subjetividade e conexão com o território e com a vida.

O atendimento imediato a pessoas idosas com dor, relatado pela psicóloga, a realização de atendimentos noturnos, e a presença de profissionais que buscam capacitação com recursos próprios expressam uma *práxis* decolonial em curso — ainda frágil, mas real.

Apesar dessas barreiras, as experiências locais revelam potências de resistência e reexistência. A existência de atendimentos programados e espontâneos, com foco no sofrimento mental, nas dores crônicas e na reabilitação, expressa uma abertura para práticas de cuidado mais humanizadas e centradas na integralidade. É nesse sentido que a proposta de *Ecologia de Saberes*, desenvolvida por Santos (2007), contribui de forma decisiva para uma análise descolonizadora do cuidado. Para o autor, é necessário romper com a monocultura do saber científico e construir um diálogo horizontal entre conhecimentos diversos, reconhecendo as epistemologias do sul e suas formas plurais de produzir sentido e cura.

As PICS, quando inseridas nos territórios de forma crítica e reflexiva, podem representar um caminho para essa ecologia epistêmica. Práticas como a acupuntura, a auriculoterapia, reiki e a ventosaterapia, mesmo enfrentando resistências, têm contribuído para promover um cuidado integral, que não separa corpo, mente e espírito, nem dissocia o cuidado da relação com o território e com a comunidade.

e) Para uma saúde plural, descolonizada e emancipadora

Sob a ótica das Teorias Decoloniais e, dentre essas a Ecologia de Saberes, a implementação das PICS nos municípios estudados revela uma tensão entre dois paradigmas: de um lado, o modelo biomédico ocidental, colonial e centrado na racionalidade técnica; e, de outro, as experiências de cuidado integral e plural, emergem como práticas contra hegemônicas e emancipatórias. Para avançar nesse processo é necessário: romper com a monocultura do saber médico e incorporar as PICS como práticas legítimas de cuidado; reconhecer o valor epistêmico dos saberes populares, ancestrais e territoriais, construindo políticas de saúde pautadas na pluralidade de conhecimentos; fortalecer os profissionais que atuam com PICS por meio de formação permanente, financiamento e respaldo institucional; e, ampliar os espaços de escuta e participação social, conectando saúde, cultura, espiritualidade e bem viver.

Ao reconhecer que todo saber é situado e que todo cuidado é relacional, será possível descolonizar o SUS e construir uma política pública de saúde que seja verdadeiramente democrática, inclusiva e emancipadora. Contudo, enquanto o SUS permanecer estruturado predominantemente sob a lógica da racionalidade moderna/colonial, centrada na doença e na medicalização, as PICS continuarão ocupando um lugar periférico. É urgente e necessário, portanto, efetivar uma política pública de saúde que não apenas tolere, mas que reconheça, valorize e incorpore outros saberes como parte constitutiva de um modelo de cuidado emancipador e descolonizado.

Assim, mais do que uma questão técnica, o fortalecimento das PICS exige uma mudança paradigmática, que passa pela reconstrução das bases epistemológicas do cuidado em saúde.

Como destaca Santos (2007, p. 25), “não há justiça social global sem justiça cognitiva global”. As experiências analisadas mostram que essa justiça é possível, desde que as epistemologias do cuidado sejam reconhecidas e apoiadas como expressões legítimas de um saber-viver latino-americano que resiste à colonialidade e propõe novos horizontes de bem viver.

6 CAPÍTULO VI - CONCLUSÃO

A hegemonia da ciência biomédica surgiu ao longo da história e perpassou vários períodos vivenciados pela sociedade do saber/poder, tais como a revolução industrial, a globalização, o capitalismo, dentre outros. Tornando o cuidado em saúde fragmentado, com uma visão única, universal e segmentada somente na doença, comparando o corpo como máquina, com necessidade de conserto ao apresentar defeito.

Essa hegemonia da medicina do saber/ poder se estabelece ao longo da história até a contemporaneidade, em domínio do colonialismo do ser, saber e poder, descrito por autores decoloniais, tais como Mignolo, Freire e outros. Esse saber/poder das ciências biomédicas tornaram o modelo de saúde um mercado lucrativo por meio da medicalização fortalecido pelas indústrias farmacêuticas, tornando a doença um negócio. Porém, não se trata de somente questionar os avanços tecnológicos na área da saúde, pois estes levaram a melhores condições de vida, mas de refletir quando o conhecimento científico se torna o único saber legítimo-verdadeiro, deslegitimando outros saberes e práticas por lidarem com objetos não verdadeiros, contra hegemônicos.

Nesta perspectiva, surgiram movimentos contra hegemônicos, com relevância internacional a partir de 1970, com isso, o modelo de saúde passa a conceber uma visão mais integral, com foco na prevenção e promoção da saúde no contexto família e comunidade e, não mais na doença de forma fragmentada. Embora tenha se fortalecido esse modelo de atenção integral à saúde, ainda o modelo biomédico é hegemônico. Contudo, são inegáveis os avanços na área da saúde, mesmo que ainda esteja fragmentada em um modelo histórico hegemônico de cuidado.

É nesta perspectiva, que urge a necessidade de decolonizar o cuidado em saúde, validar, reconhecer e legitimar todos os saberes em saúde, superando a monocultura do conhecimento. Para isso, é necessária uma visão mais integral, e menos teórica, com vistas a uma ótica emancipatória do cuidado, proporcionando políticas públicas mais efetivas, unindo todos os saberes, principalmente os conhecimentos populares por meio das Práticas Integrativas e Complementares.

Certamente houve avanços importantes em torno das PICS, como a própria Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, mas ainda essas se encontram barreiras e desafios tanto em sua implementação quanto em seu reconhecimento como cuidado emancipador. É notória a necessidade de fortalecimento das PICS como estratégias de cuidado

integral e humanizado, com inserção efetiva e contínua nos serviços de Atenção Básica. A diversidade de profissionais e de práticas adotadas, bem como a flexibilidade dos horários, indicam sensibilidade às necessidades da população, especialmente em relação a pessoas idosas e crianças.

As evidências deste estudo apontam que há abertura para a ampliação destas práticas, inclusive no formato coletivo, reforçando diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Assim, por meio da análise dos dados revelou-se que, apesar da inserção incipiente, desigual e fragmentada, as PICS demonstram potencial de contribuição para um cuidado integral, humanizado e emancipador, especialmente no cuidado com pessoas idosas e no enfrentamento do sofrimento psíquico e das dores crônicas. Contudo, essa potência ainda é subaproveitada devido a entraves estruturais, políticos e ideológicos.

Também, os dados deste estudo evidenciam como as PICS vêm sendo incorporadas nas redes municipais de saúde, revelando avanços, limites e desigualdades no processo de institucionalização dessas práticas no âmbito local. Isso demonstra que, embora a infraestrutura seja mais limitada, há esforços para incorporar essas práticas no cotidiano da atenção básica. Esses achados indicam que a implementação das PICS não está necessariamente associada ao porte do município ou ao tamanho da rede de serviços, mas sim à existência de iniciativas locais e à valorização institucional dessas práticas.

Em relação à oferta das PICS, observou-se que em alguns municípios pesquisados, a frequência reduzida pode indicar limitações estruturais e organizacionais, como escassez de profissionais capacitados, sobrecarga de trabalho nas equipes de saúde ou mesmo baixa priorização institucional dessas práticas na agenda da gestão municipal. Nesse sentido, a frequência limitada pode comprometer a consolidação das PICS como componente permanente do cuidado em saúde na atenção básica.

Dessa forma, os dados analisados permitem afirmar que a presença das PICS nos municípios investigados configura um processo recente, heterogêneo e em construção, marcado por diferentes níveis de implementação e institucionalização. Embora existam iniciativas relevantes voltadas à ampliação dessas práticas nos serviços de saúde, ainda se identificam limitações relacionadas à cobertura, frequência de atendimento e à organização institucional das ações. Esses elementos indicam que a consolidação das PICS na Atenção Primária à Saúde depende do fortalecimento de políticas locais, da ampliação da formação profissional e da criação de condições institucionais que favoreçam sua integração efetiva às práticas de cuidado no Sistema Único de Saúde.

De modo geral, os resultados deste estudo demonstram que as PICS vêm sendo progressivamente incorporadas aos serviços de saúde investigados, apresentando potencial para contribuir com o cuidado em condições relacionadas ao sofrimento mental e às dores crônicas, além de fortalecer ações de promoção da saúde e reabilitação. Entretanto, a análise também evidencia que sua oferta ainda ocorre de forma heterogênea e dependente das condições institucionais locais, indicando que a consolidação dessas práticas no Sistema Único de Saúde ainda demanda avanços na organização dos serviços, na formação profissional e no reconhecimento institucional das PICS como componentes estruturantes da atenção à saúde.

Contudo, os principais desafios frente a implementação das PICS identificados se referem: a falta de reconhecimento institucional e jurídico das PICS; a ausência de financiamento específico; sobrecarga de trabalho dos profissionais, desconhecimento destas práticas, falta de capacitação profissional e limitações estruturais na gestão dos serviços, a ausência de política ativa de educação permanente e, ainda, a predominância do modelo biomédico. Embora exista reconhecimento do potencial terapêutico das PICS no modelo de cuidado mais integral e humanizado, sua implementação ainda depende de avanços na organização das políticas públicas, na valorização institucional dessas práticas e na ampliação da formação profissional.

Para a decolonização do cuidado em saúde por meio das PICS, abrem-se alguns caminhos possíveis, tais como: fortalecer o debate e a formação em saúde coletiva e epistemologias do cuidado; criar estratégias de gestão local que institucionalizem as PICS; e, articular os serviços com universidades, conselhos de saúde e movimentos sociais para ampliar a legitimidade das práticas.

REFERÊNCIAS

AAKER, David A.; KUMAR, V.; DAY, George S. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas, 2004.

AGUIAR, Ada Cristina Pontes. **Saúde e cuidado como produção de vida: descolonizar e corazonar a saúde coletiva**. 2023. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.

ALMEIDA, Rutileia Lima; BRANDÃO, Leonardo. Colonialidade do poder e gênero: Novas Perspectivas Para Pensar o Desenvolvimento. **Revista Desenvolvimento em questão**, Ijuí-RS, v.1, n.59, p. 1-17, 2023.

BALESTRIN, Maria Fátima; BARROS, Solange Aparecida Barbosa de Moraes. A Relação ente concepção do processo saúde e doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. **Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá**. Guarapuava - Paraná, v.1, n.1, p.18-41, 2009.

BALLESTRIN, Luciana Maria de Aragão. América Latina e o giro decolonial. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 11, p. 89–117, mai./ago. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/y7xXR3kjcFZGqY6kxRm9bFw>. Acesso em: 23 maio 2025.

BALLESTRIN, Luciana Maria de Aragão. Modernidade/Colonialidade sem “Imperialidade”? O Elo Perdido do Giro Decolonial. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 505-540, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/QmHJT46MsdGhdVDdYPtGrWN/?format=html&lang=pt>

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BARBOSA, Fernanda Elizabeth Sena *et al.* Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Cadernos De Saúde Pública**, Rio de Janeiro -RJ, v.36, n.1, p.1-13, 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições70, 2011.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo -SP, n.11, v.1, p.67-84, 2002.

BELLO, Mariana; BECERRIL-MONTEKIO, Victor. Sistema de salud de Argentina. **Salud pública México**, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, p.96-109, 2011. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800006&lng=es&nrm=iso>. accedido en 06 jul. 2023.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. 5 ed. São Paulo: Ática, 2011.

BEZERRA, Patricia Araújo; CAVALCANTI, Pauline; MOURA, Leides Barroso de Azevedo. Colonialidade e saúde: olhares cruzados entre os diferentes campos. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, v.33, n.1(e33025), p. 1-17, 2023.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 de outubro de 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 01 de Março de 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília [DF], 1990 a.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde [...]. Brasília [DF], 1990 b.

BRASIL, Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. **Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências**. Brasília [DF], 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda[...] Brasília, DF, 27 março 2017a.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de [...], Brasília, DF, 21 março. 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília [DF], 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília [DF], 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contexto histórico da institucionalização das práticas integrativas e complementares em saúde no SUS**. Brasília [DF]: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 397, de 16 de março de 2020**. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília [DF], 2020b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde**. Brasília [DF]: Ministério da Saúde, 2020c

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). **Recursos terapêuticos PICS**. Brasília [DF], 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pics/recursos-terapeuticos> Acesso em 10 março 2024.

BRITO, Antonio Guimaraes. Reflexões sobre a decolonialidade em uma perspectiva histórica. **Revista Intellèctus**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 1–15, 2021.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BOURDIEU, Pierre. **O senso prático**. Petrópolis: Vozes, 2009.

BUSS, Paulo Marchiori *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020> Acessado em 29 Novembro 2024.

CARAVACA, Nala Ayalen Sanchez. A política de saúde Argentina: um aporte histórico para sua caracterização e problematização. **Anais Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis –SC**, 2015.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudanças**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli; CALIRI, Maria Helena Larcher; PELÁ, Nilza Teresa Rotter. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Revista Latino-americana De Enfermagem**, v.4, n.3, p. 75–88, 1996.

COLAÇO, Thais Luzia. **Novas perspectivas para a antropologia jurídica na América Latina: o direito e o pensamento decolonial**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2012.

CORDOBA, Elisabete. **Sistema Único de Saúde (SUS) e Estratégia Saúde de Família (ESF)**. São Paulo: Rideel, 2013.

COREDE, Conselho Regional de Desenvolvimento. **Perfil Socioeconômico COREDE Alto Jacuí**. Secretaria do Planejamento, Mobilidade e Desenvolvimento Regional. Porto Alegre – RS, 2015.

CORRÊA, José Carlos Severo *et al.* **Planejamento Estratégico de Desenvolvimento Regional**: Conselho Regional de Desenvolvimento Alto Jacuí. COREDE Alto Jacuí – Cruz Alta: UNICRUZ, 2010.

COUTINHO, Dalsiza Cláudia Macedo; SANTOS, Rosemeire dos. Política de Saúde no Brasil Pós Constituição Federal de 1988: Reflexões sobre a trajetória do SUS. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas -TO, v.6, n.17, p.112-126, 2019.

CZERESNIA, Dina; MACIEL, Elvira Maria Godinho de Seixas; OVIEDO, Rafael Antonio Malagón. **Os Sentidos da Saúde e da Doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

DACAL, Maria del Pilar Ogando; SILVA, Irani Santos. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro-RJ, v.42, n.118, p.724-735, 2018.

DIAS, Mariana Andreotti. **Alternatividades nas práticas e cuidados com a saúde humana: concepções e dimensão socioespacial da "espiritualidade terapêutica" no aglomerado urbano de Curitiba/PR**. 2021. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Federal do Paraná, 2021.

DOWBOR, Ladislau. A rede do poder corporativo mundial. In: DOWBOR, Ladislau. **Blog Dowbor**. São Paulo, 14 de março de 2012. Disponível em:<<https://dowbor.org/2012/02/a-rede-do-poder-corporativo-mundial-7.html>>. Acesso em: 24 maio de 2022.

DRUMOND, José Geraldo de Freitas. Ética e inovação tecnológica em medicina. **Revista Bioethikos**, São Paulo-SP, v.1, n.1, p.24-33, 2007.

DUSSEL, Enrique. **Ética da libertação na idade da globalização e da exclusão**. Petrópolis: Vozes, 2007.

DUSSEL, Enrique. **1492: O encobrimento do outro**: A origem do mito a modernidade. São Paulo: Vozes, 1992.

DUSSEL, Enrique. **Filosofia da libertação**: crítica à ideologia da exclusão. São Paulo: Paulus, 2005.

DUSSEL, Enrique. Transmodernidade e interculturalidade: interpretação a partir da filosofia da libertação. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v.31, n.1, p.51-73, 2016.

EDLER, Flávio; FONSECA, Maria Raquel Fróes da. Saber erudito e saber popular na medicina colonial. **Cadernos ABEM**, Brasília [DF], v. 02, n.1, p. 08-10, 2006.

EDLER, Flavio Coelho. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil imperial. In: PONTES, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê. **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

FAZENDA, Ivani Catarina Amarantes. **Interdisciplinaridade**: História, teoria e pesquisa. Campinas (SP):Papirus, 1994.

FAZENDA, Ivani Catarina Amarantes. **Práticas interdisciplinares na escola**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

FERNANDES, Antonio Tadeu. A arte de curar nos primórdios da civilização. In: FERNANDES, Antonio Tadeu *et al.* **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000a.

FERNANDES, Antonio Tadeu. Entre a Fé e a Ciência: a Medicina na Idade Média. In: FERNANDES, Antonio Tadeu *et al.* **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000b.

FERTONANI, Hosanna Pattrig *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ, v.20, n.6, p.1869-1878, 2015.

FERREIRA, Berenice. Práticas Integrativas e Complementares nos Serviços Públicos de Saúde: Um sonho. In: FERREIRA, Berenice. **Práticas Integrativas e Complementares nos Serviços Públicos de Saúde: um sonho, uma ideia, uma realidade**. 1ed. Curitiba: Appris, 2019. 157p.

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.p.328.

FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade**. Tradução de Maria Ermantina Galvão. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FRANCELINO, Juliana Campos; REBOLO, Flavinês. Reflexões acerca das pesquisas denominadas estado do conhecimento. **Revista Multidisciplinar em Educação**, Porto Velho, v. 9, p. 1-14, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unir.br/index.php/EDUCA/article/view/6470/337> Acesso em: 18 jun 2024.

FRANK, Marcos Rogério de Castro; REMPEL, Claudete. **Medicina: uma história**. Lajeado: Editora Univates, 2022.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**, 17. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

FREIRE, Ludmila de Almeida; ALMEIDA, Ronaldo de Sousa. A interdisciplinaridade como integração do conhecimento: superando a fragmentação do saber. **Percursos Acadêmicos**, Belo Horizonte, v. 7, n. 14, p. 436- 452, 2017.

FREITAG, Vera Lucia; BADKE, Marcio Rossato. **Práticas Integrativas e Complementares no SUS: O (re)conhecimento de técnicas milenares no cuidado à saúde contemporânea**. 1ed. Curitiba: Nova Práxis, 2019.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-colônia a 1930. **Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto**, Ouro Preto -MG, s/n, s/v, p.01-33, 2007.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. Tradução Alexandra Figueiredo; Ana Patrícia Duarte Baltazar; Catarina Lorga da Silva; Patrícia Matos; Vasco Gil. 6. ed. Lisboa: Editora Fundação Calouste Gulbenkian, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GLASS, Leticia; LIMA, Nathan Willig; NASCIMENTO, Matheus Monteiro. Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde do Brasil: disputas político-epistemológicas. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.30, n.2, p. 01- 11, 2021.

GOMES, Angela de Castro; FERREIRA, Jorge. Brasil, 1945-1964: uma democracia representativa em consolidação. **Locus: revista de história**, Juiz de Fora, v. 24, n. 2, p. 251-275, 2018.

GOTTSCHALL, Carlos Antonio Mascia. **Medicina Hipocrática**: antes, durante e depois. Porto Alegre: Stampa, 2007.

GUERRA, Idália Medeiros. Saúde coletiva por uma perspectiva decolonial: territórios, ancestralidades e processos de subjetivação diante do trauma ecológico. **Revista OWL**, Campina Grande – PB, v.4, n.1, p.01-09, 2026.

GUIMARÃES, Maria Beatriz *et al.* As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.29, n.1, e190297, p. 1-14, 2020.

GUSMÃO, Sebastião. História da Medicina: evolução e importância. **Jornal brasileiro de neurocirurgia**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 5-10, 2004.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. Gov: IBGE, 2023.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JENSEN, Jeppe Sinding. Epistemologia. In: STAUSBERG, Michael; ENGLER, Steven (orgs). **The Routledge Handbook of Research Methods in the Study of Religion**. Londres: Routledge, 2011, pp.40-53.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura**: um conceito antropológico. 14 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

LASTRA CID, Rodrigo Reis; MARQUES SEGUNDO, Luiz Helvécio. **Epistemologia e Filosofia da Ciência**. Pelotas: NEPFIL Online, 2020.

LIMA, Karla Morais Seabra Vieira; SILVA, Kênia Lara; TESSER, Charles Dalcanele. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção de saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Revista Interface**, Botucatu, v.18, n. 49, p. 261–272, 2014.

LOPATIUK, Carlos. As faces da ONU - organização das nações unidas - estrutura e corrupção. **Anais Colóquio Internacional Educação e Contemporaneidade**, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão- SE, v.16, n.14, p.1-23, 2022.

KIRSCHBAUM, Charles. Decisões entre pesquisas quali e quanti sob a perspectiva de mecanismos causais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 28, n. 82, p. 180-257, 2013.

KUCHARSKI, Karina Wahhab *et al.* Políticas públicas de saúde no Brasil: Uma Trajetória do Império à Criação do SUS. **Revista Contexto & Educação**, Ijuí- RS, v. 37, n. 117, p. 38-49, 2022.

MAIA, Fernando Joaquim Ferreira; FARIAS, Mayara Helenna Veríssimo de. Colonialidade do poder: a formação do eurocentrismo como padrão de poder mundial por meio da colonização da América. **Revista Interações**, Campo Grande -MS, v. 21, n. 3, p. 577-596, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.20435/inter.v21i3.2300>>. Acesso em: 18 Setembro 2022.

MALLMANN; Camila Luzia; ROCHA, Cristianne Maria Famer; Práticas (não) hegemônicas em saúde: uma análise a partir dos Estudos Culturais. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 38, n. 1, p. 51-62, 2017.

MARTINS, Carlos Benedito. **O que é Sociologia**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

MARTINS, Liliani Travezani. Saúde pública como precursor de uma nova era para a população brasileira. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro- RJ, v.5, n.2, p.235-244, 2017.

MARTINS, Thalyta Cássia de Freitas et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ, v. 26, n. 10, p. 4483-4496, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>>.

MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de marketing**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Revista Interface**, Botucatu – SP, v.13, n.1, p. 771-780, 2009.

MENON, Odete Pereira da Silva. A história de você. In: GUEDES, Marymárcia, BERLINCK, Rosane de Andrade, MURAKAWA, Clotilde de Almeida Azevedo (Orgs.). **Teoria e análise linguísticas: novas trilhas**. Araraquara: UNESP, 2006, p. 99-160.

MIGNOLO, Walter. Colonialidade: O lado mais escuro da modernidade. **Revista brasileira de ciências sociais**, São Paulo -SP, v.32, n.94, p.1-18, 2017.

MIGNOLO, Walter. Novas reflexões sobre a “ideia da América Latina”: a direita, a esquerda e a opção decolonial. **CADERNO CRH**, Salvador, v.21, n. 53, p. 239-252, 2008a.

MIGNOLO, Walter. Desobediência epistêmica: a opção decolonial e o significado de identidade em política. **Cadernos de Letras da Universidade Federal Fluminense (UFF) - Dossiê: Literatura, língua e identidade**, Rio de Janeiro, v.1, n.34, p.287-324, 2008b.

MIGNOLO, Walter. A colonialidade está longe de ter sido superada, logo, a decolonialidade deve prosseguir. In: MASP Afterall, 2, 2019, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: MASP Afterall, 2019.p.1-15.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, Técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MIRANDA, Sônia Maria Rezende C. Reflexões sobre Saúde. **Revista Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 02, n. 5, p.29-34, 2005.

MOROSINI, Marília Costa; FERNANDES, Cleoni Maria Barboza. Estado do Conhecimento: conceitos, finalidades e interlocuções. **Revista Educação Por Escrito**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 154-164, 2014.

MUNIZ, Suzana Pereira Lopes; Rodrigues, Olira Saraiva Rodrigues. Abordagem decolonial de leitura e a emancipação do leitor. **Revista Fórum Identidades**, Itabaiana-SE, v. 39, n. 1, p. 211–226, 2024.

NASCIMENTO, Ayrton Matheus da Silva; SANTANA, Pedro Abelardo de; Decolonialidade: contribuições para (re)pensar a história. **Revista de Ciências Humanas – CAETÉ**, Maceió – AL, v.2, n.3, p. 167-178, 2020.

NETO, João Colares da Mota. **Por uma pedagogia decolonial na América Latina**: reflexões em torno do pensamento de Paulo Freire e Orlando Fals Borda. Curitiba: CRV, 2016.

NEVES, Filipe Peixoto. A grande depressão americana: exposição dos discursos divergentes sobre a crise que abalou o século XX. **Revista Mundo Livre**, Campos dos Goytacazes, v. 6, n.2, p. 184-201, 2020.

NEZ, Egeslaine de; FRANCO, Maria Estela Dal Pai. A perspectiva interdisciplinar na Pós-Graduação *Stricto Sensu*: olhares sobre uma universidade estadual. **Revista Paidéia**, Belo Horizonte, v.11, n.16, p. 79-100, 2014.

NUNES, Ana Clara Carabarro. **Como era a saúde na Idade Média**. Recife: Even3 Publicações, 2024.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p.295-315.

NUNES, João Arriscado. **Epistemologias do Sul e descolonização da saúde**. 1 ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2023.

OLIVEIRA, André Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Revista Encontros Teológicos**, Florianópolis-SC, n.27, n.1, p.32-42, 2012.

OLIVEIRA, Elizabeth de Souza; LUCINI, Marizete. O Pensamento Decolonial: Conceitos para Pensar uma Prática de Pesquisa de Resistência. **Revista Boletim Historiar**, v.8, n.01, p.1-19, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufs.br/historiar/article/view/15456>

OLIVEIRA, Luiz Fernandes de; SILVA, Danielle Tudes Pereira; Os significados da perspectiva Modernidade/Colonialidade. **Revista Eletrônica Pesquiseduca**, Santos -SP, v.11, n.23, p.07-19, 2019.

OLIVEIRA, Ana Augusta Penteado de. **Por um olhar decolonial à saúde o modelo biomédico enquanto dispositivo biopolítico da colonialidade**. 2023. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2023.

OLIVEIRA, Jocirley de; OLIVEIRA; Thatiany Milhomem Timóteo de. A visão e conclusões de Paulo Freire sobre as concepções teóricas da aprendizagem. **Facit Business and Technology Journal**, Tocantins, v. 01, n.41, p.100-120, 2023.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Estratégia sobre Medicina Tradicional 2002-2005**. Genebra: OMS; 2006.

PÁDUA, Elisabete Matallo. Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática. 2. ed. São Paulo: Papirus, 1997.

PADUA FILHO, Wagner Cardoso; PADUA, Izabela Cury Cardoso de. Os impactos do capitalismo no modelo de gestão em saúde no Brasil. **Revista UNINGÁ**, Maringá -PR, v.18, n.3, p.62-65, 2014.

PAGE, Matthew J *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**. v.372, n.71 p.1-9, 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Cravalho; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil** [online], 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. As políticas de saúde e a conjuntura atual. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.15, n.16, p.8-15, 1985.

PAIM, Jairnilson *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **ACT Promoção da Saúde: Séries**, São Paulo, n.1, v.1, p.11-31, 2011.

PINHEIRO, Simone Bruschi. Atenção em saúde: Modelo biomédico e biopsicossocial, uma breve trajetória. **Revista Longevidade**, São Paulo, v.3, n. 9, p.33- 44, 2021.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. Tradução: Maria da Graça Figueiró da Silva Toledo. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

PONTES, Carlos Fidelis; REIS, José Roberto Franco; FONSECA, Cristina M. Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes? In: PONTE, Carlos Fidélis. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2005.

QUEIRÓS, César Augusto B. Grevistas e não grevistas: o operariado em Porto Alegre nas grandes greves da Primeira República (1917-1919). **Revista Politeia: História e Sociedade**, Vitória da Conquista, v. 13, n. 2, p. 229-253, 2013.

QUEIROZ, Neila Alves de; BARBOSA, Fernanda Elizabeth Sena; DUARTE, Wellington Bruno Araujo. Uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde por profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 33, n.1, p.1-22, 2023.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina**. Buenos Aires: CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales), 2005.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidad del poder y clasificación social. **Journal of world-systems research**, v. 11, n. 2, p. 342-386, 2000.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do Poder e Classificação Social. *In*: SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula. **Epistemologias do Sul**. CES & Almedina, Rio de Janeiro, 2009.

QUINTERO; Pablo, FIGUEIRO, Patricia; ELIZALDE, Paz Concha. Uma breve história dos estudos decoloniais. *In*: MASP Afterall, 2, 2019, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: MASP Afterall, 2019. p. 1-11.

RAMOS, Vanessa Vidal de Lima. **A medicina egípcia e a utilização de plantas medicinais: Uma revisão de literatura**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Biológicas), da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, 2021.

REGISTRO, Milena; ELIAS, Gabriel Pinheiro; SETI, Maria Eduarda Romanin. Reflexões sobre o modelo biomédico e suas implicações no campo da saúde coletiva., **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Juazeiro do Norte-Ceará, v.13, n.1, p.5061-5069, 2025.

REIS, José Roberto Franco. Vargas e a previdência: entre a dádiva e o direito. *In*: PONTE, Carlos Fidélis. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

REIS, Maurício de Novais; ANDRADE, Marcileia Freitas Ferraz de; O pensamento decolonial: análise, desafios e perspectivas. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá - Paraná v.17, n.202, p.1-11, 2018.

REZENDE, Joffre Marcondes de. Os Construtores da Moderna Medicina. *In*: **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina** [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009b, p. 181-200.

REZENDE, Joffre Marcondes de. A medicina na passagem do milênio. *In*: REZENDE, Joffre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina** [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009a, p. 281-295.

RIBEIRO, Manuela Amaral et al. Educação em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, Macapá - Amapá – Brasil, v.6, n. 6, p.1812-1823, 2024.

ROMERO, Luiz Carlos. **O sistema único de saúde – um capítulo à parte**. Textos para Discussão (Estudos legislativos), Brasília [DF]: Senado Federal, volume V, 2013.

ROSEMBERG, Ana Margarida Furtado Arruda. Breve História da Saúde Pública no Brasil. *In*: ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo (Orgs). **Epidemiologia & Saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro: MedBool, 2018. p. 1-8.

ROSSATO, Ermelio. Relações entre sociedade e cultura: uma perspectiva filosófica. *In*: Souza, Antonio Escandiel de. **Educação, Sociedade e Cultura: Reflexões interdisciplinares**. 1 ed. Curitiba –PR: CRV, 2011.

RUBBO, Deni Alfaro. Aníbal Quijano em seu labirinto: metamorfoses teóricas e utopias políticas. **Revista: Sociologias**, Porto Alegre, v.1, n. 52, p. 240-269, 2019.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A gramática do tempo**: Para uma nova cultura política. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. Tradução Mouzar Benedito. São Paulo: Boitempo, 2007.

SANTOS, Boaventura de Sousa (Org). **Reconhecer para libertar**: Os caminhos do cosmopolitismo cultural. Porto: Afrontamento, 2004.

SANTOS, Kennedy Maia dos; MAIA, Raquel da Rocha Paiva; FAGUNDES, Williane Tibúrcio. A saúde como direito: evolução das políticas de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Direito Social - RBDS**, Belo horizonte, v. 5, n. 1, p. 26-37, 2022.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 6. Ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, Vívian Matias dos. Notas desobedientes: decolonialidade e a contribuição para a crítica feminista à ciência. **Psicologia & Sociedade**, Pernambuco -RE, v.30, n.1, e200112, p. 1-11, 2018.

SANVITO, Wilson Luiz; RASSLAN, Zied. Os paradoxos da medicina contemporânea. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo-SP, n.58, v.6, p. 634-635, 2012.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro -RJ, n.17, v.1, p. 29-41, 2007.

SEVALHO, Gil. A colonização do saber epidemiológico: uma leitura decolonial da contemporaneidade da pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 11, p. 5629–5638, nov. 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212611.10442021.

SILVA, Ellen Ferreira Almeida da; ARAUJO, Suyane Sena. Colonialidade e modernidade: um complexo legado na integração da América Latina. **Cadernos Miroslav Milovic**, Porto de Galinhas -PE, v. 1, n. 1, p. 41-46, 2023.

SILVA, Luiz Etevaldo. O sentido e o significado sociológico de emancipação. **Revista e Currículum**, São Paulo, n.11, v.03, p. 751-765, 2013.

SILVA, João Felipe Tinto *et al.* Os desafios para a implementação das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde. **Revista de Casos e Consultoria**, Lagoa Nova, Natal-RN, v. 12, n. 1, p.1-14, 2021.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho de *et al.* Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.28, v.11, p.2143–2154, 2012.

SOUSA, Islândia Carvalho; GUIMARÃES, Maria Beatriz; PEREZ, Daniel F. Gallego. **Experiências e reflexões sobre medicinas tradicionais, complementares e integrativas em sistemas de saúde nas Américas**. Recife: Fiocruz-PE, 2021. 192 p.

SOUSA JUNIOR, Francisco de Assis Lima de. Meio Material: Um paradigma Mecanicista. **Revista História da Ciência e Ensino**, São Paulo – SP, v. 22, n.1, p. 86-100, 2020.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v.8, n.1, p.102-106, 2010.

SOUZA, Marcos Felipe Alonso de. O modelo biomédico de medicina como discurso de poder à luz do conceito de biopolítica em Foucault. In: XIV ENFOC: Encontro de Iniciação Científica e XIII Fórum Científico e V Seminário PIBID: Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência, 2019, Curitiba. **Anais [...]** Curitiba (PR): UNINTER, 2019, p.1-21.

SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto de. Os movimentos sociais e sua participação na criação e desenvolvimento do SUS no Brasil. **Revista de Movimentos Sociais e Conflitos**, Curitiba-PR, v.2, n.2, p.98-126, 2016.

SPGG, Secretaria de Planejamento Governança e Gestão do Rio Grande do Sul. **Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul**. 6. Ed. Porto Alegre: Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Departamento de Planejamento Governamental, 2021.

SUESS, Rodrigo Capelle; SILVA, Alcinéia de Souza. A perspectiva decolonial e a (re)leitura dos conceitos geográficos no ensino de geografia. **Revista Geografia Ensino & Pesquisa**, Santa Maria-RS, v. 23, n.7, p. 1-36, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/geografia/article/view/35469/pdf>>. Acesso em: 18 de setembro de 2022.

TAVARES, Fátima Regina Gomes. Legitimidade terapêutica no Brasil contemporâneo: as terapias alternativas no âmbito do saber psicológico. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 83-104, 2003.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islandia Maria Carvalho de; NASCIMENTO, Marilene Cabral do; Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Revista Saúde & Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 174-188, 2018.

TONET, Ivo. **Educação, cidadania e emancipação humana**. Ijuí: Unijuí, 2005.

TONIAL, Felipe Augusto Leques; MAHEIRIE, Kátia; GARCIA JR, Carlos Alberto Severo. A resistência à colonialidade: definições e fronteiras. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v.16, n.1, p.18-26.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VERAS, Renato COSTA, Maria Fernanda Lima. Epidemiologia do Envelhecimento. In: ALMEIDA FILHO, Naomar de; BARRETO, Mauricio. **Epidemiologia e Saúde**: Fundamentos, Métodos, Aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

WALSH, Catherine. Interculturalidade crítica e pedagogia decolonial: in-surgir, re-existir e re-viver. In: CANDAU, V. M. (org.). **Educação intercultural na América Latina**: entre concepções, tensões e propostas. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009. p.12-43.

WHO, World Health Organization. **Constitution of the world Health Organization**. New York: WHO, 1946.

WICKERT, Daiana Cristina *et al.* Práticas integrativas e complementares, perfil e cuidados de enfermeiras(os) às pessoas com hipertensão: estudo misto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto – SP, v.31, n. 1 (e3916), p. 1-14, 2023.

YUAN, Haidan *et al.* The Traditional Medicine and Modern Medicine from Natural Products. **Journal Molecules**, Basileia, Suíça, v.21, n.5 (559), p.1-18. 2016.

ZANCHI, Marco Túlio; ZUGNO, Paulo Luiz. **Sociologia da Saúde**. 2 ed. Caxias do Sul-RS: Educs, 2010.

ZEIFERT, Anna Paula Bagetti; AGNOLETTTO, Vitória. O pensamento decolonial e a teoria crítica dos direitos humanos: saberes e dignidade nas sociedades latino-americanas. **Revista Húmus**, São Luís – MA, v. 9, n. 26, p.197- 218, 2019. Disponível em: <<http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahumus/article/view/12077/6801>>. Acesso em: 01 julho de 2022.



APÊNDICES

APÊNDICE A - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA COREDE ALTO JACUÍ -RS



**GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL**



CONSELHO REGIONAL DE DESENVOLVIMENTO ALTO JACUÍ

Eu, R.L.V. Presidente do Conselho Regional de Desenvolvimento – COREDE Alto Jacuí, autorizo a realização da pesquisa científica intitulada: **“AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) COMO CUIDADO EMANCIPADOR CONTEMPORÂNEO: UM ESTUDO EM PAÍSES LATINO-AMERICANOS”**, a ser realizada nos municípios integrantes do COREDE Alto Jacuí. A pesquisa constituirá na Tese de Doutorado da aluna Camila Kuhn Vieira, matriculada no Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social - PPGPSDS da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ, a qual está sob orientação da Prof.^a Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces, Docente Titular II do referido PPG.

R.L.V.

Presidente do COREDE Alto Jacuí⁷

⁷ Carta original com assinatura do presidente do COREDE Alto Jacuí em posse da pesquisadora, seguindo as normas de confidencialidade da pesquisa.

**APÊNDICE B – CARTAS DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA: MUNICÍPIOS DA
REGIÃO COREDE ALTO JACUÍ**



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO CADEADO**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Eu, **V.S.R.J.**, Secretário Municipal de Saúde de Boa Vista do Cadeado-RS, autorizo a realização da pesquisa científica intitulada: **“AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) COMO CUIDADO EMANCIPADOR CONTEMPORÂNEO: UM ESTUDO EM PAÍSES LATINO-AMERICANOS”**, a ser realizada nos municípios integrantes do COREDE Alto Jacuí. A pesquisa constituirá na Tese de Doutorado da aluna Camila Kuhn Vieira, matriculada no Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social - PPGPSDS da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ, a qual está sob orientação da Prof.^a Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces, Docente Titular II do referido PPG.

V.S.R.J.

Secretário Municipal de Saúde⁸

⁸ Carta original com assinatura do Secretário Municipal de Saúde em posse pesquisadora, seguindo as normas de confidencialidade da pesquisa.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO INCRA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Eu, **S.O.B.**, Secretária Municipal de Saúde de Boa Vista do Incra-RS, autorizo a realização da pesquisa científica intitulada: **“AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) COMO CUIDADO EMANCIPADOR CONTEMPORÂNEO: UM ESTUDO EM PAÍSES LATINO-AMERICANOS”**, a ser realizada nos municípios integrantes do COREDE Alto Jacuí. A pesquisa constituirá na Tese de Doutorado da aluna Camila Kuhn Vieira, matriculada no Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social - PPGPSDS da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ, a qual está sob orientação da Prof.^a Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces, Docente Titular II do referido PPG.

S.O.B.

Secretária Municipal de Saúde⁹

⁹ Carta original com assinatura da Secretária Municipal de Saúde em posse pesquisadora, seguindo as normas de confidencialidade da pesquisa.



STADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Eu, **F. B.**, Secretária adjunta Municipal de Saúde de Colorado-RS, autorizo a realização da pesquisa científica intitulada: **“AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) COMO CUIDADO EMANCIPADOR CONTEMPORÂNEO: UM ESTUDO EM PAÍSES LATINO-AMERICANOS”**, a ser realizada nos municípios integrantes do COREDE Alto Jacuí. A pesquisa constituirá na Tese de Doutorado da aluna Camila Kuhn Vieira, matriculada no Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social - PPGPSDS da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ, a qual está sob orientação da Prof.^a Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces, Docente Titular II do referido PPG.

F.B.

Secretária Adjunta Municipal de Saúde¹⁰

¹⁰ Carta original com assinatura da Secretária Municipal de Saúde em posse pesquisadora, seguindo as normas de confidencialidade da pesquisa.



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ ALTA**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Eu, **D.M.C.B.W.**, Secretária Municipal de Saúde de Cruz Alta-RS, autorizo a realização da pesquisa científica intitulada: **“AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) COMO CUIDADO EMANCIPADOR CONTEMPORÂNEO: UM ESTUDO EM PAÍSES LATINO-AMERICANOS”**, a ser realizada nos municípios integrantes do COREDE Alto Jacuí. A pesquisa constituirá na Tese de Doutorado da aluna Camila Kuhn Vieira, matriculada no Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social - PPGPSDS da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ, a qual está sob orientação da Prof.^a Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces, Docente Titular II do referido PPG.

D.M.C.B.W.

Secretária Municipal de Saúde¹¹

¹¹ Carta original com assinatura da Secretária Municipal de Saúde em posse pesquisadora, seguindo as normas de confidencialidade da pesquisa.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SALDANHA MARINHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Eu, A.D., Secretário Municipal de Saúde de Saldanha Marinho -RS, autorizo a realização da pesquisa científica intitulada: **“AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) COMO CUIDADO EMANCIPADOR CONTEMPORÂNEO: UM ESTUDO EM PAÍSES LATINO-AMERICANOS”**, a ser realizada nos municípios integrantes do COREDE Alto Jacuí. A pesquisa constituirá na Tese de Doutorado da aluna Camila Kuhn Vieira, matriculada no Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social - PPGPSDS da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ, a qual está sob orientação da Prof.^a Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces, Docente Titular II do referido PPG.

A.D.

Secretário Municipal de Saúde¹²

¹² Carta original com assinatura do Secretário Municipal de Saúde em posse pesquisadora, seguindo as normas de confidencialidade da pesquisa.



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SELBACH**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Eu, **N.T.H.**, Secretária Municipal de Saúde de Selbach -RS, autorizo a realização da pesquisa científica intitulada: **“AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) COMO CUIDADO EMANCIPADOR CONTEMPORÂNEO: UM ESTUDO EM PAÍSES LATINO-AMERICANOS”**, a ser realizada nos municípios integrantes do COREDE Alto Jacuí. A pesquisa constituirá na Tese de Doutorado da aluna Camila Kuhn Vieira, matriculada no Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social - PPGPSDS da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ, a qual está sob orientação da Prof.^a Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces, Docente Titular II do referido PPG.

N.T.H.

Secretária Municipal de Saúde¹³

¹³ Carta original com assinatura da Secretária Municipal de Saúde em posse pesquisadora, seguindo as normas de confidencialidade da pesquisa.

APÊNDICE C -INSTRUMENTO DE PESQUISA

IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE DO MUNICÍPIO SETOR SAÚDE

NOME:

1. Sexo:

☐ 1. Feminino

☐ 2. Masculino

2. Qual a sua data de nascimento?

____/____/____ Idade: ____anos completos

3. Profissão atual? Tempo de profissão neste Cargo?

4. Qual o município de atuação profissional?

5. Qual o número total de ESF e UBS que o município oferta?

*Você aplica alguma das PICS no local de trabalho?

* Qual a formação e se houver especialização da aplicadora das PICS?

CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DIANTE DAS PICS

6. A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?

() Sim. Que ano começou a ofertar as PICS? _____

() Não. Por quê? _____

7. Em quantas destas Unidades de Saúde é disponibiliza as PICS? E, qual o turno de realização? Há um horário específico para o atendimento com as PICS?

8. Onde são realizadas as PICS? (salas específicas, em grupos...)

9. Para realizar as PICS na(s) unidade(s) tem algum tipo de prioridade para disponibilizar a terapia (exemplo: Faixa etária, tipo de doença/condição de saúde...)?

10. Quais serviços de práticas integrativas e complementares são oferecidos?

() Apiterapia,

() Aromaterapia,

() Arteterapia,

() Ayurveda,

() Biodança,

() Bioenergética,

() Constelação familiar,

() Cromoterapia,

() Dança Circular,

() Geoterapia,

() Hipnoterapia,

() Homeopatia,

() Imposição de mãos,

() Medicina Antroposófica,

() Medicina Tradicional Chinesa / () Acupuntura / () Auriculoterapia / () Ventosaterapia / () Moxabustão / () Práticas corporais e mentais / () dietoterapia chinesa.

- () Meditação,
() Musicoterapia,
() Naturopatia,
() Osteopatia,
() Ozonioterapia,
() Plantas Medicinais e Fitoterapia,
() Quiropraxia,
() Reflexoterapia,
() Reiki,
() Shantala,
() Terapia Comunitária Integrativa,
() Terapia de Florais.
() Termalismo Social/Crenoterapia,
() Yoga

11. Quantos profissionais estão habilitados para realizar as PICS. E, qual é a formação de cada um deles?

12. A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe?

- () Sim;
() Não. Por quê? _____

13. Quais foram/são as dificuldades encontradas na implementação das PICS no município? E, os principais desafios de atuação com as Pics no SUS?

14. Quais os aspectos positivos da inserção das Pics no SUS?

15. A unidade (ESF) está inserida em alguma rede do Estado para incentivar as PICS (Rede bem cuidar, dentre outras)?

16. Dentre os encaminhamentos para realização das PICS, quais a(s) principal(is) queixa(s) do paciente?

17. Baseado nas queixas, qual a principal prática (PICS) ofertado no serviço?

18. Quantos atendimentos direcionada as PICS são realizados por mês no serviço?

19. Os espaços para as práticas são adequados? E quanto às condições de infraestrutura?

20. Os materiais a serem utilizados nas Pics são ofertados pelo serviço?
21. Existe um prontuário para cada usuário de Pics?
22. Existem instrumentos de registro e acompanhamento?
23. Qual a percepção das mudanças (de comportamentos, estilos de vida, efeitos terapêuticos) relatadas pelos usuários, bem como percebidas por você?
24. Na sua opinião, as Pics são valorizadas no serviço do mesmo modo que as práticas biomédicas?
25. Que outros elementos não foram tocados nesta entrevista, mas que você considera relevantes a esta pesquisa e gostaria de comentar?

APÊNDICE D – CARTA DE VALIDAÇÃO



CARTA DE APRESENTAÇÃO/ VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

Prezado Senhor (a)

Ao cumprimenta-lo cordialmente, vimos por meio desta solicitar a validação do instrumento realizado pela pesquisadora Camila Kuhn Vieira ao Projeto de Pesquisa intitulado **“AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) COMO CUIDADO EMANCIPADOR CONTEMPORÂNEO: UM ESTUDO EM PAÍSES LATINO-AMERICANOS”**. A pesquisa constituirá na Tese de Doutorado da aluna Camila Kuhn Vieira, matriculada no Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social - PPGPSDS da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ, a qual está sob orientação da Prof.^a Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces, Docente Titular II do referido PPG.

Objetivo geral: Analisar as práticas integrativas e complementares em saúde nas políticas públicas e sua constituição na Atenção Básica de Saúde como prática do cuidado emancipador contemporâneo nos municípios que integram a região do COREDE Alto Jacuí do Estado do Rio Grande do Sul.

Salientamos que esse estudo se trata de uma pesquisa de cunho estritamente científicos no qual será garantido o anonimato dos pesquisados e o sigilo dos dados coletados. Contando com sua colaboração agradecemos.

Assinaturas três docentes:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maria Aparecida Santana Camargo'.

Maria Aparecida Santana Camargo

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Vaneza Cauduro Peranzoni'.

Vaneza Cauduro Peranzoni

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tiago Anderson Brutti'.

Tiago Anderson Brutti

Autorizado em: 30/11/2022



APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO: As práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) como cuidado emancipador contemporâneo: um estudo em países latino-americanos

A (O) Sra.(o) está sendo(o) convidada(o) a participar de uma pesquisa que tem por **objetivo geral:** Analisar as práticas integrativas e complementares em saúde nas políticas públicas e sua constituição na Atenção Básica de Saúde como prática do cuidado emancipador contemporâneo nos municípios que integram a região do COREDE Alto Jacuí do Estado do Rio Grande do Sul.

Ao participar deste estudo o(a) Senhor(a) permitirá que a pesquisadora obtenha dados para o seu Projeto de Pesquisa, a qual trará como **benefícios:** contribuir para analisar a constituição das PICS, como políticas públicas do cuidado na rede de Atenção Básica do SUS, o que fornecerá subsídios para ampliação (implementação e/ou fortalecimento) das práticas de saúde integrativas e complementares em outros municípios do Brasil, bem como em outros países. Outro benefício será o retorno dos resultados da pesquisa por intermédio de um relatório aos municípios do COREDE Alto Jacuí que participam do presente estudo. Neste momento, também as secretarias municipais serão convidadas ao um encontro único para o pesquisador expor de forma clara o relatório da pesquisa, com o proposto de refletir e dialogar os principais achados do estudo, indicando algumas sugestões de estratégias de implementação ou fortalecimento das PICS. Por fim, será entregue o artigo científico à Secretaria Municipal de Saúde dos 2 municípios e disponibilizado em Plataforma científica de dados, no intuito de ampliar conhecimentos na comunidade acadêmica.

Todas as informações e os resultados deste estudo serão guardados sob sigilo, resguardando seu anonimato, assim como a ética profissional exige. Não haverá despesas pessoais para a (o) Sra.(o) e, também não haverá compensações financeiras relacionadas à sua participação. Os dados serão utilizados somente para fins científicos e após o término do estudo serão desprezados.

Esta pesquisa poderá ter como riscos: os integrantes/participantes desta pesquisa poderão lembrar situações que lhes causaram quaisquer experiências desconfortáveis e/ou algum tipo de constrangimento de ordem administrativa (gestão) municipal. Desta forma, o participante poderá se recusar em participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo a mesma. No entanto, caso opte por participar, mas sinta-se constrangido com algum questionamento específico, poderá optar por não responder à questão. Contudo, no intuito de evitar/diminuir

constrangimentos ao convidado da pesquisa, será assegurado à confidencialidade e sigilo, mediante ao termo de Confidencialidade, caso o participante ainda permaneça com desconforto, o mesmo avisará a pesquisadora, no qual a mesma entrará em contato imediatamente ao participante via telefone e/ou vídeochamada, se necessário ainda, o participante poderá ser atendido por uma profissional psicóloga de forma online, em horário que achar mais oportuno, sem compensação financeira para o participante.

O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado com diversos professores habilitados para regular, analisar e fiscalizar a realização de todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos no âmbito da UNICRUZ, seguindo as propostas de diretrizes éticas. O Comitê de Ética em Pesquisa foi criado para defender os interesses dos participantes de pesquisa em sua integralidade e dignidade, além de contribuir no desenvolvimento de pesquisa dentro de um padrão ético.

Serão respeitados os rigores éticos constantes da Resolução nº 466/12 e Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que estabelecem diretrizes e normas regulamentadoras para a pesquisa com Seres Humanos. Será garantida a livre participação e possibilidade de interromper esta participação em qualquer momento.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas. Destaco, que ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e de remuneração e que, a qualquer momento, posso desistir.

Cruz Alta, ____ de _____ de 2025.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Assinatura do Participante da Pesquisa: _____

Coordenadores da Pesquisa: Camila Kuhn Vieira (doutoranda) e Solange Beatriz Billig Garces (orientadora). Fone: (55) 33211500 e (54) 996810377. E-mail: camilakuhn1994@hotmail.com e sgarces@unicruz.edu.br

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNICRUZ

Campus Universitário Ulysses Guimarães, Prédio 4, Sala 103. Horário de atendimento: Segunda-feira das 8h às 11h30min e das 14h às 17h30min; Quarta-feira das 8h às 11h30min e das 14h às 17h30min; Sexta-feira das 8h às 11h30min e das 14h às 17h30min. Fone: (55) 3321 1618. E-mail: cep@unicruz.edu.br



APÊNDICE F - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

TÍTULO: As práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) como cuidado emancipador contemporâneo: um estudo em países latino-americanos

Pesquisador responsável: Camila Kuhn Vieira

Orientadora: Pof. Dr^a. Solange Beatriz Billig Garces

Instituição/Departamento: Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social da Universidade de Cruz Alta/UNICRUZ

Telefone para contato: (54) 9 9681-0377

A pesquisadora do presente projeto e seu respectivo orientador se comprometem em preservar a privacidade dos participantes envolvidos, cujos dados serão coletados por meio de instrumentos específicos (questionário) sobre as PICS nos municípios da região COREDE do Alto Jacuí, sendo prevista para realizar as coletas após a aprovação do CEP/UNICRUZ em 2023.

Estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e somente poderão ser divulgados de forma anônima, sendo mantidos em um armário confidencial de uso exclusivo do pesquisador responsável, por um período de cinco anos, após este período, os dados serão descartados.

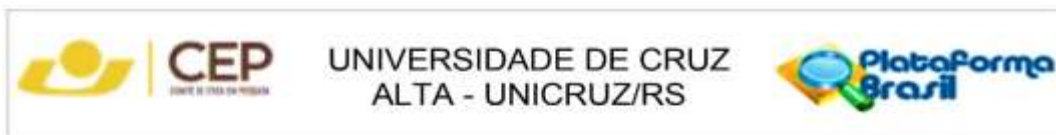
Cruz Alta/RS,.....de..... de 2025.

APÊNDICE G - Matriz de análise

Objetivos	Categorias	Indicadores	Questões
-Resgatar a historiografia das ciências biomédicas no mundo e no Brasil a partir do processo saúde e doença, analisando sua concepção unívoca de cuidado por meio da colonização do conhecimento.	- História da medicina a partir do processo saúde e doença. - A colonização do conhecimento e a hegemonia da ciência biomédica.	- História do processo saúde no mundo e Brasil - Saúde unívoca - Saber biomédico	- Análise bibliográfica
- Refletir sobre as epistemologias alternativas que conduzem ao conhecimento decolonial na área da saúde das populações do sul do Brasil, identificando aspectos da constituição e aplicação destas abordagens que podem contribuir para práticas socioculturais emancipatórias no enfrentamento das desigualdades em saúde.	- Epistemologias descoloniais e emancipação da população a partir do reconhecimento dos seus saberes	- Ecologia de Saberes - Descolonização	- Análise bibliográfica
Averiguar a implementação das PICS, como políticas públicas do cuidado na rede de Atenção Básica do SUS (Brasil), em municípios de pequeno e médio porte do RS, com foco na sua articulação com as necessidades de saúde locais e na promoção da saúde.	O funcionamento dos serviços das terapias alternativas visto prática local da Atenção Básica Dificuldades locais para implantação e reconhecimento das PICS na Atenção Básica	- Cuidado emancipador - PICS - Política pública - Prática - Dificuldades - Reconhecimento - Gestores - Profissionais - Capacitações	n. 5 a 17

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa/ UNICRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) COMO CUIDADO EMANCIPADOR CONTEMPORÂNEO: UM ESTUDO EM PAÍSES LATINO-AMERICANOS

Pesquisador: CAMILA KUHN VIEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67444022.2.0000.5322

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.943.956

Apresentação do Projeto:

Vide parecer 5.927.296

Objetivo da Pesquisa:

Vide parecer 5.927.296

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide parecer 5.927.296

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide parecer 5.927.296

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide parecer 5.927.296

Recomendações:

Vide parecer 5.927.296

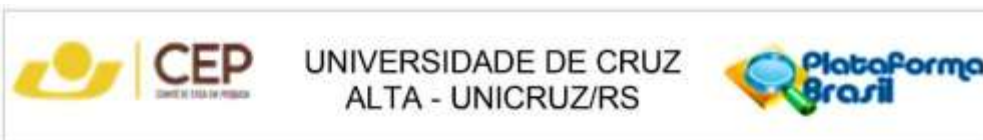
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas, projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Todas as pendências foram atendidas, projeto aprovado.

Endereço: Rodovia Municipal Jacob Della Mèa, Km 5,6, Distrito Parada Benito, Prédio 4, Sala 103, Campus Dr. Ulisses
Bairro: Centro **CEP:** 98.005-972
UF: RS **Município:** CRUZ ALTA
Telefone: (55)3321-2618 **E-mail:** cep@unicruz.edu.br



Continuação do Parecer: 5.943.956

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2059891.pdf	13/03/2023 17:24:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto dois municípios ajustado.docx	13/03/2023 17:24:06	CAMILA KUHN VIEIRA	Aceito
Outros	SMSCRUZALTA.pdf	23/12/2022 16:40:08	CAMILA KUHN VIEIRA	Aceito
Outros	SMSCOLORADO.pdf	23/12/2022 16:39:14	CAMILA KUHN VIEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/12/2022 16:35:18	CAMILA KUHN VIEIRA	Aceito
Outros	CARTAAUTORIZA.pdf	30/11/2022 21:31:35	CAMILA KUHN VIEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	30/11/2022 21:25:41	CAMILA KUHN VIEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRUZ ALTA, 14 de Março de 2023

Assinado por:
ISADORA WAYHS CADORE VIRGOLIN
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia Municipal Jacob Della Mèa, Km 5,6, Distrito Parada Benito, Prédio 4, Sala 103, Campus Dr. Ulisses
Bairro: Centro **CEP:** 98.005-972
UF: RS **Município:** CRUZ ALTA
Telefone: (55)3321-2618 **E-mail:** cep@unicruz.edu.br



CAPOTERAPIA ADAPTADA PARA PESSOA IDOSA: UMA PROPOSTA DE PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR

Capotherapy adapted for the elderly: a proposal for an integrative and complementary practice

Camila Kuhn Vieira¹
Pierre José Ramos²
Adriana da Silva Silveira³
Solange Beatriz Billig Garces⁴

RESUMO

O envelhecimento populacional é algo inevitável e um fenômeno mundial. As entidades públicas devem se adaptar para essa nova demanda populacional, principalmente no que se refere na qualidade de vida da população idosa. Nesta perspectiva, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) vêm para atuar como forma facilitadora para a população idosa, mantendo ou restabelecendo a funcionalidade e participação social da pessoa idosa na sociedade. A capoterapia adaptada para a pessoa idosa é uma terapia com diversos benefícios no que se refere à qualidade de vida da pessoa idosa, no entanto, essa terapia não consta ainda na Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares, mas em algumas cidades brasileiras já reconhecem essa terapia em nível municipal.

ABSTRACT

Population aging is inevitable and a worldwide phenomenon. Public entities must adapt to this new population demand, especially with regard to the quality of life of the elderly population. In this perspective, the Integrative and Complementary Health Practices (PICS) come to act as a facilitator for the elderly population, maintaining or restoring the functionality and social participation of the elderly person in society. Capotherapy adapted for the elderly is a therapy with several benefits regarding the quality of life of the elderly, however, this therapy is not yet included in the National Policy of Integrative and Complementary Practices, but in some Brazilian cities they already recognize this therapy at the municipal level.

Palavras-chave: Práticas integrativas e complementares. Capoterapia. Pessoa idosa. Envelhecimento.

Keywords: Integrative and complementary practices. Capotherapy. Elderly. Aging.

¹ Doutoranda em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social Unicruz, RS, Brasil. E-mail: Camilakuhn1994@hotmail.com.. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6303-4318>

² Discente em Educação Física Unicruz, Rs, Brasil. E-mail: belujax@gmail.com

³ Doutoranda em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social Unicruz, RS, Brasil. E-mail: adri01rp@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1609-9669>

⁴ Docente do PPG em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social, Unicruz, Rs, Brasil. E-mail: sgarces@unicruz.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6032-3317>



1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui uma conquista fundamental e, ao mesmo tempo, impõe inúmeros desafios para as famílias, os gestores públicos e a sociedade civil no sentido de desenvolverem, em parceria, ações efetivas de promoção de saúde que priorizem a prevenção de doenças, o controle das condições de cronicidade e a manutenção da autonomia, assegurando melhor saúde e qualidade de vida, garantindo que a maioria das pessoas idosas alcance um envelhecimento saudável (ALCÂNTARA, 2016).

Contudo, este estudo tem como objetivo analisar os benefícios da Capoterapia (Capoeira adaptada) para pessoas idosas e discutir essa terapia como proposta de integrá-la a Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa e bibliográfica oriunda do Grupo Interdisciplinar de Estudos do Envelhecimento Humano (GIEEH) e do Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social da Universidade de Cruz Alta-UNICRUZ, juntamente com o Curso de Educação Física.

Para Chizzotti (2013) a pesquisa qualitativa implica em uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis com uma atenção sensível.

Segundo Gil (2002) a pesquisa bibliográfica é baseada em material pronto, tendo como fontes principais livros e artigos científicos. A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Para Fonseca (2002) qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é algo inevitável e natural e tornou-se um fenômeno mundial devido a redução da natalidade e aumento da longevidade da população. Silva *et al.* (2013, p. 259) ressalta que:

O envelhecimento populacional em nível mundial é atribuído aos avanços da medicina, ao aumento da expectativa de vida e à diminuição da taxa de natalidade. No entanto, tem ocorrido de forma acentuada em países em desenvolvimento, como no Brasil, que, desde 1960, apresenta crescimento nas taxas de envelhecimento populacional em consequência da queda na taxa de fecundidade dos casais e aumento da expectativa de vida.



O envelhecimento populacional é influenciado por vários fatores, tais como: a queda da natalidade e mortalidade, a urbanização, a modernização, a feminização da velhice, dentre outros (CAMARANO, 2014; SIMÕES, 2016). Relacionado com a feminização na velhice, “[...] as mulheres representam 56% da população brasileira com 60 anos ou mais. As estimativas do IBGE são de que as mulheres vivem, em média, quase sete anos a mais que os homens” (LINS; ANDRADE, 2018, p. 440/441). Conforme mostra na figura abaixo.

Figura 1 – Distribuição da população por sexo e grupo de idade - 2017



Fonte: IBGE, 2018.

Assim, o governo brasileiro necessita se preparar para atender essa demanda populacional, principalmente nos setores de saúde, previdenciários, segurança pública, assistência social, habitação e lazer (ALCÂNTARA, 2016). Nesta perspectiva, as práticas integrativas e complementares podem atuar de forma facilitadora para a população idosa, principalmente no que se refere a manter ou restabelecer a qualidade de vida (funcionalidade, autonomia, independência) da pessoa idosa.

3.2 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

As PICS são recursos terapêuticos, baseados em conhecimentos tradicionais, que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde. Elas complementam as terapias convencionais, ajudando a restaurar o equilíbrio físico, mental, emocional e espiritual dos indivíduos. Seu uso pode prevenir diversas doenças “como, por exemplo, depressão e hipertensão e em alguns casos, também podem ser usadas como tratamentos paliativos em algumas doenças crônicas” (CAVALINI JÚNIOR; SOUZA, 2022, p. 03).



A Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o Departamento de Medicina Tradicional em 1972 a fim de estimular os países membros para a utilização de técnicas de tratamentos naturais seguras e custo-efetivas a partir da observação dos resultados positivos de países que aderiam ao sistema de medicinas tradicionais, complementares e alternativas (CAVALINI JÚNIOR; SOUZA, 2022).

Os debates sobre as PICS iniciaram no Brasil na década de 1980, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Em 3 de maio de 2006 o Ministério da Saúde aprovou, através da Portaria GM/MS nº 971, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) com o objetivo de implementar essas práticas na rede de saúde pública do país. Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferta, de forma integral e gratuita, vinte e nove modalidades de PICS à população e tornou-se uma referência mundial em PICS na Atenção Primária à Saúde (APS) e os atendimentos começam nesta principal porta de entrada (CAVALINI JÚNIOR; SOUZA, 2022).

A Portaria nº 971 disponibilizou para a população os serviços e as práticas de Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia e Medicina Antroposófica. Em 2017 foram acrescidas 14 práticas à PNPIC: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia comunitária integrativa e Yoga. Recentemente, em 2018, foi lançada outra portaria que incluiu Aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais à PNPIC (ROCHA et al., 2018).

Para Cavalini Júnior e Souza (2022) os principais benefícios das PICS incluem a prevenção de doenças e aumento do bem-estar, redução da intensidade dos sintomas de doenças, potencialização dos resultados de outros tratamentos e contribuem para a redução do uso de medicamentos. As PICS possuem potencial de melhoria na qualidade de vida da pessoa idosa, sua utilização estimula o desenvolvimento de hábitos de vida saudável, a prevenção e tratamento de doenças, além de promover a participação ativa do indivíduo face à sua doença (SANTOS et al., 2018).

Com relevância política, técnica, econômica, social e cultural, as PICS contribuem para a superação do modelo de atenção biomédico, centrado na doença e fragmentado em especialidades médicas, propondo um cuidado holístico, contínuo e centrado na singularidade da pessoa (SANTOS et al., 2018).

Santos et al. (2018) salientam ainda, que medidas adequadas de promoção e prevenção de doenças, voltadas em específico para a população idosa, são imprescindíveis para a construção de um envelhecer saudável, bem como para a diminuição expressiva dos gastos com internações e com o uso excessivo de medicações.

Estes mesmos autores (SANTOS et al., 2018) realizaram um estudo com a participação de oito orientadores de práticas corporais aplicadas em unidades básicas de saúde no período entre janeiro a junho de 2017, sorteadas e vinculadas às seis Coordenadorias Regionais de



Saúde (CRS) da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo e destacam que os resultados das entrevistas apresentam que os principais desafios da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde estão relacionados à capacitação dos orientadores das práticas, às adequações de infraestrutura para a oferta das práticas, à maior divulgação nos meios de comunicação e, conseqüentemente, ao aumento da população idosa praticante. O principal avanço da PNPIC, segundo o estudo, refere-se à melhora da saúde e bem-estar de seus praticantes em relação ao autocuidado, a recuperação da saúde, o bem-estar e a promoção da qualidade de vida.

Neste mesmo estudo de Santos *et al.* (2018), que elaboraram essa pesquisa junto a Secretaria Municipal de Saúde do Estado de São Paulo, apontam para um aumento e expansão da procura por práticas integrativas e complementares.

Não é por necessidade de saúde que milhares de pessoas vêm procurando as Práticas como forma de recuperação da saúde. Afinal, temos o que há de mais moderno e avançado na medicina, tanto no SUS como no sistema privado. Não é por falta de procedimentos diagnósticos, médicos, medicamentos ou outros recursos que estamos resgatando o valor das medicinas tradicionais. É por vontade de afirmar uma identidade de cuidado oposta à prática de cuidado feita de forma muitas vezes desumana, que infelizmente prepondera entre nós. As PICS expressam o desejo de mostrar que é possível implementar outras práticas de saúde. O que move as pessoas envolvidas no projeto é, antes de tudo, o impulso de participar ativamente de um processo capaz de mostrar que são possíveis outras formas de aprender, praticar e cuidar da saúde, de si e dos outros (SANTOS *et al.*, 2018, p. 110).

Na continuidade do estudo, Santos *et al.* (2018), salientam que o movimento que trabalha pela ampliação das práticas integrativas e complementares na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo fundamenta-se na aspiração de abandonar a passividade, de deixar de ser um sujeito subjugado ao sistema dominante, hegemônico, para inventar novos espaços, pequenos que sejam, para a produção de uma prática alternativa de saúde.

Outro estudo direcionado ao uso das práticas integrativas e complementares foi realizado por Pinto *et al.* (2020) intitulado *Uso de Práticas Integrativas e Complementares por Profissionais e Usuários do Sistema Único de Saúde aplicado no município de Rondonópolis, Mato Grosso* com a participação de 115 pessoas idosas, o qual obteve como resultado a prevalência de uso de PICS na população estudada de 57,39% (n= 66), sendo mais elevada entre as mulheres (64,1%), aqueles com escolaridade de até oito anos (62,8%), que se autodeclararam de cor preta (66,6%), internados no último ano (66,6%), com plano de saúde (69,4%), que receberam visita domiciliar por ACS (63,5%) e que utilizaram medicamentos nos últimos 15 dias (60,8%). As plantas medicinais foram apontadas como a principal prática integrativa e complementar utilizada entre as pessoas idosas entrevistadas.

3.3 A Capoeira Adaptada (Capoterapia) para Pessoas Idosas

A população idosa está em crescente aumento em nosso país, devido a melhores condições de saúde e sanitária da população. As pessoas idosas são consideradas, atualmente, um contingente populacional expressivos e de crescente importância em termos mundiais,



principalmente, no que se refere a políticas públicas e inserção ativa da pessoa idosa na sociedade (CLOSS; SCHWANKE, 2012).

Diante desse contexto, novas práticas vêm para somar no que se refere a saúde da pessoa idosa como um todo, se adequando as suas reais necessidades. Contudo, a capoeira adaptada, chamada de capoterapia, é considerada uma luta disfarçada em dança e, vem ganhando espaço em terapias com pessoas idosas devido as suas várias possibilidades de atuar na manutenção/prevenção da saúde, melhorando a funcionalidade e qualidade de vida da pessoa idosa (EUZÉBIO et al., 2019). Assim, a capoterapia “é uma nova atividade física que consiste em adaptar os movimentos corporais utilizados na capoeira, com base nos limites físicos do idoso, e que visa aumentar a flexibilidade, força de resistência e equilíbrio corporal” (VIEIRA; SILVA; RÊGO, 2022, p. 30).

A capoeira é uma atividade com diversos benefícios, principalmente para restaurar ou manter a capacidade funcional da pessoa idosa, pois trata-se de movimentos dinâmicos e adaptados; também essa terapia traz benefício para a saúde mental e psíquica da pessoa idosa (EUZÉBIO et al., 2019). Contudo dentro dos cinco sentidos (olfato, paladar, visão, audição e tato), ela proporciona uma melhora mais significativa quando explorada no equilíbrio com restrição visual, como ressalta o autor: “Sugere-se que em razão desse fato as voluntárias do GCa apresentaram melhores resultados na avaliação do equilíbrio com restrição visual” (EUZÉBIO et al., 2019, p. 522).

Assim, “aponta-se que, como uma atividade de socialização, o idoso que realiza a capoterapia apresenta melhora da coordenação motora, força muscular e autoestima e sofre a diminuição de sintomas depressivos” (RAIOL et al., 2020, p. 2), por reunir pessoas de todas as idades em um único momento de descontração e alegria, a capoeira traz, de certa forma, uma troca intergeracional, interage com todas as idades, por se tratar de uma atividade física que trabalha globalmente o corpo, assim essa terapia oferece uma gama de subsídios físicos e psicológicos, reduzindo doenças psíquicas (depressão, ansiedade, dentre outros) (RAIOL et al., 2020).

A capoterapia, proveniente da capoeira promove e fortalece laços de amizade entre seus praticantes, por outro lado, a eficácia de seus movimentos promove uma quebra de homeostase, forçando os músculos a se fortalecer, bem como, fazendo a manutenção do sistema cardiovascular reduzindo assim inflamações quando associadas à senescência, “[...] suma redução de dores ocasionadas pelo envelhecimento, além de uma constatação da criação de vínculos entre as participantes [...]” (ALMEIDA; ALCÂNTARA; QUEIROZ, 2021, p.1762).

A capoterapia originou-se a partir do projeto “Capoeira para todos” em 1998, sendo desenvolvido inicialmente nos bairros do Distrito Federal e idealizado pelo mestre em capoeira Gilvan Alves de Andrade. O objetivo do projeto era levar a capoeira, por meio de apresentações, para o maior número de pessoas e lugares. O projeto levou a arte para restaurantes, quadras residenciais, congressos, praças, escolas, entre outros, atingindo um público de 44 mil pessoas em um ano (SARDINHA et al., 2010).



A capoterapia é uma vertente da capoeira e utiliza alguns dos seus elementos em atividade física orientada para idosos. Sua musicalidade proporciona descontração e resgata a memória do folclore nacional. A atividade ressocializa o idoso, melhora a coordenação motora, a força muscular, a autoestima e diminui a depressão (SARDINHA *et al.*, 2010, p. 349).

A capoterapia enquadra-se como uma terapia alternativa integrativa que desenvolve o sistema cognitivo e motor que tem como base de inspiração os elementos lúdicos da musicalidade da Capoeira. Consequentemente, a capoterapia baseia-se na instrumentalidade percussiva, nos ritmos e linguagens cognitivas da sonoridade e gestualidade específica das manifestações artísticas e culturais e pode ser praticada por pessoas de quaisquer idades, sedentários, portadoras de necessidades especiais (PCD), e/ou quaisquer comorbidades (SARDINHA *et al.*, 2010).

Atualmente, essa terapia não consta na Política Nacional das Práticas Integrativas e complementares, no entanto, a capoterapia poderá compor as PICS de forma regulamentada, pois tramita na Câmara dos Deputados o projeto de Lei nº 2.646/2021, embora, algumas cidades brasileiras (Brasília/DF, Campinas/SP e Florianópolis/SC) já reconheceram a Capoterapia como PICS em nível municipal (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2021).

A capoterapia utiliza o lúdico da capoeira para auxiliar as pessoas idosas a romper as barreiras do sedentarismo, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dessa população, principalmente entre os que apresentam doenças cardiovasculares e respiratórias. Essa terapia atua ainda na prevenção de doenças como a arteriosclerose e a artrite, entre outras, podem ser evitadas, ou mesmo tratadas, a partir da prática orientada de exercícios físicos. A prática de esportes, com ênfase nos seus aspectos terapêuticos e de estímulo à prática socializante, tem se revelado como um poderoso instrumento para proporcionar o bem estar físico e espiritual e a própria felicidade às pessoas idosas, num momento tão particular de suas vidas, onde o convívio familiar lhes impõe, muitas vezes um certo isolamento natural (SARDINHA *et al.*, 2010).

Para compreender o significado da Capoterapia é muito importante conhecermos as suas raízes históricas, vinculada à capoeira. No período da colonização do Brasil pelos portugueses inicia-se o tráfico de escravos para a América. Os negros eram aprisionados na África, trazidos e vendidos aos fazendeiros que os submetiam ao trabalho na lavoura e em outros serviços braçais. O sistema escravagista condicionava os negros a relegar sua cultura a segundo plano devido a repressão de seus senhores e das instituições de poder (político e religioso) da época, que o considerava um animal de trabalho e sem alma. Porém, esta situação desumana a que foi submetido o negro, não foi suficiente para suplantir sua condição de ser humano com corpo e alma, marcados pelo sentimento de liberdade e não submissão, a capoeira nasce neste período, baseado em costumes e tradições africanas como a musicalidade, instrumentos musicais de percussão, movimentos físicos de ginga, golpes ofensivos e defensivos, cantos, palmas, desenvolvendo elementos de luta, diversão e preservação do legado cultural dos negros (SARDINHA *et al.*, 2010).



O universo da Capoterapia e a sua contribuição para o processo do envelhecimento é uma vertente importante de investigação com amplo potencial de expansão. Nas últimas décadas, o Brasil tem se deparado com uma combinação entre o declínio da fecundidade e a diminuição da mortalidade o que influenciou e influencia significativamente no crescimento da população idosa (ALVES *et al.*, 2007).

4 CONCLUSÃO

A capoterapia é uma terapia com diversos benefícios para a população idosa, principalmente no que se refere à manutenção da funcionalidade e participação da pessoa idosa na sociedade, no entanto, essa terapia ainda não integra a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde oferecidas pelo Sistema Único de Saúde mas, observando o potencial dessa prática para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas torna-se fundamental esse acréscimo na política pública brasileira.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Christian Raphael Fernandes; ALCÂNTARA, Julia Teixeira de; QUEIROZ, Terezinha Almeida. Práticas integrativas e complementares em saúde: utilização e eficácia para melhoria da vida do idoso. **Brazilian Journal of Development**, São José dos Pinhais, Paraná, Brasil, v. 7, n.1, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/22736>. Acessado em: 06 jun. 2023.
- ALVES, Luciana Correia *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.8, p. 1924-1930, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/v23n8/19.pdf>. Acessado em 05 jun.2023.
- AMADO, Daniel Miele *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. **Journal of Management & Primary Health Care**, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, v.8, n.2, p.290-308, 2018. Disponível em : <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/537>. Acessado em: 05 jun.2023.
- ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira. Da política nacional do idoso ao Estatuto do Idoso: a difícil construção de um sistema de garantias de direitos da pessoa idosa. In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia.; GIACOMIN, Karla Cristina (Orgs.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei nº 2.646/2021**. Brasília [DF], 2021.
- CAMARANO, Ana Amélia (Org.) **Novo Regime Demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: IPEA, 2014.
- CAVALINI JÚNIOR, João Erasmo Campos; SOUZA, João Paulo Silva de. **Cartilha sobre Práticas Integrativas e Complementares**. Ed. UFRGS: Porto Alegre, Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/sustentapics/wp-content/uploads/2022/06/cartilhaPICS.pdf>. Acessado em: 31 maio 2023.



CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

CLOSS, Vera Elizabeth; SCHWANKE, Carla Helena Augustin. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.443-458, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403838798006.pdf>. Acessado em 31 maio 2023.

EUZÉBIO, Karen Rodrigues *et al.* Avaliação do equilíbrio de idosas praticantes de diferentes modalidades esportivas. **Revista Pesquisa Em Fisioterapia**, Salvador, Bahia, Brasil, v.9, n.4, p.517-523, 2019. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/2587>. Acessado em: 31 maio 2023.

FONSECA, João Jose Saraiva. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. **Agência IBGE**. Editorial Estatísticas Sociais, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 01 jun. 2023.

LINS, Isabella Lourenço; ANDRADE, Luciana Vieira Rubim. A feminização da velhice: representação e silenciamento de demandas nos processos conferencistas de mulheres e pessoas idosas. **Revista mediações**, Londrina, v. 23, n. 3, p.436-465, 2018. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/34289>. Acessado em: 01 jun.2023.

PINTO, Grazielle Ferreira *et al.* Uso de práticas integrativas e complementares por idosos. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, Paraná, v.13, n.2, p. 275-282, 2010. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1118476/7563-outros-45039-1-10-20200612.pdf>. Acesso em 07 de jun. 2023.

RAIOL, Ianny Ferreira *et al.* Capoterapia como prática comunitária para o envelhecimento saudável. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Pelotas, Rio Grande do Sul, v.19, n.1, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243178>. Acesso em: 06 jun.2023.

SANTOS, Marília Silvia *et al.* Práticas integrativas e complementares: avanços e desafios para a promoção da saúde de idosos. **Revista Mineira de Enfermagem- REME**, Belo Horizonte, Minas Gerais, v.22, n.1, p. 1-5, 2018. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v22/1415-2762-reme-22-e1125.pdf>. Acesso em: 01 jun.2023.

SARDINHA, Samy Sousa *et al.* Capoterapia: elementos da capoeira na promoção do bem-estar do idoso. Relato de caso. **Revista Ciências & Saúde**, Campina Grande, Paraíba v.21, n.4, p. 349-354, 2010. Disponível em: <https://docplayer.com.br/6813010-Capoterapia-elementos-da-capoeira-na-promocao-do-bem-estar-do-idoso-relato-de-caso.html>. Acessado em: 07 jun.2023.



SILVA, Cintia de Carvalho *et al.* Principais Políticas sociais, nacionais e internacionais de direito do idoso. **Revista Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, v.18, n. 2, p. 257-274, 2013. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/issue/view/2079>. Acesso em: 01 jun.20203.

SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população.** (Estudos e análises. Informação demográfica e socioeconômica). Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

TELESI JUNIOR, Emilio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, p.99-112, 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ea/a/gRhPHsV58g3RrGgJYHJQVTn/>. Acesso em: 07 de jun de 2023.

VIEIRA, José Newton Lacet; SILVA, Flor de Maria Araújo Mendonça; RÊGO, Adriana Sousa. Efeito da capoterapia e da dança sênior na flexibilidade e qualidade de vida de idosas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, v.19, n.1, p. 29-36, 2022. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/8742>. Acesso em: 07 jun.2023.

XI SIMPÓSIO DE PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS

VI ENCONTRO DE EGRESSOS DO PPGPSDS
VII MOSTRA DE TRABALHOS EM PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS
IX ENCONTRO DE MOVIMENTOS SOCIAIS

27-29 NOVEMBRO DE 2024

A BIBLIOTERAPIA COMO ATO DO CUIDADO POR MEIO DA LEITURA: UMA PROPOSTA PARA AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Camila Kuhn Vieira¹

Adriana da Silva Silveira²

Solange Beatriz Billig Garces³

Resumo: A saúde trata-se, sim, de um bem-estar físico, psíquico e social. Com essa assertiva, a saúde contemporânea está atrelada com a medicina holística do cuidado por meio das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, partindo deste pressuposto, a biblioterapia é uma prática terapêutica que envolve a leitura ficcional como forma de explorar as diversidades e as pluralidades dos seres humanos. Logo, urge a necessidade desta terapia integrar como política pública brasileira por meio da PNPIC.

Palavras-chave: Leitura. Terapias Alternativas. Cuidado. Saúde.

Introdução

A ciência médica contemporânea transita em um sistema moderno-colonial marcado pela intensa globalização e capitalismo, entretanto, o termo saúde no contexto contemporâneo se consolidou como “[...] um completo bem-estar físico, psíquico e social e, não apenas a ausência da doença” (WHO, 1946, p.7). É neste sentido que se fortaleceu o processo saúde e doença nas dimensões: corpo, mente e espírito (FREITAG; BADKE, 2019).

A saúde contemporânea está atrelada com a ciência holística do cuidado por meio das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICS, conhecida pela Organização Mundial da Saúde como Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas - MTCI (BRASIL, 2020). Este paradigma do cuidado contemporâneo visa transformar as práticas do cuidado

¹Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ. Cruz Alta – RS. E-mail: camilakuhn1994@hotmail.com

²Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ. Cruz Alta – RS. Bolsista CAPES (financiamento 001) E-mail: adri@lrp@gmail.com

³ Doutora em Ciências Sociais pela UNISINOS. Docente do Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social. E-mail: sgarces@unicruz.edu.br



XI SIMPÓSIO DE PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS

VI ENCONTRO DE EGRESSOS DO PPGPSDS
VII MOSTRA DE TRABALHOS EM PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS
IX ENCONTRO DE MOVIMENTOS SOCIAIS

27-29 NOVEMBRO DE 2024

convencional-mecanizada-curativista em um cuidado integrativo que envolve o bem estar do corpo, mente e espírito de forma complexa (BRASIL, 2020; FREITAG; BADKE, 2019).

Partindo do cuidado terapêutico, a biblioterapia é uma prática terapêutica que envolve a leitura ficcional como forma de explorar as diversidades e as pluralidades (conhecimentos, percepções, culturas, dentre outros) dos seres humanos. Essa terapia contribui para o bem-estar físico, mental, espiritual e emocional do indivíduo, mas também, está interligada na corrente hermenêutica existencial com a finalidade de compreender e interpretar a vida e o mundo (SOUSA, 2018; CHAGAS; PIZARRO, 2019).

Contudo, a biblioterapia não consta na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no qual criada em 2006 e, atualizada pelas Portarias nº 849/2017 e nº 702/2018 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018). No entanto, essa prática terapêutica já é adotada em vários países, inclusive no Brasil. Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo discutir a biblioterapia como cuidado integrativo e complementar, bem como refletir a possibilidade de integrar esta terapia na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Brasil por meio de uma Portaria complementar.

Assim, este estudo caracteriza-se como uma reflexão sustentada por meio de revisão bibliográfica, oriundo do Programa de Pós-Graduação (PPG) em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ. Este estudo retrata de forma empírica a biblioterapia como terapêutica contemporânea do cuidado em saúde, trazendo abertura para essa terapia integrar as PICS como política pública em saúde.

A Biblioterapia um ato de cuidado e terapêutico: uma proposta para a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Brasil

A prática terapêutica por meio da leitura é um ato de cura e de cuidado. A palavra 'ler', do latim *legere*, apresenta diversas definições, tais como: 'contar/enumerar', no qual significa o ato da leitura, mas também, pode ser entendido na percepção de 'colher', em que representa algo predeterminado, ou seja, o leitor compreende (colhe) o sentido do texto (HILLESHEIM, 2011). Entretanto, a leitura nem sempre foi hegemônica. Historicamente, os materiais de leitura



XI SIMPÓSIO DE PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS

VI ENCONTRO DE EGRESSOS DO PPGPSDS
VII MOSTRA DE TRABALHOS EM PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS
IX ENCONTRO DE MOVIMENTOS SOCIAIS

27-29 NOVEMBRO DE 2024

(jornais, livros, cartas, dentre outros) não eram acessíveis e transparentes para todos da sociedade, tanto no período colonial quanto no período da ditadura militar brasileira (MACHADO; GIRALDI, 2019).

No período colonial, a leitura se restringia aos integrantes/homens da elite econômica e clerical eurocêntrica, no entanto, as mulheres de classe dominante somente poderiam ler obras de ordem pedagógico-educativo (SOUSA; CARVALHO; CARVALHO, 2018). Na ditadura militar brasileira, vários livros e livrarias foram queimadas e, algumas músicas, obras teatrais e textos foram proibidos/censurados por questões ideológicas-políticas (MACHADO; GIRALDI, 2019).

Contudo, a leitura está atrelada diretamente na concepção da linguagem de acordo com Bakhtin (2014), sendo compreendida como uma construção social. Todavia, a linguagem permeia na relação entre língua/sujeito/história, levando em consideração que a leitura é um ato da linguagem, mas também, é um ato sociocultural que se remete nas relações dialógicas (interação entre os homens/interlocutores) e sua concepção de mundo na interação sociocultural (CAVALCANTE FILHO; TORGA, 2011; DI FANTI, 2003; LARAIA, 2001).

Ainda é necessário destacar que “[...] a linguagem é o elemento que estabelece a relação entre os seres humanos e propicia a experiência da intersecção ou interação entre interlocutores” (CAVALCANTE FILHO; TORGA, 2011, p.03). Assim, a concepção de leitura pode ser entendida como valor cultural, democrático nas sociedades contemporâneas, sendo realizadas de forma: individual, compartilhada com outra pessoa e coletiva.

Para Freire (2003, p.1), a leitura é uma “compreensão crítica do ato de ler, que não se esgota na decodificação pura da palavra escrita ou da linguagem escrita, mas que se antecipa e se alonga na inteligência do mundo”. A pluralidade de obras literárias brasileiras é formada pela miscigenação⁴, no qual estimula o processo social e cultural dos homens, abrindo espaço para o pilar da emancipação e desenvolvimento sociocultural da sociedade contemporânea (SEIXAS, 2019; SANTOS, 2002).

⁴ A miscigenação é uma mistura entre povos, raças, etnias e crenças, ou seja, é multirracial (FREYRE, 2004).



XI SIMPÓSIO DE PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS

VI ENCONTRO DE EGRESSOS DO PPGSDS
VII MOSTRA DE TRABALHOS EM PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS
IX ENCONTRO DE MOVIMENTOS SOCIAIS

27-29 NOVEMBRO DE 2024

Baseado na prática de leitura como terapia é necessário destacar diversas contribuições de cura e prevenção de doenças mentais (depressão, ansiedade, síndrome do pânico), mas também, de desenvolvimento das habilidades linguísticas (comunicação, leitura e escrita). De acordo com Seitz (2006), o primeiro dicionário especializado com a definição do termo Biblioterapia foi o *Dorland's Illustrated Medical Dictionary*, em 1941, em que trazia a utilização de livros e a leitura deles na recuperação de doenças nervosas. Também, em 1961, o dicionário *Webster's Third International Dictionary* definiu Biblioterapia sendo a utilização de material de leitura como adjuvante terapêutico na área da medicina e da psicologia (SEITZ, 2006).

Ainda, há indícios que a leitura como terapia surgiram na Idade Antiga por meio dos Faraós do Antigo Egito, em que as bibliotecas desta época eram conhecidas como “Casas de Vida”, no entanto, os primeiros estudos sobre a biblioterapia foram realizados por médicos americanos, no período de 1802 a 1853. No entanto, somente em 1904 quando uma bibliotecária começou a trabalhar no Hospital de Wanderley, Massachussets, foi iniciado um programa, no qual envolvia aspectos psiquiátricos da leitura, tornando a biblioterapia como um ramo biblioteconomia (SEITZ, 2006).

Desta forma, a biblioterapia é um método terapêutico baseado na leitura como veículo de cuidado de caráter preventivo, porém, “[...] não somente do corpo-objeto, mas daquilo que anima o corpo, o sopro da vida, também chamado alma” (SEIXAS, 2019, p. 176). Essa terapia resgata a concepção da linguagem de forma sociocultural e estimula a prevenção e promoção da saúde mental, como ressalta abaixo:

O método biblioterapêutico consiste em uma dinamização e ativação existencial por meio da dinamização e ativação da linguagem. As palavras não são neutras. A linguagem metafórica conduz o homem para além de si mesmo; ele se torna outro, livre no pensamento e na ação. A linguagem em movimento, o diálogo, é o fundamento da biblioterapia (CALDIN, 2001, p.37).

A Biblioterapêutica é denominada como uma terapia do cuidado multidisciplinar, em que diferentes profissionais podem aplicá-la com intuito de promover o acolhimento, o auto-conhecimento, a reflexão, a compreensão e a interpretação (CALDIN, 2001). Neste sentido,



XI SIMPÓSIO DE PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS

VI ENCONTRO DE EGRESSOS DO PPCPSDS
VII MOSTRA DE TRABALHOS EM PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS
IX ENCONTRO DE MOVIMENTOS SOCIAIS

27-29 NOVEMBRO DE 2024

essa prática terapêutica traz várias possibilidades de aplicação/implementação, tais como: hospitais, unidades de saúde, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, grupos de autoajuda, roda de conversa em diversos ambientes (saúde, escola, universidades, entre outros).

Assim, “[...] a biblioterapia tem sido utilizada em hospitais, prisões, asilos, e no tratamento de problemas psicológicos em crianças, jovens, adultos, deficientes físicos, doentes crônicos e viciados” (CALDIN, 2001, p.39). Com isso, urge destacar algumas investigações acadêmicas desta terapia, tais como:

- a) Caldin (2002) investigou através do método de relato de experiência, a humanização no processo de tratamento (depressão, stress) de crianças internadas em um hospital por meio da biblioterapia (leitura em grupos e individual). Com este estudo foi possível confirmar que essa terapia proporciona a pacificação das emoções.
- b) Lucas, Caldin e Silva (2006) identificaram as contribuições da biblioterapia em crianças na pré-escola (4 anos de idade). O estudo dos autores foi de caráter experimental obtido através da observação das 22 crianças (amostra do estudo) com a técnica de contação de história. Os resultados foram melhorias na atenção (concentração) humor e vínculo social.
- c) Silva e Fachin (2002) analisaram a atividade de leitura em 32 alunos entre 5 a 59 anos de um Instituto de Educação Especial. O estudo de caráter experimental, teve atividades de leitura trazendo como resultados, o desenvolvimento intelecto e críticos dos participantes e, a estimulação do lúdico/imaginário.

Para Ratton (1975, p. 203) a biblioterapia traz como benefícios:

[...] amplitude da visão, pelo conhecimento e comparação de pontos de vista alheios, com os do próprio indivíduo; [...] clareamento dos problemas difíceis de serem formulados e conscientizados pelo próprio indivíduo, que, entretanto os reconhece quando colocados por outros de maneira não agressiva e impessoal; [...] estímulo para criatividade; [...] facilitação da participação da vida comunitária; [...] desenvolvimento da capacidade de crítica.

Outrossim, Ribeiro (2006, p. 114) ressalta que a prática biblioterapêutica auxilia:

a superar o medo, a angústia, a tristeza e a ansiedade que acompanham uma doença, contribuindo para a promoção do bem-estar e auxiliando a implementação do



XI SIMPÓSIO DE PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS

VI ENCONTRO DE EGRESSOS DO PPGSDS
VII MOSTRA DE TRABALHOS EM PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS
IX ENCONTRO DE MOVIMENTOS SOCIAIS

27-29 NOVEMBRO DE 2024

tratamento, a prevenção dos males e minimizando os problemas pessoais. Colabora no desenvolvimento emocional e na mudança de comportamento, provocado pela retomada do cuidado com o paciente, de se importar com o outro, de se colocar no lugar do outro.

Neste viés, a biblioterapia proporciona, também, a liberação de emoções e a reflexão, no qual conduz na reeducação e na ressignificação de doenças psíquicas (CHAGAS; PIZARRO, 2019). No Brasil, o projeto de Lei 4.186, de 2012, de autoria do deputado Giovani Cherini sobre o uso da biblioterapia nos hospitais públicos, contratados, conveniados e cadastrados do Sistema Único de Saúde – SUS, foi posto em votação. No projeto de lei retratava os seguintes artigos:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre o uso da biblioterapia nos hospitais públicos, contratados, conveniados e cadastrados do Sistema Único de Saúde – SUS. Art. 2º A biblioterapia integra o conjunto das ações de saúde oferecidas pelo SUS. § 1º Os materiais de leitura com função terapêutica só poderão ser prescritos e vendidos para os fins estabelecidos nesta Lei após autorização do Ministério da Saúde. § 2º A autorização de que trata o § 1º deverá considerar a eficácia terapêutica da obra. § 3º Das obras autorizadas pelo Ministério da Saúde para biblioterapia constará o número da autorização seguido do selo “RECOMENDADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE”. Art. 3º Os familiares do paciente, mediante recomendação médica, também poderão receber a prática terapêutica biblioterápica nos hospitais públicos, contratados, conveniados e cadastrados no Sistema Único de Saúde. Art. 4º Fica autorizada a venda de obras biblioterápicas em farmácias, drogarias e livrarias. Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação (CAMARA DOS DEPUTADOS, p.1 2017).

No entanto, o projeto de lei acima foi rejeitado em 2017, segundo o deputado relator e a comissão de inquérito relataram que não há necessidade de criação de uma lei para esta terapia, pois tornaria a legislação extensa e caótica, dificultando atualizações. Também, foi considerado que a biblioterapia como ação de saúde implicaria em subtrair recursos do SUS para mais esta atividade, o que poderia ser prejudicial ao desempenho do sistema e que a inclusão dos familiares dos pacientes entre os atendidos pela terapia ampliaria ainda mais os custos do SUS. Cabendo ao hospital, de acordo com a capacidade física e de pessoal, definir sobre a utilização dessa terapia, bem como do acervo que manterá. E, que a autorização da venda das obras em farmácias e drogarias desvirtuaria o papel dessas instituições (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2017).

Entretanto, a medicina está cada vez mais em evolução, assim como, as formas e a organização de terapias alternativas, tal como a biblioterapia. É necessário destacar, que por



XI SIMPÓSIO DE PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS

VI ENCONTRO DE EGRESSOS DO PPCPSDS
VII MOSTRA DE TRABALHOS EM PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS
IX ENCONTRO DE MOVIMENTOS SOCIAIS

27-29 NOVEMBRO DE 2024

mais que o Projeto de Lei 4.186, de 2012⁵, foi rejeitado em 2017, podemos ainda rever e reorganizar esta terapia para que seja realizada de forma estratégica sem implicar com os custos do SUS ou ainda desvirtuar o papel de instituições como a farmacêutica e a hospitalar.

Logo, a biblioterapia pode, sim, incorporar como uma PICS inserida na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Brasil por meio de uma Portaria complementar, pois essa prática do cuidado está ligada como uma terapia alternativa, mas necessita de estruturação fundamentada e apoio de agentes e órgãos públicos. Ainda, é importante destacar que este trabalho não apresenta nenhum fim partidário ou político, somente fins acadêmicos no âmbito de rever esta prática do cuidado como uma terapia alternativa através das PICS, pois precisamos incluir e organizar práticas no SUS que priorize as pessoas como um todo, trabalhando em terapia que promova o bem-estar, fortalecendo os princípios do SUS (integralidade, universalidade e equidade).

⁵https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1556983&filename=Avulso%20PL%204186/2012



XI SIMPÓSIO DE PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS

VI ENCONTRO DE EGRESSOS DO PPGSDS
VII MOSTRA DE TRABALHOS EM PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS
IX ENCONTRO DE MOVIMENTOS SOCIAIS

27-29 NOVEMBRO DE 2024

Considerações finais

A biblioterapia trata-se de um recurso natural e holístico, transformando a leitura de livros em práticas de cuidado multidisciplinar e prevenção de doenças psíquicas. Essa terapia promove o acolhimento, o auto-conhecimento, a reflexão, a compreensão e a interpretação trazendo diversas possibilidades de aplicação/implementação, tais como: hospitais, unidades de saúde, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, grupos de autoajuda, Prisões (pessoa privada de liberdade), Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs, roda de conversa em diversos ambientes (saúde, escola, universidades, entre outros).

Logo, urge a necessidade desta terapia integrar, de forma complementar, a política pública brasileira por meio da PNPIC, pois essa prática do cuidado está ligada como uma terapia alternativa, mas necessita de estruturação fundamentada e apoio de agentes e órgãos públicos. Precisamos rever e reorganizar as formas de implementar esta prática do cuidado como uma terapia alternativa através das PICS, pois precisamos incluir e organizar práticas no SUS que priorize as pessoas como um todo, trabalhando em terapia que promova o bem-estar, fortalecendo os princípios do SUS (integralidade, universalidade e equidade), como a biblioterapia.



UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL



XI SIMPÓSIO DE PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS

VI ENCONTRO DE EGRESSOS DO PPGPSDS
VII MOSTRA DE TRABALHOS EM PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS
IX ENCONTRO DE MOVIMENTOS SOCIAIS

27-29 NOVEMBRO DE 2024

Referências

BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. São Paulo: Hucitec, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Contexto histórico da institucionalização das práticas integrativas e complementares em saúde no SUS**. Brasília [DF]: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda[...] Brasília, DF, 27 março, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de [...], Brasília, DF, 21 março, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 3 mai, 2006.

CALDIN, Clarice Fortkamp. A leitura como função terapêutica: Biblioterapia. **Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Florianópolis - SC, Brasil, n.12, p. 32-44, 2001. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2001v6n12p32>. Acesso em: 25 janeiro de 2023.

CALDIN, Clarice Fortkamp. Biblioterapia para crianças internadas no hospital universitário da UFSC: uma experiência. **Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação**, Florianópolis - SC, Brasil, v. 7, n. 14, p. 38-54, 2002.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de lei nº 4.186/2012**. Dispõe sobre o uso da biblioterapia nos hospitais públicos, contratados, conveniados e cadastrados do Sistema Único de Saúde - SUS; tendo parecer da Comissão de Seguridade Social e Família, pela rejeição. Brasília, [DF], 2017. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1556983&filenam e=Avulso%20PL%204186/2012 Acesso em 20 nov 2024.

CAVALCANTE FILHO, Urbano; TORGA, Vânia Lúcia Menezes. Língua, Discurso, Texto, Dialogismo e Sujeito: compreendendo os gêneros discursivos na concepção dialógica, sócio-histórica e ideológica da língua(gem). **Anais I Congresso Nacional de Estudos Linguísticos**, Vitória -ES, 2011.

CHAGAS, Ricardo de Lima; PIZARRO, Daniella Câmara. Atividade de biblioterapia com usuários dos centros de atenção psicossocial na biblioteca central da UFSC. **Anais XXVIII Congresso Brasileiro de Biblioteconomia e Documentação**, Vitória (ES), v. 28, n.1, p. 1-6, 2019.



XI SIMPÓSIO DE PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS

VI ENCONTRO DE EGRESSOS DO PPGPSDS
VII MOSTRA DE TRABALHOS EM PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS
IX ENCONTRO DE MOVIMENTOS SOCIAIS

27-29 NOVEMBRO DE 2024

DI FANTI, Maria da Glória Corrêa. A linguagem em Bakhtin: pontos e pespontos. **Veredas-Revista Estudos Linguísticos**, Juiz de Fora (MG), v. 7, n.1, p.95-111, 2003.

FREIRE, Paulo. A importância do ato de ler. In: FREIRE, Paulo. **A importância do ato de ler em três artigos que se completam**. São Paulo: Cortez, 2003, p. 11-24.

FREYRE, Gilberto. **Casa-Grande e Senzala**. Editora Global, 49ª ed. São Paulo. 2004.

FREITAG, Vera Lucia; BADKE, Marcio Rossato. **Práticas Integrativas e Complementares no SUS: O (re)conhecimento de técnicas milenares no cuidado à saúde contemporânea**. 1ed. Curitiba: Nova Práxis, 2019.

HILLESHEIM, Betina et al. Leitura: entre leitor e texto. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 305-316, 2011.

LARAIA, Roque de Barros. **A cultura: um conceito antropológico**. 14 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2001.

LUCAS, Elaine Rosângela de Oliveira; CALDIN, Clarice Fortkamp; SILVA, Patricia V. Pinheiro da. Biblioterapia para crianças em idade pré-escolar: estudo de caso. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Minas Gerais, v. 11, n. 3, p. 398-415, 2006.

MACHADO, Iara Mares; GIRALDI, Patrícia Montanari. Leitura, linguagem e saber: reflexões a partir da análise discursiva de dois textos no contexto da educação em ciências. **Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências**, Belo Horizonte - MG, v. 21, n.1, p. 01-21, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epec/a/wqCJ8pVpXgwRmCH6Ld6j6WQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 janeiro 2023.

RATTON, Ângela Maria Lima. Biblioterapia. **Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG**, Belo Horizonte, v.4, n.2. p.198-214, 1975. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reb/article/view/36171/28319>. Acesso em: 01 fevereiro de 2023.

RIBEIRO, Gizele. Biblioterapia: uma proposta para adolescentes internados em enfermarias de hospitais públicos. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Campinas v.3, n. 2, p. 112-126, 2006. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/2048>. Acesso em: 20 janeiro de 2023.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2002.



XI SIMPÓSIO DE PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS

VI ENCONTRO DE EGRESSOS DO PPGSDS
VII MOSTRA DE TRABALHOS EM PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS
IX ENCONTRO DE MOVIMENTOS SOCIAIS

27-29 NOVEMBRO DE 2024

SEITZ, Eva Maria. Biblioterapia: uma experiência com pacientes internados em clínicas médicas. **Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina**, Florianópolis, v.11, n.1, p. 155-170, jan./jul., 2006. Disponível em: <https://revista.acbsc.org.br/racb/article/view/452/568>. Acesso em: 22 nov 2024.

SEIXAS, Cristina Garcez dos Santos. **Biblioterapia: via de cuidado evocadora de narrativas**. In: FREITAG, Vera Lucia; BADKE, Marcio Rossato. *Práticas Integrativas e Complementares no SUS: O (re)conhecimento de técnicas milenares no cuidado à saúde contemporânea*. 1ed. Curitiba: Nova Práxis, 2019.

SILVA, Maria Emília da; FACHIN, Gleisy Regina Bóris. Leitura para portadores de deficiência com necessidades especiais: relato de uma experiência. **Revista da Associação Catarinense de Bibliotecários (ACB)**, Florianópolis -SC, v.7, n2, p.148-156, 2002. Disponível em: <https://revista.acbsc.org.br/racb/article/view/392/484>. Acesso em: 01 fev. 2023.

SOUSA, Carla. Biblioterapia como recurso para a formação humana do bibliotecário. **Revista da Associação Catarinense de Bibliotecários (ACB): Biblioteconomia em Santa Catarina**, Florianópolis (SC), v. 23, n. 3, p. 362-371, 2018. Disponível em: <https://revista.acbsc.org.br/racb/article/view/1510>. Acesso em: 22 de janeiro de 2023.

SOUSA, Gustavo Borges de; CARVALHO, Luciana Beatriz de Oliveira Bar de; CARVALHO, Carlos Henrique de; A leitura no Brasil Colônia e suas (inter)relações com a contemporaneidade. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, v.18, n.1 [75], p.17-28, 2018.

WHO, World Health Organization. **Constitution of the world Health Organization**. New York: WHO, 1946.



SOBRE *Velhices*

SOLANGE BEATRIZ BILLIG GARCES
MARCELO CACINOTTI COSTA
ADRIANA DA SILVA SILVEIRA
CAMILA KUHN VIEIRA
CÁTIA DA SILVA HERTER
DEISE VINCENSI VEIT
(ORGANIZADORES)


EDITORA
ILUSTRAÇÃO



Copyright © Editora Ilustração

Editor-Chefe: Fábio César Junges

Revisão: Os autores

CATALOGAÇÃO NA FONTE

S677 Sobre velhices [recurso eletrônico] / organizadores: Solange Beatriz Billig Garces ... [et al.]. – Cruz Alta : Ilustração, 2023.
210 p.

ISBN 978-65-85614-10-8

DOI 10.46550/978-65-85614-10-8

1. Idoso. 2. Velhice. 3. Qualidade de vida. I. Garces, Solange Beatriz Billig (org.).

CDU: 612.67

Responsável pela catalogação: Fernanda Ribeiro Paz - CRB 10/ 1720



Crossref



Rua Coronel Martins 194, Bairro São Miguel, Cruz Alta, CEP 98025-057

E-mail: eilustracao@gmail.com

www.editorailustracao.com.br

**REFLEXÕES ACERCA DAS TERAPIAS
ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES
COMO FORMA DE CUIDADO
HOLÍSTICO PARA IDOSOS ACOMETIDOS
POR DOR CRÔNICA**

Camila Kuhn Vieira
Adriana da Silva Silveira
Marcelo Cacinotti Costa
Solange Beatriz Billig Garces

Considerações iniciais

O envelhecimento populacional é uma conquista da humanidade, marcado por melhores condições de saúde, avanços biomédicos, descobertas científicas, saneamento básico, ampliação dos serviços de saúde, dentre outros. O processo de envelhecimento tem ocorrido de maneira acentuada, desde 1960, com crescimento nos índices de envelhecimento populacional em consequência do declínio nos indicadores de fecundidade pelos casais e expansão da longevidade e sobrevida, redesenhando a dinâmica populacional brasileira e mundial (CAMARANO, 2014; SIMÕES, 2016).

O crescimento populacional contemporâneo decorreu de algumas transformações na humanidade, tais como: a transição demográfica (diminuição da natalidade e aumento da longevidade), a urbanização (êxodo rural), o capitalismo e a inserção da mulher no mercado de trabalho (CAMARANO, 2014; SIMÕES, 2016; ERBATTI, BORGES, JARDIM, 2015). A transição demográfica acarreta consequentemente a transição epidemiológica, no

qual muda o perfil de doenças em âmbito global, sendo assim predominada por doenças crônicas e degenerativas (MORAES, 2012; SIMÕES, 2016).

Desta forma, o envelhecimento é um processo de ordem natural, irreversível, progressivo e único, que envolve mudanças fisiológicas, morfológicas, bioquímicas, emocionais resultantes de perdas motoras, sensitiva (visão, audição), na massa óssea e muscular por meio de alterações hormonais, deficiência dietética, diminuição da capacidade funcional e flexibilidade (SPIRDUSO, 2005 SANT'ANNA; CÂMARA; BRAGA, 2003). Nesta perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), associa o envelhecimento biológico ao acúmulo de danos celulares e moleculares.

[...] com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos (OMS, 2015, p. 12).

Contemplando com o exposto, o envelhecimento é predominado pelo aumento da prevalência de problemas crônicos de saúde associada a diversas patologias que ocasionam dor crônica. A prevalência de dor em idosos varia de 49% a 83% em que estão relacionadas às comorbidades da velhice podendo desencadear outras doenças, tais como: ansiedade, insônia, depressão, diminuição na capacidade funcional, dentre outras (FOX; RAINA; JADAD, 1999; BRUMMEL-SMITH *et al.*, 2002; PEREIRA *et al.*, 2014).

Neste sentido, ações não farmacológicas podem auxiliar no tratamento e/ou controle da dor no intuito de minimizar a intensidade e frequência algica. Na medicina Alternativa e Complementar, a dor é uma condição de excesso que sinaliza atenção para o restabelecimento do equilíbrio da energia do corpo (BARROS; JIA, 2004; LAO, 2001). Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo é analisar as principais terapias alternativas e

complementares utilizadas em idosos acometidos por dor crônica bem como refletir esses métodos terapêuticos no que tange a dor crônica.

Caminho metodológico

Este estudo caracteriza-se como uma reflexão sustentada por meio de revisão bibliográfica do tipo integrativa a partir dos estudos oriundo do Grupo Interdisciplinar de Estudos do Envelhecimento Humano (GIEEH) e do Programa de Pós-Graduação (PPG) em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ.

A revisão bibliográfica do tipo integrativa se divide em seis etapas: 1) Identificação do tema e definição da questão de pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão e base de dados; 3) identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4) categorização dos estudos selecionados; 5) análise e interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão integrativa (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011; POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Como questão de pesquisa (norteadora): Quais as principais terapias alternativas e complementares que minimizam/ diminuem as dores crônicas em idosos?

Como critérios de inclusão foram elencados: estudos (nacionais e internacionais) disponíveis na íntegra no período de 2014 a 2022 nos idiomas português, espanhol e inglês conforme o objetivo proposto desta pesquisa. Já como critérios de exclusão: resenhas, resumos, relato de experiência, estudos repetidos (duplicados), revisões (sistemática, integrativa) experimentais com animais e estudos que não contemplem a temática do estudo.

Para a busca dos estudos, foram utilizadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Pubmed nos três idiomas propostos, combinado do operador booleano *AND*. Utilizaram-se os descritores "Terapias Alternativas e Complementares" and "Dores crônicas" and "Idosos".

A análise dos estudos selecionados quanto ao desenho da

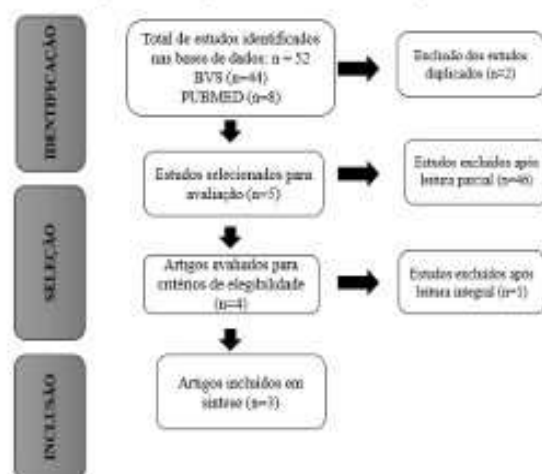
pesquisa foi baseada em Polit e Beck (2018) no qual primeiramente os estudos foram pré-selecionados por meio da leitura dos resumos, palavras-chave e título das publicações para posteriormente identificar os estudos selecionados, sendo extraídas as informações básicas dos artigos incluídos (selecionados) no estudo, em que serão categorizadas de acordo com as seguintes informações: autor (es)/ano de publicação, tipo de estudo/ amostra, objetivo, e os principais resultados (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para ilustrar a seleção dos estudos que integraram esta revisão integrativa foi utilizado o fluxograma (figura 1) do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metaanalyses – PRIMA nos resultados (PAGE *et al.*, 2021).

Resultados e discussões

Neste tópico são abordados os pressupostos teóricos mediante aos resultados encontrados nas bases de dados. Assim, foram encontrados 52 trabalhos científicos de acordo com os critérios de inclusão deste estudo, sendo selecionados 3 estudos científicos, conforme mostra a figura abaixo.

Figura 1 – Prisma a partir do percurso metodológico: Seleção dos estudos



Fonte: baseado em PAGE *et al.* (2021).

Desta forma, na tabela abaixo apresentam-se a descrição detalhada dos estudos selecionados por meio do título, autores, ano, revista, objetivo, método e principais achados dos estudos selecionados.

Tabela 1- estudos selecionados: descrição detalhada

Autores	Título	Ano	Revista	Objetivo	Método	Principais achados
Freitag et al.	Benefícios de cuidados em população idosa com dor crônica	2014	Trans-Cultural Epidemiology	Identificar e analisar os benefícios oferecidos por idosos com dor crônica nas comunidades que a aplicação de fitas.	Toma-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, exploratório e observacional. Entrevistas realizadas com dez idosos em quatro de dez centros nas instituições, no qual foram selecionadas a comunidade de fitas.	Observou-se efeitos significativos das terapias de dor crônica. Perceber o relaxamento corporal e diminuir a ansiedade. Contribuir, também, ao equilíbrio da comunidade. Saúde, mental, emocional e espiritual dos idosos.
Prato et al.	Uso de práticas integrativas e complementares por idosos	2019	Estudo e Pesquisa	Identificar e avaliar o uso das Práticas Integrativas Complementares (PICs) e os fatores associados a uma prática entre idosos de um município do sul de Mato Grosso.	Estudo transversal de base populacional, realizado com idosos de um município do estado de Mato Grosso do Sul. Participaram do estudo 115 idosos por meio de questionário estruturado.	A PICs são utilizadas por idosos maiores de 60 anos, predominantemente a fitoterapia (77,21%). Observou-se alta prevalência de uso de PICs entre idosos sendo esta prática associada ao sexo feminino. Também, as PICs contribuem para o bem-estar dos idosos idosos e sua comunidade.
Yeh et al.	Avaliar como a adaptação de terapias integrativas e complementares por idosos	2014	Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine	Realizar a validade e a tolerabilidade de uma intervenção de adaptação de terapias integrativas e complementares adaptadas e fornecer uma avaliação inicial do efeito em comparação com um tratamento controlado.	Estudo piloto prospectivo e randomizado (RCT). Dividido-se em grupo intervenção e grupo placebo.	No grupo intervenção observou-se diminuição nos sintomas de Dor, ansiedade e depressão.

No Brasil, em 2006, foram instituídas as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) publicada pela Portaria GM/MS nº 971/2006. Atualmente, estão instituídas 29 PICS pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), dentre elas: acupuntura, homeopatia, fitoterapia, plantas medicinais e medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social – crenoterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, Apiterapia, Aromaterapia, bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozoniterapia e Terapia de Florais (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018; BRASIL, 2020).

É relevante destacar outras evidências científicas, como, no estudo de Silva, Duque Neto e Sousa (2020) é ressaltado as principais regiões anatômicas com quadro algico, sendo, os joelhos (56,3%), ombros (52,1%), inferior das costas (50,7%). Ainda neste estudo, os autores destacam a aplicação da auriculoterapia foi observado diminuição do quadro algico dos idosos com dores osteomusculares crônicas.

Moura *et al.*, (2018), evidenciaram que os participantes que receberam Auriculoterapia para dor crônica na coluna vertebral, tiveram redução de 66,66% do nível de incapacidade na avaliação final, quando comparada com a inicial. Tal efeito perdurou durante 15 dias, momento de avaliação *follow up* (final), em que a redução de 50% nos níveis de incapacidade foi observada (MOURA *et al.*, 2018).

Entretanto, fica evidente que o uso de terapias alternativas e complementares em quadro algico crônico em idosos é fundamental para fortalecer as PICS no Brasil e principalmente para minimizar agravos à saúde e dores crônicas de forma mais natural e holística.

Envelhecimento e dor crônica: reflexões e definições

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável ocasionada por algum tipo de lesão real ou potencial dos tecidos do organismo. Trata-se de uma manifestação subjetiva que varia de indivíduo para indivíduo. A Associação Internacional para o Estudo da Dor definiu que sentir dor abrange mecanismos de ordem física, psíquicos e culturais (CARVALHO, 1999). A algesia é desencadeada a partir de uma agressão causada no organismo, no qual pode estar associada a doenças, processos inflamatórios, acidentes, procedimentos, dentre outros. Entretanto, a sensação de dor pode ser vista como um sinal de alerta de que alguma coisa não está bem (GUIMARÃES, 1999).

A intensidade e a frequência algica podem comprometer a qualidade de vida da pessoa, ocasionando prejuízo no aspecto

psíquico (sofrimento) e/ou redução da funcionalidade, no qual pode, até mesmo, evoluir para incapacidade funcional (GUIMARÃES, 1999). A dor pode ser dividida em: Aguda com duração inferior a 30 dias e crônica com duração superior a 30 dias (BRASIL, 2012).

Portanto, o envelhecimento traz como consequências as comorbidades e problemas de saúde de ordem crônica, fator que levam a institucionalização do idoso em ILPI (Instituição de Longa Permanência ao Idoso). Com alta prevalência de multicomorbidades e problema de saúde no idoso, a sensação de dor está relacionada às patologias crônicas do idoso (CAMARANO, 2014; GUIMARÃES, 1999).

Para Pereira e outros (2014), a prevalência de dor crônica em idosos é de 52,8%, sendo que 49,6% referem dor em uma única região do corpo e 15,1% em mais que três regiões do corpo. A dor referida com maior frequência foi membros inferiores (34,5%), região lombar (29,5%), cabeça/face/pescoço (16,2%) e ombros/membros superiores (10,0%). Já para Ghisleni *et al.*, (2016) a prevalência de dor crônica em idosos institucionalizados é de 67,3%, sendo que a presença da algica não se associou significativamente à presença de quedas. No entanto, a dor crônica osteomuscular de intensidade moderada é considerada fator de risco independente para quedas.

Segundo Ersek e Jablonski (2014), mais de 50% dos idosos institucionalizados apresentam queixa de dor crônica e não recebem tratamento adequado, sendo que 25% deste grupo populacional vão a óbito. Tal fato é associado pelos idosos portadores de dor crônica que sentir dor faz parte do envelhecer, sendo visto com um padrão normal desta fase da vida (ERSEK; JABLONSKI, 2014).

Considerações finais

As PICS tornam a assistência de saúde mais integral e humanizada. Tais práticas são recursos terapêuticos com abordagens holísticas do cuidado que buscam estimular práticas de cuidado

por meio de métodos naturais de promoção e prevenção de saúde. Logo, se fez necessário utilizar métodos (terapêuticos) alternativos e complementares, para minimizar agravos à saúde, tendo em vista o modelo integral, holístico e multidimensional para reabilitar a saúde de idosos e minimizar (intensidade e frequência) a dor crônica.

Referências

BARROS, L. C.; JIA, J. E. **Medicina chinesa: acupuntura e fitoterapia**. São Paulo: Caras S. A., 2004.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*. Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em: Acesso em: 16 dezembro 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1083, de 02 de outubro de 2012**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília [DF], 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 3 mai. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda[...] Brasília, DF, 27 março. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de [...], Brasília, DF, 21 março. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contexto histórico da institucionalização das práticas integrativas e complementares em saúde no SUS**. Brasília [DF]: Ministério da Saúde, 2020.

BRUMMEL-SMITH, Kenneth *et al.* Resultados da dor em

idosos frágeis com demência. **Journal of the American Geriatrics Society**. Nova York, EUA, v.50, n.11, p.1847-1851, 2002.

CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CARVALHO, Maria Margarida. **Dor: um estudo multidisciplinar**. 2 ed. São Paulo: Summus, 1999.

ERBATTI, Leila Regina; BORGES, Gabriel Mendes; JARDIM, Antonio de Ponte. **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: Subsídios para as projeções da população**. Informação Demográfica e Socioeconômica, Rio de Janeiro, n.03, 2015.

ERSEK, M.; JABLONSKI, A. A. Mixed-Method Approach to Investigating the Adoption of Evidence-Based Pain Practices in Nursing Homes. **Journal of Gerontological Nursing**, v.40, n.7, p.52-60, 2014.

FOX, Patricia; RAINA, Parminder; JADAD, Alejandro. Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. **Canadian Medical Association Journal**. Ottawa, Canadá, v. 160, n.3, p.329-333, 1999.

FREITAG, Vera Lucia *et al.* Benefícios do reiki em população idosa com dor crônica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis - SC, v.23, n.4, p.1032-1040, 2014.

GHISLENI, Angela *et al.* Dor crônica, equilíbrio e quedas de idosos em Instituições de Longa Permanência. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 320-327, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/31609/23266>. Acesso em 14 outubro de 2022.

GUIMARÃES, Suely Sales. Introdução ao estudo da dor. In: CARVALHO, Maria Margarida. **Dor: um estudo multidisciplinar**. 2 ed. São Paulo: Summus, 1999, p. 13-30.

LAO, L. **Medicina Tradicional Chinesa**. In: JONAS, W. B.; LEVIN, J. S. Tratado de medicina complementar e alternativa. São Paulo: Manole, 2001. cap. 12, p. 221-238.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis-SC, n.17, v.4, p. 758- 764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf>. Acesso em: 02 out 2022.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOURA, Caroline de Castro *et al.* Action of ear acupuncture in people with chronic pain in the spinal column: a randomized clinical. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, e3050, p.01-09, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2678.3050>. Acesso em: 20 novembro de 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. **Publicações da OMS: Suíça**, 2015. Disponível em: <https://sbogg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 05 dezembro de 2022.

PAGE, Matthew J; MCKENZIE, Joanne E; BOSSUYT, Patrick M; BOUTRON, Isabelle; HOFFMANN, Tammy C; MULROW, Cynthia D, *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v.372, n.71 p.1-9, 2021. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n71.full.pdf>. Acesso em: 02 novembro de 2022.

PINTO, Grazielle Ferreira *et al.* Uso de práticas integrativas e complementares por idosos. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá-PR, v.13, n.2, p.275-282, 2020.

PEREIRA, Lilian Varanda *et al.* Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto – SP, v.22, n.4, p.662-669, 2014. DOI: 10.1590/0104-1169.3591.2465

SANT'ANNA, Rogéria Motta de; CAMARA, Paulo; BRAGA, Marilita Gnecco de Camargo. Mobilidade na Terceira Idade: como planejar o futuro. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, S/P, 2003. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 dezembro 2022.

SILVA, José Felipe Costa da; DUQUE NETO, Sebastião Pacheco; SOUSA, Ana Carolina Patrício Albuquerque. Aplicação da auriculoterapia em idosos atendidos na atenção primária à saúde: um estudo clínico quaseexperimental. **Revista Brasileira Pesquisa em Saúde**, Vitória, v.22, n. 4, p.24-31, 2020.

SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. (Estudos e análises. Informação demográfica e socioeconômica). Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v.8, n.1, p.102-106, 2010. Disponível em: [1679-4508-eins-S1679-45082010000100102-pt.pdf](https://doi.org/10.1590/S1679-4508-eins-S1679-45082010000100102-pt.pdf) (einstein.br). Acesso em: 02 out 2022.

SPIRDUSO, Waneen Wyrick. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Tradução Paula Bernardi. Barueri (SP): Manole, 2005.

YEH, Chao Hsing et al. Auricular Point Acupressure to Manage Chronic Low Back Pain in Older Adults: A Randomized Controlled Pilot Study. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**. V.2014, n.1, p.1-11, 2014.



O CUIDADO EM SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE: as práticas integrativas e complementares em saúde no Brasil

Camila Kuhn Vieira

Adriana da Silva Silveira

Carine Nascimento da Silva

Solange Garces

INTRODUÇÃO

As ciências biomédicas ao longo da história da humanidade perpassaram por inúmeras modificações, dentre elas, a transição paradigmática. O modelo assistencial curativista da medicina convencional está atrelada à medicalização baseado na racionalidade médica ocidental (FREITAG; BADKE, 2019; HAESBAERT; GONÇALVES, 2006).

O sistema mundo contemporâneo transita no sistema moderno-colonial, principalmente na prática biomédica, pois a mecanização da assistência biomédica é um modelo de saúde ocidental-colonial, vinculado com a indústria farmacêutica para tratar o doente sob a medicalização racional curativista, ou seja, o tratamento médico está centrado na doença e no uso de medicamentos (FREITAG; BADKE, 2019; HAESBAERT; GONÇALVES, 2006).

No entanto, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde constituiu-se como um direito de todos e dever do Estado, promovendo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988). Deste modo, a matriz constitucional impulsionou novas políticas públicas no âmbito de saúde, proporcionando o pleno processo complementar de emancipação do cuidado em saúde.

Portanto, com essas conquistas legais foram se instituindo uma abertura no paradigma da assistência à saúde de forma natural e terapêutica através das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI). Esta medicina é denominada no Brasil de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PICS, pois buscam práticas de cuidado voltado as dimensões do ser humano: física, mental e espiritual (BRASIL, 2020; FREITAG; BADKE, 2019).

Essa nova construção do modelo de saúde e incentivo deste paradigma da Atenção Integrativa (PICS) pela Organização Mundial de Saúde (OMS) impulsionou no (re)conhecimento de práticas milenares do cuidado à saúde e como *aliar* com a assistência do cuidado em saúde na contemporaneidade (FREITAG; BADKE, 2019). Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo discutir o cuidado em saúde no Brasil por meio do SUS, refletindo as PICS como cuidado integrativo contemporâneo, levando em conta, as PICS na Atenção Primária à Saúde. Esta pesquisa caracteriza-se como uma reflexão sustentada por meio de revisão bibliográfica, vinculada ao Programa de Pós-Graduação (PPG) em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ.



O embasamento teórico desta pesquisa constituiu-se por meio da própria Constituição Federativa do Brasil de 1988 e Políticas Públicas de Saúde, tais como: Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Lei nº 8.080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), Lei 8.142 de 1990, entre outras.

DESENVOLVIMENTO

Saúde no Brasil e as PICS

O paradigma de saúde no Brasil, no início do século XX, sofreu mudanças significativas. O modelo de saúde até a década de 70 era de baixa qualidade, limitada e privilegiada ao setor privado, ou seja, se restringia basicamente aos trabalhadores formais. Diante disso, os movimentos sociais de base popular tiveram participação fundamental na busca do direito à saúde por meio de políticas públicas consolidadas universalmente (SOUZA JUNIOR, 2016; CORDOBA, 2013).

Com as lutas dos Movimentos Populares de Saúde, em que buscavam melhorias no sistema público de saúde por meio de reivindicação da reforma sanitária de ordem integral e universal (SOUZA JUNIOR, 2016) foi consolidado através da promulgação da Constituição Federativa do Brasil de 1988, o direito à saúde de todo cidadão brasileiro de forma universal, no qual estabelece o Art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.01).

Com a conquista da Matriz Constitucional de 1988 e, posteriormente as leis: Lei nº 8.080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) e a Lei 8.142 de 1990, foi criado e regulamentado o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1988; CORDOBA, 2013). O SUS tem a finalidade de “[...] alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibida a cobrança de qualquer valor referente ao atendimento ou similares” (CORDOBA, 2013, p. 29).

O Art. 5º da Lei 8.080/1990 descreve os objetivos do SUS:

- I - A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990, p.01).

Corroborando, a Constituição Federal de 1988 é uma das maiores conquistas sociais consagradas de ordenamento jurídico-legal e, por meio desta, possibilitou a implementação de novas políticas públicas no âmbito da saúde, tal como a Política Nacional de Atenção Básica pela Portaria nº 2.488 que estabelece as diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (BRASIL, 1988; BRASIL, 2011).



Fundamentado nos princípios da integralidade e cuidado humanizado, foram institucionalizadas as PICS no Brasil em 2006, em que promovem o cuidado sistêmico integral no ser humano (BRASIL, 2006). Neste viés, é oportuno aprofundar a análise da dimensão sociocultural e da eficácia terapêutica desses métodos integrativos, bem como compreender o lugar que a medicina complementar vem assumindo ao se tornar serviço disponível ao usuário do SUS (ANDRADE; COSTA, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1972, criou o Departamento de Medicina Tradicional com o intuito de estimular os países membros na utilização e implementação das técnicas terapêuticas da Medicina Tradicional por meio de pesquisas e resultados positivos de países que aderiam ao sistema de medicinas tradicionais, complementares e alternativas (CAVALINI JÚNIOR; SOUZA, 2022).

Portanto, as PICS são abordagens que visam uma assistência à saúde de forma complementar com intuito de prevenir e curar doenças, considerando o indivíduo nas dimensões básicas: mente, corpo e espírito, não como um conjunto de partes isoladas. Esta ferramenta complementar do cuidado, contrapõe-se ao modelo biomédico e às práticas alopáticas convencionais (CEOLIN *et al*, 2009).

O mandamento “ter saúde”, ou “conservar a saúde”, não se restringe a evitar as doenças, a “preservar-se”, a “não correr riscos”, a permanecer na normalidade médica. Essa é só uma das versões do paradigma-mandamento, ou se preferirmos, da utopia da saúde. Essa versão é a hegemônica, predominante na biomedicina. Mas dizer predominante significa dizer que essa não é a única versão de saúde atualmente existente no conjunto de discursos e práticas designados por Foucault, nos anos 1970, como saber médico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.10).

Contudo, o paradigma biomédico (curativista) está atrelado com fatos históricos de cuidado perpassando pela modernidade como modelo hegemônico das ciências médica do cuidado.

A ciência nasceu e se diferenciou de todos os outros saberes querendo ser superior única e exclusiva. Conseguiu atingir seus objetivos em grande medida, embora parcialmente. A veracidade é, hoje, monopólio da ciência na área da saúde, no ocidente (TESSER, 2006, p. 69).

Para Luz (2005) a medicina tradicional (complementar) é, de fato, um método inovador, quanto aos seguintes aspectos: o cuidado é centralizado no ser doente e, não apenas no diagnóstico; A relação médico-paciente é crucial na terapêutica alternativa e complementar; potencializa o protagonismo do ser doente por meio de sua autonomia com a enfermidade; A terapêutica alternativa é simples e de baixo custo, tendo igual ou maior eficácia no tratamento do ser doente.

Tratando-se do cuidado à pessoa com doenças crônicas, é no tratamento e na prevenção que a Medicina Tradicional Chinesa- MTC encontra sua vocação milenar e dispõe de competências específicas diferenciadoras da medicina convencional, com seu caráter abrangente e multidisciplinar, garantindo a complementariedade e a adequação do protocolo terapêutico a cada paciente, visando ao bem-estar e à saúde do indivíduo. Pessoas acompanhadas com alguma periodicidade pela obtêm excelentes resultados na prevenção de doenças crônicas, com benefícios significativos



em termos de longevidade, de qualidade de vida e de melhora dos sintomas (BRASIL, 2014, p. 96).

Por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) de 2006, da Portaria GM/MS nº 849/2017 e da Portaria GM/MS nº 702/2018 estão instituídas atualmente 29 PICS: acupuntura, homeopatia, fitoterapia, plantas medicinais e medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social – crenoterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozoniterapia e terapia de florais (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018; BRASIL, 2020).

Não é por necessidade de saúde que milhares de pessoas vêm procurando as Práticas como forma de recuperação da saúde. Afinal, temos o que há de mais moderno e avançado na medicina, tanto no SUS como no sistema privado. Não é por falta de procedimentos diagnósticos, médicos, medicamentos ou outros recursos que estamos resgatando o valor das medicinas tradicionais. É por vontade de afirmar uma identidade de cuidado oposta à prática de cuidado feita de forma muitas vezes desumana, que infelizmente prepondera entre nós. As PICS expressam o desejo de mostrar que é possível implementar outras práticas de saúde. O que move as pessoas envolvidas no projeto é, antes de tudo, o impulso de participar ativamente de um processo capaz de mostrar que são possíveis outras formas de aprender, praticar e cuidar da saúde, de si e dos outros (SANTOS *et al.*, 2018, p. 110).

Este sistema público de saúde alternativa e complementar transporta outros saberes e racionalidades de base tradicional, que passam a somar com a lógica e os serviços convencionais da biomedicina (ANDRADE; COSTA, 2010). Tal epistemologia do cuidado complementar pode através das PICS contribuir para a mudança de modelos de atenção em saúde, como possibilidade de emancipar o cuidado em saúde, essencialmente, sem o uso da medicalização e/ou diminuição dos fármacos.

As PICS na Atenção Primária à Saúde - APS: relatórios e monitoramentos do Ministério da Saúde

Os sistemas de informação em saúde permitem apontar e analisar o panorama da oferta das PICS na APS, que pode ser identificada, monitorada e avaliada.

Com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), obtêm-se informações referentes ao cadastro de estabelecimentos de saúde com oferta de PICS. Há o registro de 5.139 desses estabelecimentos, distribuídos em 17% dos municípios brasileiros. Ao estratificar esse quantitativo por nível de atenção, 4% encontram-se na atenção hospitalar, 18% na atenção especializada e 78% na APS. Isso ressalta a



Oficina de massagem/ automassagem	734	3.298	5.271
Sessão de arteterapia	613	3.628	4.036
Sessão de meditação	438	3.567	8.818
Sessão de musicoterapia	341	2.552	3.744

Fonte: Ministério da Saúde (2020).

As atividades coletivas por meio das PICS realizada na APS promovem o bem-estar físico, mental e espiritual coletivo, mas também a socialização (troca de experiências), reduzindo: ansiedade, depressão, síndrome do pânico, dores crônicas, entre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paradigma biomédico do cuidado está atrelado com fatos históricos de cuidado perpassando pela modernidade como modelo hegemônico das ciências médica curativista. Com a conquista legal-jurídica da Constituição Federal de 1988, surgiram posteriormente novas políticas públicas no âmbito da saúde, instituindo em 2006 as práticas de cuidado integrativo por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Essa nova construção do modelo de saúde integrativo e complementar reconheceu práticas milenares do cuidado nas dimensões: corpo, mente e espírito. Tal prática terapêutica complementar contribui para emancipar o cuidado em saúde na contemporaneidade, tornando a prática de saúde mais integral, humanizada e natural.

Atualmente, as terapias complementares deram um ‘salto’ significativo, tanto em atendimentos individuais quanto em atendimentos em grupo. No entanto, necessita-se de apoio da gestão e órgãos públicos para continuar e implementar as PICS onde não são ofertadas ainda.



REFERÊNCIAS

- ANDRADE, João Tadeu de; COSTA, Liduina Farias Almeida da; Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saúde & Sociedade de São Paulo*, São Paulo – SP, v.19, n.3, p.497-508, 2010.
- AMANDO, Daniel Miele et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. *Journal of Management and Primary Health Care*, v.8, n.2, p. 290-308, 2017.
- BARBOSA, Fernanda Elizabeth Sena. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. 1. *Cadernos De Saúde Pública*, v.36, n.1, 2020.
- BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Tradução Carlos Nelson Coutinho; Apresentação de Celso Lafer. — Nova ed. — Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da República*, Brasília [DF], 1988. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso: 01 agosto 2022.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília [DF], 1990.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Contexto histórico da institucionalização das práticas integrativas e complementares em saúde no SUS*. Brasília [DF]: Ministério da Saúde, 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Caderno de Atenção Básica nº35*. Ed 1. Brasília [DF], 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº 849, de 27 de março de 2017*. Inclui a Arteterapia, Ayurveda[...] Brasília, DF, 27 março. 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº 702, de 21 de março de 2018*. Altera a Portaria de [...], Brasília, DF, 21 março. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [...], Brasília, DF, 21 mai. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006*. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 3 mai. 2006.
- CAVALINI JÚNIOR, João Erasmo Campos; SOUZA, João Paulo Silva de. *Cartilha sobre Práticas Integrativas e Complementares*. Ed. UFRGS: Porto Alegre, Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/sustentapics/wp-content/uploads/2022/06/cartilhaPICS.pdf> Acessado em: 24 outubro 2023.
- CEOLIN, Teila *et al.* A inserção das terapias complementares no sistema único de saúde visando o cuidado integral na assistência. *Enfermería Global*, Múrcia, Espanha, v.8, n.02, 2009.
- CORDOBA, Elisabete. *Sistema Único de Saúde (SUS) e Estratégia Saúde de Família (ESF)*. São Paulo: Rideel, 2013.



FREITAG, Vera Lucia; BADKE, Marcio Rossato. *Práticas Integrativas e Complementares no SUS: O (re)conhecimento de técnicas milenares no cuidado à saúde contemporânea*. 1ed. Curitiba: Nova Práxis, 2019.

HAESBAERT, Rogério; GONÇALVES, Carlos Walter Porto. *A nova des-ordem mundial*. São Paulo: Ed. UNESP, 2006.

LUZ, Madel Therezinha. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.01, p. 145-176, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde*. Brasília [DF]: Ministério da Saúde, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Uma realidade no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

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

SANTOS, Marília Silvia *et al.* Práticas integrativas e complementares: avanços e desafios para a promoção da saúde de idosos. *Revista Mineira de Enfermagem- REME*, Belo Horizonte, Minas Gerais, v.22, n.1, p. 1-5, 2018. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v22/1415-2762-reme-22-e1125.pdf>. Acesso em: 01 out.2023.

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. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n.1, p. 1-15, 2017.

SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto de. Os movimentos sociais e sua participação na criação e desenvolvimento do SUS no Brasil. *Revista de Movimentos Sociais e Conflitos*, Curitiba-PR, v.2, n.2, p.98-126, 2016.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu - SP, v. 10, n. 19, p. 61-76, 2006.