

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

LEONARDO DA SILVA MANFREDO

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E FISIOTERAPIA INTEGRATIVA – PROPOSTA DE
UMA DISCIPLINA PARA O CURRÍCULO DOS CURSOS DE BACHAREL EM
FISIOTERAPIA DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR PÚBLICAS DO
PAÍS**

RIO DE JANEIRO

2023



UFRJ



LEONARDO DA SILVA MANFREDO

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E FISIOTERAPIA INTEGRATIVA – PROPOSTA DE
UMA DISCIPLINA PARA O CURRÍCULO DOS CURSOS DE BACHAREL EM
FISIOTERAPIA DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR PÚBLICAS DO
PAÍS**

Volume único

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Educação, Gestão e Difusão em Biociências (MP-EGeD) do Instituto de Bioquímica Médica Leopoldo de Meis da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação, Gestão e Difusão em Biociências.

Orientador(a):

Prof. Dr. Marcelo Borges Rocha (MP-EGeD/IBqM/UFRJ)

Rio de Janeiro

2023

CIP - Catalogação na Publicação

M276p Manfredo, Leonardo da Silva
Práticas Integrativas e Fisioterapia Integrativa
- Proposta de uma disciplina para o currículo dos
cursos de Bacharel em Fisioterapia das Instituições
de Ensino Superior Públicas do país / Leonardo da
Silva Manfredo. -- Rio de Janeiro, 2023.
156 f.

Orientador: Marcelo Borges Rocha.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Instituto de Bioquímica Médica
Leopoldo de Meis, Programa de Mestrado Profissional
em Educação, Gestão e Difusão em Biociências, 2023.

1. Práticas Integrativas e Complementares em
Saúde. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3.
Fisioterapia Integrativa. 4. Formação Profissional
em Saúde. I. Rocha, Marcelo Borges, orient. II.
Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

FOLHA DE APROVAÇÃO**Leonardo da Silva Manfredo****Práticas Integrativas e Fisioterapia Integrativa – Proposta de uma disciplina para o currículo dos cursos de Bacharel em Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior Públicas do país**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Educação, Gestão e Difusão em Biociências (MP-EGeD) do Instituto de Bioquímica Médica Leopoldo de Meis da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação, Gestão e Difusão em Biociências.

Aprovada em _____ de 2023 pela seguinte Comissão Examinadora

Profa. Dr. Marcelo Borges Rocha, MP-EGeD/IBqM, UFRJ – Orientador.

Profa. Dra. Flávia Barbosa da Silva Dutra – MP-EGeD, UFRJ – Membro Titular Interno.

Profa. Dra. Elenice Maria Correa-Gillieron - MP-EGeD, UFRJ – Membro Titular Interno.

Prof. Dr. Gunnar Glauco De Cunto Carelli Taets – Programa de Pós-graduação em Ambiente, Sociedade e Desenvolvimento, UFRJ – Membro Titular Externo.

Profa. Dra. Grazielle Rodrigues Pereira – MP-EGeD/IBqM/UFRJ - Revisor Interno.

Profa. Dra. Juliana Dias Rovari Cordeiro – Programa de Pós-Graduação Educação em Ciências e Saúde, UFRJ – Membro Suplente Externo.

NOTA:

RESUMO

MANFREDO, Leonardo da Silva. **Práticas Integrativas e Fisioterapia Integrativa – Proposta de uma disciplina para o currículo dos cursos de Bacharel em Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior Públicas do país.** (Mestrado Profissional em Educação, Gestão e Difusão em Biociências) – Instituto de Bioquímica Médica Leopoldo de Meis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Este trabalho de conclusão de mestrado tem como objetivo não só analisar a grade curricular, ementas e Projetos Pedagógicos dos cursos de Bacharel em Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior Públicas do país a fim de identificar os conteúdos ofertados sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e Fisioterapia Integrativa, verificando possíveis lacunas na disponibilização dos assuntos supracitados na formação profissional do fisioterapeuta mas também, confirmado este vácuo, propor uma maneira de contornar esta dificuldade na abordagem e divulgação desta matéria.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva e exploratória por meio de coleta de dados e análise documental. Para o levantamento bibliográfico que propiciou o arcabouço teórico, utilizou-se os livros e publicações científicas, sendo os quais obtidos por meio de consulta à bases de dados científicas eletrônicas e de regulações e legislações. Definidas as referências bibliográficas, realizou-se então uma segunda etapa de trabalho referente à identificação das Universidades, Institutos e Faculdades públicas que ofertam o curso de Bacharel em Fisioterapia no país. A partir dos resultados da segunda etapa, prosseguiu-se para a consulta e análise das grades curriculares, dos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) e das ementas destes cursos a fim de se conseguir discriminar as disciplinas que versavam sobre conteúdo de PNPIC, quaisquer uma das PICS e Fisioterapia Integrativa.

Nesse sentido, foi encontrado o número de 47 (33 federais e 14 estaduais) Instituições de Ensino Superior, ou IES, que ofertam o curso de Bacharel em Fisioterapia e nenhuma ofertava disciplinas voltadas apenas à PNPIC, PICS e Fisioterapia Integrativa na sua grade curricular, sendo este tema abrangido de maneira fragmentada nas outras cadeiras.

Ademais, enquanto a PNPIC não é abordada ou é tangenciada em alguns componentes curriculares presentes na grade dos cursos, algumas PICS são abordadas em disciplinas específicas, porém em sua maioria, na forma de “noções” e “fundamentos”. Além disso, nem todas as práticas estão presentes nos cursos, sendo as mais difundidas a Acupuntura, a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), o Hidrotermalismo, a Homeopatia, a Fitoterapia, as Plantas Medicinais, a Yoga e Auriculoterapia. Por conseguinte, mesmo verificando que a história das Práticas Integrativas e Complementares se confunde com grande parte da história da humanidade, uma vez que algumas delas possuem séculos de existência, ainda assim este constitui-se um tema academicamente pouco explorado no Brasil, mesmo com a instituição da PNPIC há mais de 15 anos.

Assim como a PNPIC, a Fisioterapia Integrativa, termo relativamente recente no campo da saúde, é tratada por poucas instituições transversalmente junto a outros conteúdos.

Atualmente, a PNPIC abrange 29 práticas integrativas de diferentes conceitos, racionalidades médicas, conteúdo, cada qual com o seu nível de complexidade e objetivos o que, conforme diversos autores, torna a formação do profissional a fim de suprir a demanda decorrente dessa política pública um processo complexo e desafiador. Nesse contexto, a absorção deste conteúdo pelos currículos dos cursos de Bacharel em Fisioterapia se apresenta como um artifício que visa

a eficiência, a segurança, a qualidade e a manutenção da assistência e serviço em saúde vislumbrados pela PNPIC além de propiciar o estímulo ao desenvolvimento científico da área de saúde integral. Logo, ao procurar identificar a existência e como se dá a abordagem da PNPIC, PICS e da Fisioterapia Integrativa nos cursos de Bacharel em Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior Públicas, este trabalho reconhece lacunas na oferta deste conteúdo na graduação desses profissionais e propõe uma disciplina aos cursos de graduação em bacharelado em Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior públicas do país.

Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Fisioterapia Integrativa. Formação Profissional em Saúde

ABSTRACT

MANFREDO, Leonardo da Silva. **Integrative Practices and Integrative Physiotherapy - Proposal of a discipline for the curriculum of Bachelor of Physiotherapy courses in Public Higher Education Institutions of the country.** (Master of Science, MSc – *Educação, Gestão e Difusão em Biociências*) – Institute of Medical Biochemistry Leopoldo de Meis, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

This master's thesis aims not only to analyze the curriculum, syllabi, and Pedagogical Projects of the Bachelor's degree programs in Physiotherapy at Public Higher Education Institutions in the country in order to identify the content offered on Integrative and Complementary Practices (ICP), the National Policy on Integrative and Complementary Practices (NPICP), and Integrative Physiotherapy, but also, upon confirming any gaps in the provision of the aforementioned subjects in the professional training of physiotherapists, to propose a way to address and disseminate this material.

This is a qualitative research of descriptive and exploratory nature, employing data collection and documentary analysis. For the literature review that provided the theoretical framework, books and scientific publications were used, obtained through consultation of electronic scientific databases and regulations. With the defined bibliographic references, a second stage of work was conducted to identify the public Universities, Institutes, and Colleges offering the Bachelor's degree program in Physiotherapy in the country. Based on the results of this second stage, the analysis proceeded to examine the curriculum, Pedagogical Projects of the Courses (PPC), and syllabi of these courses in order to discern the subjects that covered the content of NPICP, any of the ICPs, and Integrative Physiotherapy.

In this regard, a total of 47 (33 federal and 14 state) Higher Education Institutions (HEIs) that offer the Bachelor's degree program in Physiotherapy were identified, and none of them offered courses solely focused on NPICP, ICP, or Integrative Physiotherapy in their curriculum. Instead, this theme was addressed in a fragmented manner within other subjects.

Furthermore, while NPICP is not addressed or is tangentially approached in some curriculum components, certain ICPs are covered in specific disciplines, mostly in the form of "notions" and "fundamentals." Additionally, not all practices are present in the courses, with the most widespread ones being Acupuncture, Traditional Chinese Medicine (TCM), Hydrothermalism, Homeopathy, Herbal Medicine, Medicinal Plants, Yoga, and Auriculotherapy. Therefore, even though the history of Integrative and Complementary Practices is intertwined with a significant portion of human history, as some of these practices have existed for centuries, this remains an academically underexplored topic in Brazil, despite the establishment of NPICP over 15 years ago.

Similarly, Integrative Physiotherapy, a relatively recent term in the field of healthcare, is addressed by only a few institutions in conjunction with other content. Currently, NPICP encompasses 29 integrative practices with different concepts, medical rationales, content, each with its level of complexity and objectives. This, as noted by various authors, makes the professional training to meet the demand arising from this public policy a complex and

challenging process. In this context, incorporating this content into the curricula of Bachelor's degree programs in Physiotherapy serves as a means to achieve efficiency, safety, quality, and the maintenance of healthcare assistance and services envisioned by NPICP, while also fostering scientific development in the field of holistic health.

Thus, by seeking to identify the existence and approach of NPICP, ICPs, and Integrative Physiotherapy in the Bachelor's degree programs in Physiotherapy at Public Higher Education Institutions, this work acknowledges gaps in the offering of this content in the education of these professionals and proposes a discipline for the undergraduate physiotherapy programs at public Higher Education Institutions in the country.

Keywords: Integrative and Complementary Health Practices. Public Health Policies. Integrative Physiotherapy. Professional Training in Health

*Dedico este trabalho ao amor da minha vida, meu avô e padrinho, Wilson da Silva (**in memoriam**).*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que me apoiaram ou colaboraram de forma direta ou indireta para a confecção desta dissertação.

Ao meu núcleo familiar, mãe, pai, irmã e avó, em especial à minha mãe Mary Cristina que esteve sempre ao meu lado me ajudando a superar os momentos mais difíceis que existiram nessa caminhada e à minha irmã Flávia Manfredo, quem me introduziu ao universo das práticas integrativas.

Agradeço imensamente a meu orientador e Prof. Dr. Marcelo Borges Rocha pelo seu acolhimento mesmo antes de ser seu orientando, por toda a sua paciência, compreensão, respeito e dedicação a este projeto e a mim durante toda essa árdua jornada.

Agradeço ao Programa de Mestrado Profissional em Educação, Gestão e Difusão em Biociências da Universidade Federal do Rio de Janeiro (MPEGeD/UFRJ), pela possibilidade de trabalhar com a temática das Práticas Integrativas e Complementares (PICS).

Aos professores da MPEGeD/UFRJ pela dedicação à docência e por me proporcionarem a possibilidade de vivenciar debates e discussões sobre temas relevantes para o meu crescimento profissional, e para o meu crescimento pessoal. Em especial, sou grato à Prof^a. Dr^a Sonia Maria Ramos de Vasconcelos e a Prof.^a Dr^a Isabela Barbosa Ramos, por todo o apoio, compreensão e ajuda dispensados a mim durante a minha vida acadêmica no programa.

Aos funcionários da MPEGeD/UFRJ, em especial à ex-secretária do Programa Denise Campos, pela boa-vontade e acolhimento dispensados a mim durante as dificuldades no curso.

Agradeço à minha amiga Sabrina Serafim, também estudante do MPEGeD/UFRJ, pelo companheirismo, pela amizade, pelo apoio e por ter viabilizado o início desse trabalho ao me apresentar àquele que viria a ser o meu orientador, o Prof. Dr. Marcelo Borges Rocha.

Agradeço às amigas Prof^a Dr^a Rosemarie Broker Bone, Bruna Maluhy e Daniela Negreiros, outrora parceiras de trabalho na UFRJ, que sempre acreditaram em mim e proveram o apoio e suporte necessários para essa caminhada.

Por fim, agradeço também à minha turma de mestrado, os melhores colegas que poderia ter, especialmente duas amigas: Simone Morandini e Maria Isabel Correia. À Simone, a minha amiga de anos (e agora mestre) que pude reencontrar ao acaso no curso, sou grato por sempre estar disponível para grandes risadas, mas também grandes desabafos. À Maria Isabel, amiga que fiz no decorrer do curso, agradeço por ser essa grande parceira em todas as disciplinas e por nunca me deixar desistir.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	American Psychological Association
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidentes Vasculares Encefálicos
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIB	Comissão de Intergestores Bipartite
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIT	Comissão de Intergestores Tripartite
CNM	Confederação Nacional de Municípios
CNPICS	Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSV	Complexo de Subluxação Vertebral
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DC	Dança Circular
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSIC	Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão
EUA	Estados Unidos da América
FBM	Fotobiomodulação

FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IES	Instituições de Ensino Superior
IIBA	International Institute for Bioenergetic Analyses
IM	Intramuscular
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MA	Medicina Antroposófica
MEC	Ministério da Educação
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
MT/MCA	Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MTCI	Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OE	Óleos Essenciais
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPM	Órteses, próteses e materiais especiais
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PMNPC	Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PPC	Projeto Pedagógico de Curso
PROS	Programação e Orçamento da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RM	Racionalidade Médica
SC	Subcutânea
SCIELO	Scientific Eletronic Library
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
SH	Sistema de Informação Hospitalar
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos
SINPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SOBAB	Sociedade Brasileira de Análise Bioenergética
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Toque de cura
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TCM	Trabalho de Conclusão de Mestrado
TT	Toque terapêutico
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFG	Universidade de Goiás
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNEPAR	Universidade Estadual do Paraná
USP	Universidade de São Paulo
WNF	World Naturopathic Federation

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Dimensões de uma Racionalidade Médica (RM)	50
Figura 2: Principais constituintes da apitoxina	61
Figura 3: Exemplos de óleos essenciais com as suas indicações	67
Figura 4: Os 7 Dhatus do Ayurveda.....	72
Figura 5: Tipos de Argila	90
Figura 6: Representação de uma sessão de Toque Terapêutico (TT)	99
Figura 7: Demonstrativo do aumento do número de estabelecimentos da APS com oferta de PICS ao longo dos anos de 2017, 2018 e parciais para o ano de 2019	122
Figura 8: Demonstrativo do total de procedimentos realizados em PICS na APS ao longo dos anos de 2017, 2018 e parciais para o ano de 2019	123
Figura 9: Demonstrativo de oferta de atividades/procedimentos coletivos e de número de participantes por PICS na APS ao longo dos anos de 2017, 2018 e parciais 2019.....	124
Figura 10: Demonstrativo da quantidade de atendimentos individuais em PICS na APS ao longo dos anos de 2017, 2018 e parciais 2019	124
Figura 11: Demonstrativo da quantidade de total de procedimentos realizados em PICS na MAC em ao longo dos anos de 2017, 2018 e parciais 2019	125
Figura 12: Demonstrativo das IES públicas que ofertam o curso de Fisioterapia no Brasil.....	135
Figura 13: Distribuição das 47 IES públicas com oferta de curso de bacharel em Fisioterapia no Brasil.....	136
Figura 14: IES com conteúdo explicitamente relacionados à PNPIC ou PICS	137
Figura 15: Distribuição das PICS que são abordadas pelas disciplinas ofertadas.....	138

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	5
ABSTRACT	7
AGRADECIMENTOS.....	10
LISTA DE SIGLAS.....	11
LISTA DE FIGURAS	14
SUMÁRIO	15
1 APRESENTAÇÃO.....	18
2 INTRODUÇÃO.....	20
3 REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1 O SUS: um breve histórico.....	23
3.2 SUS: apresentação de seus princípios	33
3.2.1 Princípios Doutrinários.....	35
3.2.1.1 Universalidade.....	35
3.2.1.2 Equidade.....	35
3.2.1.3 Integralidade	36
3.2.2 Princípios Organizativos	36
3.2.2.1 Regionalização e Hierarquização.....	36
3.2.2.2 Descentralização	37
3.2.2.3 Participação Popular	37
3.3 Integralidade e Racionalidade Médica: uma discussão necessária	39
3.4 A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)	51
3.5 As Práticas Integrativas e Complementares disponíveis na PNPIC	59
3.5.1 Apiterapia	59
3.5.2 Aromaterapia	63
3.5.3 Arteterapia	67
3.5.4 Ayurveda	70
3.5.5 Biodança.....	74
3.5.6 Bioenergética	79
3.5.7 Constelação Familiar	83
3.5.8 Cromoterapia	85
3.5.9 Dança Circular	88
3.5.10 Geoterapia.....	89

3.5.11 Hipnoterapia	92
3.5.12 Homeopatia.....	95
3.5.13 Imposição de Mãos	97
3.5.14 Medicina antroposófica/antroposofia	100
3.5.15 Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura	103
3.5.16 Meditação	105
3.5.17 Musicoterapia	106
3.5.18 Naturopatia	108
3.5.19 Osteopatia	109
3.5.20 Ozonioterapia.....	110
3.5.21 Plantas medicinais – Fitoterapia	112
3.5.22 Quiropraxia.....	113
3.5.23 Reflexoterapia	115
3.5.24 Reiki.....	116
3.5.25 Shantala.....	117
3.5.26 Terapia Comunitária Integrativa	118
3.5.27 Terapia de Florais	119
3.5.28 Termalismo Social/Crenoterapia.....	120
3.5.29 Yoga.....	121
3.6 PICS: Panorama de oferta no país.....	121
3.7 O ensino da PICS nos cursos de graduação.....	126
3.8 A visão de Fisioterapia Integrativa	129
4 OBJETIVOS.....	131
4.1 Objetivo Geral	131
4.2 Objetivos Específicos.....	131
5 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA	132
6 RESULTADO E DISCUSSÃO	134
7 PROPOSTA DE DISCIPLINA	140
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145

"There are many hypotheses in science that are wrong. That's perfectly all right; it's the aperture to finding out what's right. Science is a self-correcting process." –

Carl Sagan

1 APRESENTAÇÃO

Desde que me recordo, sempre fui encantado com as áreas de biologia e química. Anos mais tarde, a minha paixão por essas matérias junto à influência de uma grande amiga à época, me fez optar por cursar a graduação de Bacharel em Fisioterapia na Universidade. Durante os anos de duração do curso de Fisioterapia eu realizei vários estágios, dentre os quais em instituições de caráter público (não necessariamente de caráter universal), como o Hospital Central da Aeronáutica e o Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark, atualmente denominado de Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark. Além disso, após formado, segui meu aprimoramento realizando Treinamento Profissional no Hospital Universitário Pedro Ernesto. Nesse sentido, estes foram os meus primeiros contatos com o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos pilares deste trabalho. Por meio destes estágios, pude reconhecer tanto a importância e méritos do SUS quanto também reconhecer algumas de suas dificuldades, como a grande disparidade entre a sala de aula e a realidade vivenciada pelos profissionais no ambiente laboral.

Após anos trabalhando como fisioterapeuta e experimentando a dificuldade do dia a dia deste profissional, realizei e fui aprovado no concurso para a UFRJ. Instituição na qual trabalho desde 2010. Durante a minha vida profissional dentro desta instituição, trabalhei por 8 anos na Pró-reitoria de Graduação como Assessor de Pesquisa Institucional no setor chamado Núcleo de Pesquisa Institucional, área responsável pela interlocução entre a Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior do Ministério da Educação (MEC) e a UFRJ. Na prática, ficávamos responsáveis por fazer com que todos os cursos de graduação da UFRJ cumprissem todas as normas, diretrizes e legislações do MEC. Vindo a responder por eles perante ao MEC quando necessário. Nesse feliz período da minha vida, eu pude conhecer a fundo não só a UFRJ, como também os cursos de graduação da instituição, as suas grades e matrizes curriculares bem como os seus Projetos Pedagógicos de Curso (PPC), além de ter contato com legislações, sistemas e ferramentas do MEC que jamais teria conhecimento da existência se não fosse pelo cargo ocupado. Fato que foi de extrema importância para a confecção desta dissertação e seu produto.

O interesse na área pública, já aflorado nos estágios, fora agora exacerbado pelo cargo ocupado na Pró-reitoria de Graduação, o que me fez cursar uma pós-graduação em

Gestão Pública. Afinal, sentia a necessidade de entender ainda mais como funcionava toda essa máquina da qual fazia parte e vinha sendo a base da minha vida profissional.

Acreditando que eu tinha muito mais a contribuir com a área pública e passados alguns anos de formado da pós, quis me desafiar e aprofundar ainda mais meus conhecimentos ao realizar um mestrado.

Nesse contexto, me informei na Pró-reitoria de Pós-graduação sobre o curso de Mestrado Profissional em Educação, Gestão e Difusão em Biociências e suas linhas de pesquisa tendo uma identificação automática pela área de concentração de Gestão em Ciências pelo meu histórico profissional. Com essa definição, prestei o concurso de acesso para discente do referido programa, sendo aprovado em seguida.

Aos poucos, conforme cursava as disciplinas e desenvolvia o meu projeto, fui me apaixonando cada vez mais pelo curso e por todas as áreas de concentração, não só pela Gestão, mas também pela Educação e Difusão Científica. Porém, tive vários contratempos seguidos, com consequências cumulativas, que me fizeram fraquejar e duvidar que conseguiria concluir o curso: troca de orientação ocasionando na troca do tema a ser desenvolvido na dissertação, problemas de saúde ocasionados pela pandemia, afastamento de trabalho, Síndrome de Burnout, crises de ansiedade e depressão.

Em meio ao caos que houvera se instalado, minha irmã, Farmacêutica e Aromaterapeuta, começou a me tratar alguns dos meus problemas (principalmente ansiedade) com Óleos Essenciais (Aromaterapia).

A curiosidade sobre esta prática foi despertada em mim conforme essa terapia era aplicada e eu conseguia verificar os resultados positivos na minha saúde. Todo este processo acontecia tendo como pano de fundo o fato de necessitar de outro tema para a dissertação devido a troca de orientação.

A leitura sobre Aromaterapia jogou luz sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), o que me fez questionar se a minha formação em fisioterapia me forneceu o básico de conhecimento sobre estas matérias e a integração da fisioterapia com estas práticas e, mais ainda, mediante a minha experiência no Núcleo de Pesquisa Institucional, se os cursos das instituições superiores estavam preparados para fornecer profissionais que conseguissem sustentar esta política pública. À época da minha formação, em 2004, a Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura, juntamente com a quiropraxia, essa ainda engatinhando, foram as únicas técnicas mencionadas durante a graduação.

A partir destes questionamentos, surgiu a ideia do tema e da proposta deste trabalho que foram aceitas pelo meu Orientador e o meu interesse em observar como se dava atualmente a formação desses profissionais da graduação em Fisioterapia com relação à essas práticas complementares pois, conforme grande parte das referências bibliográficas utilizadas nesta dissertação, a abordagem dessa política e de suas práticas na formação de profissionais da área de saúde constituem-se como um grande desafio para a afirmação da PNPIC.

Pensar que uma política pública tão importante como a PNPIC pode não encontrar sustentação devido algum vácuo na formação profissional motivou a minha análise crítica das políticas educacionais implementadas pelas Instituições referentes à este assunto e discussão proposta nesse trabalho.

2 INTRODUÇÃO

A PNPIC, instituída em 2006, trouxe para dentro do SUS as seguintes Práticas Integrativas e Complementares (PICS): Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, 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, Ozonioterapia e Terapia de Florais.

Conforme o Ministério da Saúde (2020), em seu último Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde divulgado em 2019, as PICS são ofertadas por 77% dos municípios brasileiros (4.297 municípios) e inclusive em todas as capitais. Ainda de acordo com o relatório, as PICS estão presentes em 17.335 serviços de saúde do SUS, sendo 90% (15.603) referentes à da Atenção Primária à Saúde (APS). Comparado à 2017, houve um aumento de 16% no quantitativo destes serviços no SUS, o que pode ser corroborado com a verificação do aumento do número de municípios do país que disponibilizam em seus serviços as PICS, como exemplo, no Estado do Rio de Janeiro esse número passou de 77 para 81 em 2019.

Indaga-se, portanto: Os graduados na área de saúde, em especial nos cursos de fisioterapia têm contato com o conhecimento mínimo acerca da PNPIC? A PNPIC e as

PICS estão incluídas nas disciplinas oferecidas na graduação das Instituições de Ensino Superior (IES) Públicas? A fisioterapia integrativa e práticas extra PNPIC constam nas grades curriculares das Instituições de Ensino Superior Públicas?

Tendo como base os dados disponibilizados pelas IES públicas que possuem curso de Bacharelado em Fisioterapia, o trabalho tentará responder às indagações levantadas por meio de uma pesquisa documental, de natureza exploratória e abordagem qualitativa. Em adição, o trabalho permeará o conceito de Racionalidade Médica (RM), conceito fundamental para o entendimento da PNPIC e da saúde do indivíduo sendo tratada de forma integral.

Como referências bibliográficas utilizadas para o arcabouço teórico foram verificados livros e publicações científicas referentes à temática, sendo os quais obtidos nas bases de dados eletrônicas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library* (SCIELO) e por meio do compilador *Google Scholar*. Além disso, utilizei de sites de órgãos oficiais, como o do Ministério da Saúde (MS), Secretarias de Saúde (municipais e estaduais) e Conselho Profissional. Já a análise de legislação foi realizada por meio de consulta a documentos oficiais de domínio público (políticas, normas técnicas e leis) como a Portaria nº 971/2006 que instituiu a PNPIC, Manuais, como o Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS, a Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários em saúde, os Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, a Portaria nº 849/2017 que altera a PNPIC, a Portaria nº 702/2018 que incluiu novas práticas na PNPIC, dentre outros. Quando pertinentes ao tema, a pesquisa também consultou dissertações de mestrado e teses de doutorado que foram disponibilizadas no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

Em um segundo momento, por meio do e-MEC (sistema eletrônico do Ministério da Educação de acompanhamento dos processos que regulam a educação superior no Brasil) foram consultadas as Universidades, Institutos ou Faculdades Públicas estaduais ou federais onde o curso de Fisioterapia é ofertado, encontrando o número de 47 Instituições de Ensino Superior, ou IES, que ofertam o curso de Bacharel em Fisioterapia, sendo 33 federais e 14 estaduais.

Conhecendo quais são as IES que ofertam cursos de fisioterapia, passou-se para a terceira etapa que correspondeu a consulta das grades curriculares e/ou dos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) a fim de se conseguir distinguir disciplinas que versavam sobre o tema PNPIC, quaisquer uma das PICS e Fisioterapia Integrativa. No caso de

dúvidas ou quando o curso não dispunha on-line de sua grade curricular ou PPC, as informações foram solicitadas por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC). O e-SIC consiste em um sistema que a qualquer pessoa, física ou jurídica, consiga solicitar pedidos de acesso à informação a órgãos e entidades públicas, cada qual em sua esfera: municipal, estadual ou federal.

Ressalta-se, entretanto, que este trabalho de conclusão de mestrado não visa sugerir um curso ou disciplina que habilite o profissional de fisioterapeuta a exercer as práticas complementares, mas propõe um modo de difundir a PNPIC e suas práticas entendendo que, conforme bibliografia utilizada, os profissionais de saúde possuem poucos conhecimentos acerca das práticas, seus benefícios e de como elas estão inseridas no SUS, o que gera uma demanda por profissionais capacitados não só no SUS, como também no setor privado. O próprio relatório de 2009 gerado pelo MS a partir do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde de 2008, apenas dois anos após a implementação da PNPIC, identificava e apontava a existência de “um forte mercado internacional de PICS: só a fitoterapia movimentava anualmente na Europa 3,5 bilhões de euros e na China 14 bilhões de dólares, mostrando crescimento expressivo ano a ano” (BRASIL, 2009, p.18). Emerge aqui um dos pilares que justificam este trabalho: o fomento à difusão do conhecimento e discussão sobre as práticas integrativas, essenciais para a plena aplicação da PNPIC. A implementação de todo o potencial desta política esbarra não só na dificuldade da formação de profissionais capacitados, como também na baixa quantidade de estudos disponíveis sobre a temática, o que gera um ciclo que se retroalimenta: poucos estudos sobre o tema > baixa difusão de conhecimento acerca das PICS > poucos profissionais capacitados. Este cenário acaba por comprometer a oferta destas práticas no SUS, prejudicando diretamente a saúde da população.

Logo, ao se debruçar sobre a coleta de dados e análise documental do ensino das PICS, da PNPIC e da fisioterapia de caráter integrativo na formação do graduado em fisioterapia mediante análise curricular dos cursos, este trabalho identifica lacunas na disponibilização dos assuntos supracitados na formação profissional do fisioterapeuta. Situação que faz com que profissionais muitas vezes se formem sem que tenham o conhecimento da PNPIC, ou mesmo as PICS, somente se deparando com as diversas técnicas quando expostos à realidade do trabalho.

A ampla aplicação da racionalidade biomédica no ensino superior brasileiro na área de saúde, centrada na doença e seus sintomas, em detrimento de um modelo de cuidado que amplie o foco da doença para o indivíduo, currículos defasados, pouca oferta

de disciplinas e predominância de componentes curriculares optativos sobre o tema, dentre outros, são características do ensino apontadas por Nascimento et al. (2018), realizadas nesta pesquisa, e que justificam este cenário.

Nesse sentido, possuindo como plano de fundo o cenário acima descrito e averiguado por este trabalho, propõe-se aqui a criação de uma disciplina de Fisioterapia Integrativa, de caráter obrigatório e informativo, que contemple não só o ensino da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e sua legislação, como também das Práticas Integrativas e Complementares e Fisioterapia Integrativa, a fim de que os profissionais sejam formados com um conhecimento básico acerca das PICS e, a partir daí, aumentarmos a difusão de conhecimento acerca desse tema, aumentar o número de pesquisas e trabalhos sobre as práticas e, conseqüentemente, oferecer um serviço melhor à sociedade.

Em adição, destaco que este trabalho não se propõe a fazer juízo de valor sobre as PICS, que já são uma realidade no SUS, mas sim levantar questões e apontamentos que contribuam para o fomento do diálogo, da divulgação e dos estudos a respeito das PICS e do modo como são abordadas na formação dos fisioterapeutas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O SUS: um breve histórico

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe importantes contribuições para a área de saúde coletiva do país e, configurou-se como um grande marco de inclusão social. Na prática, a sua concepção ratificou o compromisso assumido pelo Estado Brasileiro no Art. 196º da Constituição Federal (CF) de 1988:

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)

Embora o âmago do SUS tenha sido instituído por meio da CF, trilhou-se um longo caminho até que o sistema fosse, enfim, criado e normatizado pelas leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (2011), com a aprovação da Lei Eloy Chaves em 1923, pela primeira vez o Estado brasileiro considerou a assistência médica como uma política pública de saúde por meio das Caixas de

Aposentadorias e Pensões (CAPS). As CAPS eram “organizações de direito privado, criadas para grupos específicos de servidores e organizadas segundo princípios de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados” (BRASIL, 2011, p. 13). A Lei Eloy Chaves fez com que o Estado se responsabilizasse pela regulamentação dessa assistência médica e dessas concessões de benefícios fornecidas pelas CAPS aos trabalhadores. Ressalta-se que os trabalhadores rurais não foram abrangidos pela lei.

Percebe-se então, a existência de complexos vínculos entre os setores privados e públicos e que se manterão até a concepção do SUS na forma atual (CELUPPI et al., 2019).

Na década de 1930, o governo de Getúlio Vargas procurou contemplar todas as categorias de trabalhadores urbanos com as prerrogativas da Previdência Social. Desta maneira, as CAPS foram descontinuadas e instituiu-se os Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAPs (BRASIL, 2011). Nesse modelo, a assistência médica é garantida por meio de serviços próprios e pela aquisição de serviços do setor privado (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2019).

A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), ocorrida ao final dos anos de 1950, representou outro grande marco para a saúde pública do país. O ministério era responsável por tudo o que fosse referente à saúde da população brasileira.

O Mesp fazia a prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos serviços previdenciários. (BRASIL, 2011, p. 15)

Esse modelo de organização persistiu até 1953 quando começou uma mudança de perspectiva por parte do governo brasileiro, que promoveu os primeiros passos para a separação entre assistência médica e assistência previdenciária, inclusive com a criação do Ministério da Saúde (MS).

Ademais, houve um movimento para a diminuição da burocracia intrínseca ao sistema vigente à época com a descentralização das discussões e decisões sobre saúde pública, que agora envolviam esferas externas como o Congresso Nacional e organizações como Congressos e Conferências nacionais.

A dinâmica política da sociedade brasileira começava, desde meados da década de 1950, a permitir a compreensão das proposições de mudanças nas políticas

da saúde, promovida pelos “desenvolvimentistas”, que defendiam a ideia da saúde como questão de superestrutura, isto é, não como causa do desenvolvimento econômico e social, mas uma consequência dele. (BRASIL, 2011, p. 16)

Reafirmando a tendência de descentralização das discussões e decisões acerca da saúde da população, em 1963 ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde (3ª CNS). A Conferência tinha como finalidade “o exame geral da situação sanitária nacional e a aprovação de programas de saúde que, se ajustando às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, concorram para o desenvolvimento econômico do País” (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992, p. 9). Além de discutir a política sanitária vigente com uma visão crítica, a Conferência também abordou assuntos que viriam a colaborar para a construção do SUS, como a partilha das responsabilidades da saúde da população pelas esferas federativas e a municipalização dos serviços de saúde.

A 3ª CNS foi um dos últimos eventos sobre saúde pública com participação da sociedade brasileira antes do golpe militar de 1964. O regime militar caracterizou-se por um “predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde.” (BRASIL, 2011, p. 16). Ainda durante o período militar, em 1966, houve a fusão dos IAPs com conseqüente absorção das suas funções pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a gerir não só a assistência previdenciária, mas também a assistência médica aos trabalhadores formais. Fato que por muitas vezes fez com que a assistência médica aos trabalhadores não recebesse os devidos cuidados.

A saúde pública, relegada ao segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos — que não chegavam a 2% do PIB — colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves conseqüências para a saúde da população. Os habitantes das regiões metropolitanas, submetidos a uma política concentradora de renda, eram vítimas das péssimas condições de vida que resultavam em altas taxas de mortalidade. Esse quadro seria ainda agravado com a repressão política, que atingiu também o campo da saúde, com cassações de direitos políticos, exílio, intimidações, inquéritos policial-militares, aposentadoria compulsória de pesquisadores, falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisas. (BRASIL, 2011, p. 16)

O INPS consolidou-se com a compra de serviços assistenciais do setor privado, bem como pela opção por um modelo de atendimento centralizado em hospitais, médicos e estritamente curativista, traços ainda presentes no SUS (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2019).

Conforme CONASS (2011), o período entre os anos de 1970 até meados dos anos de 1980 caracterizou-se por ser uma época de surgimento de profundas críticas ao governo militar que, buscando manter-se no poder, fez algumas poucas e controladas concessões econômicas e de políticas sociais em resposta às reivindicações populares. Logo, em 1974, foi elaborado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) que tinha como objetivo o desenvolvimento econômico e social, este último privilegiando inclusive a área da saúde. Dentre as constatações observadas pelo plano, relatou-se que havia uma escassez de capacidade gerencial e arcabouço técnico.

Ainda segundo CONASS (2011), na tentativa de sanar as dificuldades observadas com o II PND, foi criado o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS). Aproveitando essa situação de criação do Conselho é que figuras e lideranças sanitárias da época conseguiram penetrar na robusta e burocrática máquina estatal, seja atuando na área de saúde ou na área previdenciária.

Embora houvesse um esforço para organizar a saúde pública do país, o governo militar ainda impunha a prática de uma medicina individual, assistencialista e curativa, em vez de medidas de prevenção de interesse coletivo. Tal ênfase nessa medicina fez com que os setores privados de saúde buscassem cada vez mais o lucro investindo menos do que o necessário no quadro técnico e em equipamentos de primeira linha, bem como lançando mão de artifícios para aumentar os atos e gastos médicos, optando por internações mais longas e mais caras (CORDEIRO, 2004).

Logo, à época e diante de um regime autoritário, o movimento sanitário caracterizou-se pela tomada desses espaços dentro da máquina pública trazendo propostas que confrontavam o regime ao mesmo tempo em que almejavam o pleno exercício e a instrumentalização de orientações que transformariam o sistema de saúde. Algumas dessas propostas foram fundamentais para nortear o SUS, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) de 1976. Este programa propôs a concretização da atenção primária, com hierarquização do sistema de saúde que seria implementado de maneira descentralizada e de âmbito universal (BRASIL 2011).

Mais à frente, em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) fazendo parte de sua estrutura. O INAMPS tornou-se o órgão que prestava assistência médica aos trabalhadores com a mesma premissa do INPS de obtenção de serviços por meio de pagamentos ao setor privado. Conforme Reis, Araújo e Cecílio (2019), essa logicidade persiste no SUS até os dias de hoje.

Na primeira metade da década de 1980, aumentaram as críticas ao modo como o regime militar geria a área da saúde no país ao mesmo tempo em que uma crise atingia o sistema previdenciário brasileiro. Os projetos propostos para melhoria do sistema de saúde vigente à época, apelavam “à democratização do sistema, com participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização” (BRASIL, 2011, p.21), o que levou à criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) em 1981. O CONASP buscava organizar, racionalizar e moralizar a área de saúde brasileira.

Apenas um ano depois, em 1982, foi criado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) que visava privilegiar a atenção primária utilizando-se a rede ambulatorial como a via de entrada para o sistema de saúde do país. O país espelhava as principais características do que viria a ser o SUS no momento de sua criação (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2019).

Visava a integração das instituições públicas de saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada. Propunha a criação de sistemas de referência e contra-referência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização; previa a descentralização da administração dos recursos; simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; racionalização do uso de procedimentos de custo elevado; e estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos. Viabilizou a realização de convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde, com o objetivo de racionalizar recursos utilizando capacidade pública ociosa. (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2019, p. 33)

Porém, somente em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), percebeu-se a necessidade de transformações maiores do que simples reformas na administração ou na parte financeira. Compreendeu-se que as reformas deveriam ser profundas e, inclusive, conceituais. Logo, pela primeira vez, houve uma concepção expandida de saúde e princípio do direito à saúde como direito universal e obrigação do Estado, princípio tal que seria absorvido pela Constituição de 1988 (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2019). Conforme a 8ª CNS (1986, p. 12), a saúde é “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”.

Ainda na 8ª CNS, houve o debate sobre a separação entre a previdência e o sistema de saúde. Pela proposta, o gerenciamento da área da saúde seria independente da

previdência social, e estaria sob tutela de um órgão federal específico para tal (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Importante frisar que até o momento da conferência, a assistência à saúde não era de caráter universal, sendo privilégio apenas daqueles trabalhadores formais e dos segurados da previdência social e seus dependentes (SOUZA, 2002). Com isso, a 8ª CNS (1986) debateu não só acerca da universalidade do serviço, mas também propôs uma reformulação do Sistema Nacional de Saúde de modo que fosse possível a criação e implementação de um Sistema Único de Saúde com diversos princípios que permeiam o SUS até os dias de hoje.

Referente ao conceito de saúde e a organização dos serviços a serem oferecidos nessa nova proposta de Sistema Único de Saúde, ressalta-se que a 8ª CNS (1986) recomendou uma ênfase na integralização das ações desempenhadas dentro do sistema de saúde a fim de ultrapassar a barreira preventiva-curativa e a introdução de práticas alternativas de promoção de saúde no âmbito do sistema único, possibilitando assim que a população pudesse escolher aquela terapia que melhor lhe conviesse e tivesse melhor resposta durante tratamento.

Em 1987, houve a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tinha como finalidade servir como uma transição para “a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, enquanto se desenvolvessem os trabalhos da Constituinte e da elaboração da legislação ordinária para o setor” (CORDEIRO, 2004, p. 10). Pela primeira vez o governo federal começou a transferir recursos diretamente a estados e municípios para que suprissem as demandas de serviço de saúde, antevendo assim um dos princípios norteadores do SUS: a municipalização. Na verdade, já era possível reconhecer no SUD muitas das características que estariam presentes na criação do SUS (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2019). De um modo geral, o SUDS tinha como premissas a universalização, descentralização, hierarquização, regionalização e a participação comunitária (BRASIL, 2011).

Ainda na década de 1980, em 1988, já fora do regime militar, foi finalmente promulgada a “Constituição Cidadã”, a CF e houve a criação do SUS. A CF (1988) estipulou que “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser

descentralizada.” O SUS é determinado no artigo 198 da CF e o seu custeio seria por meio de recursos advindos principalmente da União, estados e municípios.

Art. 198. 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: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade. Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988, p. 119)

Importante ressaltar que todas as atividades e serviços ofertados pelo SUS devem ser balizados pelos princípios da integralidade, equidade, universalidade, e organizados de modo descentralizado, hierarquizado e com participação popular, não importando o seu caráter: público ou particular, aqueles que são ofertados via contrato ou convênio (BRASIL, 2003).

A sistematização do SUS aconteceu somente em 1990, por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A Lei nº 8.080/90, posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” (BRASIL, 1990, p.1), e instituiu o SUS. Nesta lei, foram descritos os objetivos e atribuições do SUS, detalhados os seus princípios e diretrizes, que serão abordadas mais à frente neste trabalho. Além disso, serão detalhadas também a sua organização, direção e gestão, bem como foram especificadas as atribuições e competências de cada ente da federação com relação ao sistema.

Essa lei também elencou as ações e serviços de saúde orientados para a assistência das populações indígenas, estabeleceu parâmetros para a política de recursos humanos na área da saúde, para o subsistema de atendimento e internação domiciliar, para a atuação complementar do sistema privado, para a obtenção de recursos e gestão financeira e para o planejamento e orçamento (BRASIL, 1990).

Art. 5º - Dos objetivos do Sistema Único de Saúde-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 artigo 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. 1)

Os campos de atuação do SUS foram delimitados pela Lei nº 8.080/90 como os que abrangem a vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Estipulou-se também que o SUS teria participação no desenvolvimento de políticas e ações de saneamento básico, na formação de recursos humanos para atuação na área de saúde, na cooperação para a proteção do meio ambiente (inclusive o ambiente de trabalho), no fomento do desenvolvimento científico-tecnológico na saúde, na concepção de políticas de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outras matérias-primas de interesse para a saúde (incluindo a participação na sua produção), na fiscalização de produtos, substâncias e serviços de interesse para saúde, na concepção e aplicação da política de sangue e seus derivados e na “fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos” (BRASIL, 1990, p. 2).

Apenas três meses depois, em dezembro de 1990, foi promulgada a Lei nº 8.142 que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990, p. 1). A lei teve grande contribuição para a implementação e normatização do SUS uma vez que estabeleceu Conferências e Conselhos de Saúde em cada âmbito do governo, ambas com participação da sociedade (BRASIL, 1990).

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990, p. 1)

A lei em questão ainda trata da destinação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde e estipula as exigências para que estados, municípios e o Distrito Federal possam receber a parte que lhes cabe do Fundo. Com a Lei 8.142/90, enfim o chamado “arcabouço jurídico” do SUS foi criado (BRASIL, 1990).

Ambas as leis, 8.080/90 e 8.142/90, fortaleceram o papel dos municípios principais como agentes executores das ações de saúde (SOUZA; COSTA, 2010).

Importante ressaltar que o SUS não é uma política pública estática, logo vem se adaptando e se aprimorando ao longo dos anos conforme necessidade da sociedade. Prova disso é que durante a década de 1990, por exemplo, foram criadas a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), ambas se constituíam como um local permanente de discussão e consenso entre os gestores das três esferas governamentais, ou seja, um espaço com a finalidade de fortalecer a “ideia de gestão colegiada do SUS, compartilhada entre os vários níveis de governo” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2019, p. 35).

Algumas adaptações no SUS ao longo dos anos foram muito relevantes, especialmente as trazidas pelas ditas Normas Operacionais Básicas (NOB), destacando-se a NOB-SUS 01/91 (1991), NOB-SUS 01/92 (1992), NOB-SUS 01/93 (1993) e a NOB-SUS 01/96 (1996).

Da NOB-SUS 01/91 (1991) salienta-se a “municipalização” dentro do SUS daquelas cidades que criassem um Conselho Municipal de Saúde, um Fundo Municipal de Saúde, um Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos, uma Programação e Orçamentação da Saúde (PROS) como detalhamento do Plano de Saúde, contrapartida de recursos para a saúde do seu orçamento e uma Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). Além disso, a norma centralizou a administração do SUS em nível federal (BRASIL, 2011).

Já a NOB-SUS 01/92 ratificou o processo de municipalização do SUS e procurava “normatizar a assistência à saúde no SUS, estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde” (BRASIL, 2011, p. 54).

A NOB-SUS 01/93 focou nos processos de implementação da descentralização política e administrativa da saúde e estabeleceu níveis gradativos de gestão local do SUS, definindo os graus de comprometimento e atribuições para a administração do sistema de saúde e confirmando a atuação dos órgãos colegiados com grande autonomia, como a CIT e a CIB (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2019).

A população se beneficiou com a NOB-SUS 01/93 principalmente porque ela forneceu aos estados e municípios maior independência financeira com relação ao governo federal (gestão semiplena), inclusão de serviços de grande complexidade e aumento dos programas de saúde pública e de serviços assistenciais, este último fomentou ainda mais o processo de municipalização do SUS (BRASIL, 2011). A municipalização

aproximou a população do SUS, incluindo a participação popular nos debates e processos decisórios acerca do SUS (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2019).

Com a publicação do Decreto n. 1.232/94, em 30 de agosto, que estabeleceu a forma, regular e automática, de transferência de recursos financeiros para estados e municípios, tornou-se viável a efetivação da gestão semiplena. (BRASIL, 2011, p. 56)

Em 1996, continuando o processo de aperfeiçoamento do SUS, a NOB-SUS 01/96 trouxe um progresso no processo de descentralização, principalmente por delimitar as responsabilidades, competências e condições de administração do sistema de saúde pelos estados e municípios, inclusive com relação à vigilância sanitária. Houve também a ruptura com o modelo de produtivismo, onde o governo federal, por meio do INAMPS, pagava para comprar serviços particulares e, principalmente, incentivou programas direcionados à população mais necessitada, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e às práticas e o Programa de Saúde da Família, o PSF (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2019).

Dentre os destaques trazidos pela NOB-SUS 01/96 podemos evidenciar a ampliação da percepção do que é a saúde, pois além de englobar o que é descrito na CF, ainda insere a sua promoção e prevenção, as conjunturas sanitárias, de emprego, ambientais etc.

Em outro momento, houve a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/01, em 2001, cujo foco foi fortalecer o processo de regionalização do SUS a fim de atingir seu objetivo que era o de “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos nos níveis de atenção” (BRASIL, 2001). Em mais um movimento de aprimoramento do SUS, em 2006, foi assinada a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 que versava sobre o Pacto pela Saúde.

Segundo Reis, Araújo e Cecílio (2019), o Pacto apresentou várias modificações nas relações entre as diferentes esferas da federação, inclusive, para que os gestores pudessem aderir ao Pacto pela Saúde, eles haveriam que consentir, por meio de um termo de compromisso, com as três esferas inerentes ao Pacto: o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Conforme a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Vida esboçava ações que desencadeavam na melhoria da saúde e da qualidade de vida da população brasileira, como por exemplo ações que visavam a saúde do idoso, redução da

mortalidade infantil e materna, robustecimento da Atenção Básica, promoção da saúde, dentre outros. Já o Pacto em defesa do SUS lançava mão de aspectos que fariam com que houvesse uma maior aproximação da sociedade civil com o SUS por meio da repolitização da saúde, incentivando a cidadania tendo como premissa que a saúde é um direito do cidadão e garantindo recursos e financiamento conforme necessidade do Sistema. Por último, o Pacto de Gestão descrevia os caminhos a fim de reforçar a regionalização e a descentralização e aprimorar os mecanismos de financiamento (BRASIL, 2006).

É importante perceber que, mesmo com todas as mudanças e adaptações ao longo do tempo, o SUS segue se consolidando como a maior política pública e de inclusão do país. Em grande parte, por conseguir manter os seus princípios principais ao longo dos anos.

3.2 SUS: apresentação de seus princípios

Antes de discorrer sobre os princípios, faz-se necessária a compreensão das diferenças entre princípios e diretrizes do SUS.

De acordo com Matta (2007), os princípios do SUS devem ser encarados como sustentáculos do sistema, alicerce, e como base ideológica, “valores, os preceitos, as bandeiras de luta que sustentam o sistema de saúde”. Logo, os princípios são, concomitantemente, edificantes e um princípio moral, ou seja, os valores escolhidos pela sociedade podem moldar as ações e políticas públicas de saúde do país.

Já as diretrizes são definidas como vertentes e estratégias que ordenam o SUS. Elas apontam a direção para onde se deve seguir a fim de atingir o objetivo desejado. “As diretrizes seriam meios, normas para atingir os objetivos do SUS que, em última instância, estariam articuladas com seus princípios” (MATTA, 2007, p. 5).

Devido às diferenças entre os termos e para facilitar a compreensão, alguns autores propõem a utilização da expressão “princípios”. Tais princípios se dividiriam em doutrinários e organizativos. Com isso, o SUS seria caracterizado como um grande “núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos” (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 300).

O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da

participação popular. Estes elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, através de formas previstas de aproximação da gerência aos cidadãos, seja com a descentralização político-administrativa, seja através do controle social do sistema. (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 300)

A partir deste ponto, portanto, será utilizada a nomenclatura de princípios proposta por Cunha e Cunha (2001), sendo a base ideológica referente aos princípios doutrinários e a base norteadora, direcionadora, referente aos princípios organizativos.

Conforme a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, todos os serviços realizados no âmbito do SUS, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados, devem obedecer e ser norteados de acordo com o artigo 198º da CF, mas também pelos princípios elencados no Art.7º, Capítulo II desta mesma lei.

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como um 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 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, 1990)

Tendo em vista a CF/88 e a Lei n.º 8.080/90, serão destacados os princípios mais relevantes das duas peças regulatórias.

Ao compararmos o artigo 198º da CF/88 com o artigo 7º da Lei n.º 8.080/90, percebe-se uma interseção formada por três princípios: a universalidade, a equidade e a integralidade. Conforme a classificação sugerida por Cunha e Cunha (2001), estes princípios seriam doutrinários. A partir daqui, serão apresentados os princípios doutrinários e organizativos do SUS. A começar pelos princípios doutrinários.

3.2.1 Princípios Doutrinários

3.2.1.1 Universalidade

Em consonância com o Artigo 196 da CF/88, que cita a saúde como um direito de todos e que deve ser garantido pelo Estado, o primeiro princípio que será apresentado, o da Universalidade, confere a todos os brasileiros o direito de utilizar os serviços do SUS com acesso irrestrito. O SUS deve oferecer a toda população brasileira “um conjunto de serviços sanitário e socialmente necessários, com base em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e por meio de amplo movimento de discussão que envolva os gestores de saúde na Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde” (BRASIL, 2011).

Infere-se, portanto, que a universalidade do SUS não diz respeito somente à garantia do direito à saúde do cidadão brasileiro por meio das políticas públicas, mas também se refere à questão do direito à vida e à igualdade de acesso sem segregação por raça, religião, sexo, ou quaisquer outras formas de discriminação (MATTA, 2007).

3.2.1.2 Equidade

A Equidade se apresenta como o segundo princípio do SUS a ser apresentado neste trabalho. O seu conceito passou por várias interpretações ao longo das décadas. Na verdade, conforme Paim e Silva (2010), de acordo com ideias aristotélicas de justiça, é possível inclusive distinguir com clareza dois tipos de equidade na legislação brasileira que versa sobre o SUS: a horizontal e a vertical. A equidade horizontal caracteriza-se por tratar a todos igualmente, sem distinção e sem considerar as particularidades ou necessidades dos indivíduos envolvidos; já a equidade vertical propõe que os diferentes sejam tratados de forma desigual, na medida da sua desigualdade ou particularidade, buscando a isonomia.

Percebe-se, portanto, que, quando falamos de equidade no SUS, estamos nos referindo à equidade vertical uma vez que na equidade horizontal haveria a possibilidade de grandes distorções, pois distintos teriam atendimento igualitário, preservando assim as desigualdades. Um exemplo de fácil assimilação para a aplicação do conceito de equidade vertical, seria a transferência de recursos. Uma vez que esta equidade permite o tratamento desigual aos desiguais, a distribuição de recursos poderia priorizar aqueles

entes da federação mais necessitados e assim alcançar a igualdade geral (PAIM; SILVA, 2010).

3.2.1.3 Integralidade

O conceito da Integralidade, terceiro princípio doutrinário do SUS, será abordado com maior profundidade à frente no trabalho, porém constitui-se basicamente em considerar a pessoa como um todo. Conforme Souza e Costa (2010), seria tratar cada cidadão como um ser indivisível e inserido na comunidade, ou seja, com interações que vão além da sua homeostase, além do seu estado de saúde no sentido biológico, sendo suscetível a agentes externos. No SUS, “a integração das ações remete à continuidade do atendimento e ao cuidado dos usuários em seus diversos níveis” (SOUZA; COSTA, 2010, p. 4).

3.2.2 Princípios Organizativos

Tal quais os três princípios doutrinários, os princípios organizativos são de suma importância para o funcionamento eficiente do SUS e serão discutidos separadamente. Os princípios organizativos são três: a regionalização e hierarquização, a descentralização e comando único e a participação popular.

3.2.2.1 Regionalização e Hierarquização

Segundo Matta (2007), o primeiro princípio, o da regionalização e hierarquização, diz respeito a organizar o sistema de saúde baseado no conhecimento do território em que é compreendida e de onde serão coletados os dados referentes ao perfil populacional, às condições de vida e os indicadores epidemiológicos. Estes dados orientarão as ações e práticas de saúde local. A ideia por trás desse princípio é a de que, quanto mais próximo da população, mais rápido e melhor será a resposta a quaisquer necessidades daquela população.

Matta (2007) sugere que com a regionalização há uma melhor garantia do direito e acesso à saúde da população local, uma vez que haverá a coleta de dados dessa população bem como a identificação da região do sistema de saúde, o que diminuirá as desigualdades e fará com que o sistema e os serviços já existentes sejam organizados e norteados pelas necessidades identificadas. Na regionalização busca-se a unificação do comando dos serviços existentes (CUNHA; CUNHA, 2001).

Já com a hierarquização, que norteará a regionalização, somos capazes de identificar os níveis de complexidade das ações e serviços de saúde disponibilizados nos mais variados ambientes e com isso há a possibilidade de se estipular os fluxos de organização necessários para a otimização e pleno funcionamento dos serviços do SUS, sempre dentro do espectro da integralidade (MATTA, 2007). Em suma, conforme Cunha e Cunha (2001):

A regionalização e a hierarquização de serviços significam que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida. Como se trata aqui de “princípios”, de indicativos, este conhecimento é muito mais uma perspectiva de atuação do que uma delimitação rígida de regiões, clientelas e serviços. (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 302)

3.2.2.2 Descentralização

O segundo princípio organizativo diz respeito à descentralização. Descentralizar é redistribuir o comando e as responsabilidades entre os três entes de governo e distrito federal, que passarão a ter autonomias técnicas, financeiras, administrativas e gerenciais, de modo que os serviços de saúde sejam oferecidos com melhor qualidade e que haja um controle e fiscalização mais eficazes por parte da população (CUNHA; CUNHA, 2001).

A legislação do SUS e as NOB-SUS determinam não só as prerrogativas comuns da União, distrito federal, estados e municípios, como a função e as responsabilidades de cada ente na instrumentalização do SUS (MATTA, 2007).

Matta (2007) afirma que muitos pesquisadores tem realizado levantamentos e pesquisas acerca do processo de descentralização e municipalização do SUS, fato que acabou por demonstrar uma gestão descentralizada completamente estabelecida no país, já que os números de municípios que haviam aderido ao SUS até o ano de 2000 era de praticamente a sua totalidade (99%).

3.2.2.3 Participação Popular

Já o último princípio organizativo, diz respeito à participação popular. Como detalhado anteriormente, o SUS surgiu em decorrência de um grande debate democrático que envolveu vários setores da população. Mas é importante frisar que a participação da sociedade não se esgotou apenas no momento da elaboração do SUS. Ao contrário, a participação popular é de extrema importância e presente no dia a dia do sistema por meio

dos Conselhos e Conferências de Saúde. Os Conselhos e Conferências de Saúde tem como atribuições “formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde” (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 303).

A fim de assegurar a participação ativa da sociedade, os Conselhos de Saúde estão presentes em todas as esferas de governo e ocorrem de maneira permanente e possuem caráter deliberativo, sendo organizados de forma paritária, e compostos por “metade de representante de usuários e o restante de representantes da gestão, trabalhadores da saúde e prestadores privados” (MATTA, 2007, p. 17).

[...]objetivo de influir na formulação de políticas em suas áreas de atuação, bem como de exercer o controle social sobre a execução, acompanhamento e avaliação das ações e políticas de saúde, inclusive em suas dimensões financeiras e administrativas. Suas decisões devem ser homologadas pelo gestor do SUS em cada esfera de governo. (MATTA, 2007, p. 17)

Ainda conforme Matta (2007), a cada quatro anos as conferências de saúde de cada esfera de governo devem se reunir com sua composição formada por os diversos segmentos da sociedade. As reuniões podem ser convocadas tanto pelo poder Executivo em questão ou pelo pela própria conferência ou conselhos.

Constituem-se, portanto, as conferências municipais de saúde, as conferências estaduais de saúde e a Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de avaliar a situação de saúde em cada uma de suas áreas de competência e propor as diretrizes para formulação de políticas. Essas instâncias, que também participam da diretriz de descentralização da gestão do SUS, reproduzem o modelo federativo proposto pela constituição. (MATTA, 2007, p. 17)

É importante frisar que, apesar dos avanços alcançados ao longo dos anos desde a criação do SUS, o Sistema ainda encontra alguns entraves que dificultam a sua operacionalização, entre os quais podemos destacar: o subfinanciamento, já que os recursos destinados ao SUS são insuficientes para operacionalização, e as deficiências da gestão local do SUS (CELUPPI et.al, 2019).

Em 2009, Reis, Araújo e Cecílio (2019) já apontavam tais limitações que viriam a prejudicar o desempenho do SUS, dentre as quais a deficiência na formação dos profissionais de saúde.

A formação dos profissionais de saúde será objeto a ser explorado com maior aprofundamento neste trabalho, mas conforme Gonze e Silva (2011) e Veras e Feitosa (2019), apesar dos avanços em uma direção integralista, o Brasil adotou em suas

universidades o modelo americano de ensino conhecido por biomédico flexneriano¹ a partir da reforma universitária de 1968. Desta forma, a formação de profissionais de saúde ainda inclui uma visão mais especializada e de cunho hospitalocêntrico².

3.3 Integralidade e Racionalidade Médica: uma discussão necessária

Como foi explicitado anteriormente, a Integralidade é um dos princípios básicos do SUS. Mas o que é a Integralidade e como ela se apresenta no SUS?

Embora a Integralidade seja algo intrínseco ao SUS, percebe-se que, a CF (1988) não faz menção explícita a este princípio, ela apenas institui que o sistema de saúde universal deve ser pautado pelo “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

De forma objetiva, a primeira menção explícita à Integralidade e sua consequente definição adveio com a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. A lei 8080/1990 define a integralidade como um “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”.

A ausência de uma designação objetiva para a Integralidade na legislação brasileira, fez com que diversos pesquisadores e autores tenham se debruçado sobre este tema na tentativa de estabelecer um conceito concreto e abrangente para este princípio. Assim, pretende-se neste trabalho explicitar e correlacionar algumas definições de Integralidade que embasam as políticas nacionais de saúde, com o conceito de práticas de saúde integrais.

Sendo um dos primeiros autores do país a tratar sobre o tema, Mattos e Pinheiro (2009) propõem três entendimentos para a Integralidade na tentativa de conceitualizá-la. O primeiro entendimento aborda a Integralidade em políticas especiais ou específicas, o segundo é relacionado à organização das práticas e serviços de saúde e o terceiro, e último entendimento, refere-se à medicina integral. Segundo o autor, as políticas especiais são

¹Modelo conceitual de biomedicina desenvolvido pelo educador norte-americano Abraham Flexner (1866-1959) baseado em uma “formação mecanicista, fragmentada, médico-centrada e curativista”. (PINHEIRO, 2020, p. 1)

² Conforme Santos, Vieira e Teixeira (2020), o modelo hospitalocêntrico é aquele com enfoque centralizado no hospital, de modo curativo, e que não prioriza a saúde ou atenção primária.

aquelas designadas para solucionar um problema de saúde específico ou aqueles que acometem uma determinada população.

A noção de Integralidade em políticas especiais no Brasil deve-se principalmente ao movimento feminista, pois por meio deste é que diversos programas e políticas de saúde foram criados, destacando-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher do MS.

Ainda conforme Mattos e Pinheiro (2009), os problemas da saúde da mulher, por muitos anos, foram tratados de forma reducionista, com as conjunções culturais e sociais nas quais as mulheres estavam inseridas sendo ignoradas, o que fazia com que os seus processos de adoecimento tivessem características muito específicas. Nesse contexto, o atendimento na saúde da mulher era reduzido ao âmbito da saúde materno-infantil, ou seja, resumia-se apenas à função reprodutora das mulheres. Dentro desse contexto, a resposta do governo aos problemas da saúde da mulher não era satisfatória, o que culminou na luta feminista por uma política pública que compreendesse todos os aspectos da vida da mulher e não só a parte reprodutora. Cunhou-se então o termo assistência integral.

Integralidade aqui quer dizer uma recusa, por parte dos que se engajam na formulação de uma política, em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem. (MATTOS; PINHEIRO, 2009, p. 63)

Continuando sob o espectro de políticas especiais, Mattos e Pinheiro (2009) pontuaram mais uma percepção para a integralidade, desta vez como a “convicção de que cabe ao governo responder a certos problemas de saúde pública, e que essa resposta deve incorporar tanto as possibilidades de prevenção como as assistenciais” (MATTOS; PINHEIRO, 2009, p. 63). Entende-se então que um programa ou política pública de saúde que esteja dentro desse espectro deve contemplar não só a prevenção e o diagnóstico, mas também todo o processo assistencial e de tratamento em decorrência de um problema de saúde.

Para a análise da segunda percepção de Integralidade, temos que retomar a informação discutida neste trabalho de que anteriormente, principalmente na década de 70, havia uma forte divisão entre as instituições responsáveis pela assistência médica, tal qual os institutos previdenciários como o INAMPS, e as instituições responsáveis pela

saúde pública, basicamente o MS. Tal dicotomia fazia com que as políticas públicas para ambas as áreas fossem pensadas separadamente.

Enquanto o sistema de assistência médica tinha um viés hospitalocêntrico e curativo, as políticas de saúde públicas eram focadas em centros de saúde que proviam atendimento focado na prevenção às doenças ou a programas verticais do ministério, como por exemplo os programas de imunização e de prevenção à doenças específicas como a tuberculose. Logo, cabia à população decidir qual destes atendimentos deveria procurar conforme a sua necessidade.

Em meio a esse cenário, Mattos e Pinheiro (2009) propõem que um segundo sentido para o princípio da integralidade seja baseado na crítica contra a separação entre as práticas de saúde e as práticas assistenciais e na intersetorialidade. Conforme o autor, não faria sentido “um homem diabético, com tuberculose e hérnia inguinal tenha que dar entrada em três pontos distintos do sistema de saúde para ter encaminhada a resolução de seus problemas” (MATTOS; PINHEIRO, 2009, p. 58). Logo, seria imprescindível que o paciente, ao procurar uma instituição, fosse acolhido com um único prontuário, e que o atendimento ofertado abrangesse desde a prevenção de patologias, passando pelos programas específicos (como tuberculose e hanseníase), até a restauração de sua saúde ou funcionalidade.

Para que a população recebesse o tratamento de saúde de forma global, conforme o sentido da integralidade que está sendo estudado, fez-se necessária uma grande mudança na forma organizacional do sistema de saúde onde, por exemplo, os funcionários e servidores que antes eram específicos para cada instituição ou programas verticais fossem designados e treinados para este novo fluxo de trabalho, ou seja, houve a horizontalização do sistema e dos programas verticais de saúde.

Nesse contexto, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades desde serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada desde o serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional. Diálogo que serve como ponto de partida para outras tantas ampliações, que ainda estão por ocorrer. (MATTOS; PINHEIRO, 2009, p. 61)

O terceiro sentido proposto à Integralidade, o que se refere à medicina integral, talvez seja o de maior importância para este trabalho. Os primeiros debates acerca do seu

conceito ocorreram nos Estados Unidos da América (EUA) nas décadas de 50 e 60. Segundo Mattos e Pinheiro (2009) estas discussões foram insufladas principalmente pela percepção de que a formação e o atendimento do profissional médico estavam cada vez mais especializados e fragmentados, focados principalmente nas questões e injúrias biológicas, renegando as condições psicológicas e sociais as quais o paciente estava sendo submetido.

Inseridos num sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, os médicos tendiam a recortar analiticamente seus pacientes, atentando tão-somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram. Isso significava ao mesmo tempo a impossibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes de seus pacientes. Além de fragmentária, aquela atitude frequentemente adotada por médicos era vista como reducionista, pois o conhecimento médico nas diversas especialidades ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais. (MATTOS; PINHEIRO, 2009, p. 49)

Os currículos de medicina eram baseados em um modelo biomédico composto por duas vertentes: um ciclo básico onde o estudante aprendia as disciplinas de ciências básicas, laboratorial, e um ciclo profissional, de clínica. Ainda de acordo Mattos e Pinheiro (2009), a proposta de reforma curricular advinda das discussões para tornar a formação profissional e o atendimento médico menos fragmentados e incompletos, também mantinha duas vertentes das quais uma preconizava não só conhecimentos básicos da medicina, mas também incorporava a eles novos conhecimentos relativos às doenças, adicionava novas dinâmicas no relacionamento entre paciente e profissional bem como levava em consideração a avaliação de aspectos culturais. Já o segundo eixo, favorecia o ensino fora de laboratórios ou da enfermaria de um hospital ou clínica, em ambulatorios ou dentro de comunidade criando assim uma proximidade maior dos estudantes e profissionais com uma parcela da população mais variada e seus contextos de vida e social.

No Brasil, nas décadas de 70 e 80, a medicina integral ficou associada à medicina preventiva, o que não era o ideal, mas que propiciou o advento da Saúde Coletiva e seu campo de estudo. Logo, a medicina dita convencional manteve a sua estrutura clássica, curativa. Importante frisar que uma das características principais da Saúde Coletiva era a de conceber as práticas em saúde como práticas sociais e estudá-las (MATTOS; PINHEIRO, 2009).

Com o passar dos anos, pesquisadores e estudiosos do campo da saúde começaram a tecer críticas ao saber médico e a sua racionalidade. Embora ainda fosse

encontrada grande resistência no meio médico e acadêmico, estava pungente a ideia de que para se alcançar aquilo que se achava integral, dogmas e limites da medicina clássica, anatomopatológica, deveriam ser superados.

Essa leitura, entretanto, não foi homogênea; ela, ao contrário, produziu posições polares. De um lado, alguns julgavam ser a medicina ocidental moderna essencialmente não-integral. Estes transitaram ora pela tentativa de subordinar os médicos a uma racionalidade sanitária (ou epidemiológica), ora pela defesa do reconhecimento e incorporação de racionalidades médicas alternativas, supostamente mais amistosas à integralidade. De outro lado estavam os que, mesmo partilhando daquela crítica ao saber e práticas médicas, apostavam na desconstrução interna, feita de dentro das instituições médicas. Estes continuavam a perseguir o ideal da medicina integral, a defender as mudanças curriculares. É claro que entre essas posições polares existiam muitas posições híbridas (MATTOS; PINHEIRO, 2009, p. 51).

Cabe ressaltar que durante os anos 80, os diversos debates acalorados no meio acadêmico e profissional da medicina acerca da medicina integral e integralidade fizeram com que cada vez mais a Saúde Coletiva se afastasse dos assuntos referentes ao exercício médico, e aos poucos a integralidade foi deixando de ser pensada como uma boa prática médica a ser alcançada. Na ocasião, algumas instituições defenderam a boa prática da integralidade e mantiveram em suas residências o seu estudo e aplicação, como a Universidade de São Paulo (USP). Corroborando ações como as da USP, Mattos e Pinheiro (2009) dizem:

A postura médica que se recusa a reconhecer que todo o paciente que busca seu auxílio é bem mais do que um aparelho ou sistema biológico com lesões ou disfunções, e que se nega a fazer qualquer coisa a mais além de tentar, com os recursos tecnológicos disponíveis, silenciar o sofrimento supostamente provocado por aquela lesão ou disfunção, é absolutamente inaceitável. Nesse sentido, cabe defender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram. (MATTOS; PINHEIRO, 2009, p. 52)

Destaca-se que, embora a formação na área de saúde no Brasil possua uma preponderância do padrão biomédico (GONZE; SILVA, 2011), mais recentemente a palavra Integralidade e a sua percepção como algo holístico têm sido frequentemente encontradas e utilizadas nos planos e políticas do MS e também nas discussões e propostas da academia sobre o atendimento em saúde no país.

Ainda com relação à medicina integral abordada anteriormente neste trabalho, Assumpção e Miotto (2009) destacam o significado de integralidade em práticas integrativas por meio da criação da PNPIC no SUS em 2006. Essa política, que será

detalhada neste trabalho posteriormente, visa a assimilação de novas formas de atenção à saúde pelo sistema único, como a MTC, além de satisfazer a necessidade e o direito do cidadão de escolher, em consonância com o profissional de saúde, o melhor tratamento ao qual será submetido.

Destaca-se também mais dois significados para Integralidade e propostos por Assumpção e Miotto (2009): a Integralidade como trabalho em equipe e a Integralidade na formação profissional.

Dialogando com o segundo entendimento de integralidade de Mattos e Pinheiro (2009), a Integralidade como trabalho em equipe de Assumpção e Miotto (2009) propõe que as ações de saúde demandam de um trabalho de uma equipe multidisciplinar onde a convergência de saberes de cada área envolvida, esta interdisciplinaridade, fará com que as demandas sejam encaradas por olhares com diferentes focos, logo as respostas às necessidades se darão de forma mais criativa e com uma visão integral. Já a Integralidade na formação profissional, assunto que será abordado neste trabalho com maior profundidade está intimamente correlacionada à procura por práticas integrais em saúde, uma vez que o debate sobre estas faz com que haja novos modelos de organização dos serviços de saúde e dos processos de formação profissional.

Outra definição de Integralidade, e provavelmente uma das mais conhecidas na literatura sobre o tema, é a que consta na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e que diz:

Princípio fundamental de sistemas públicos de saúde que garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, não excluindo nenhuma doença, com prioridade para atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais. A integralidade supõe um cuidado à saúde e uma gestão setorial que reconheça a autonomia e a diversidade cultural e social das pessoas e das populações. (Decs/BVS, 2021).

Complementando a definição da BVS (2021), podemos destacar Santos et al. (2018) que propõe que o cuidado holístico (integral) se manifesta pela perspectiva de atendimento de forma individualizada e específica ao indivíduo, abrangendo todas as suas demandas biopsicossociais.

Sob um espectro filosófico e teológico, o escritor e professor Leonardo Boff (1999 apud SANTOS et al., 2018) sugere que o cuidado integral é uma procura pelo equilíbrio entre a mente, o espírito e o corpo. Para alcançar este equilíbrio, o médico (responsável pelo corpo), o terapeuta (responsável pela mente) e o sacerdote (responsável pelo espírito) trabalhariam juntos focando na totalidade do ser humano.

Santos et al. (2018) cita ainda três elementos básicos para um cuidado integral: o acolhimento, a formação de vínculos e a responsabilização.

A dificuldade de enxergar o indivíduo como um ser multifacetado, reflexo de vários fatores determinantes (individuais, familiares, ambientais, sociais, econômicos, educacionais, dentre outros fatores) produzem obstáculos para os profissionais na realização de um cuidado verdadeiramente integral, favorecendo a continuidade do cuidado, processo que se inicia pela incorporação de princípios como acolhimento, estabelecimento de vínculos e responsabilização, considerados princípios de uma Linha de Cuidado Integral. (SANTOS et al., 2018, p. 4)

De antemão, podemos perceber que um traço marcante das definições de Integralidade e medicina integral listadas até aqui é que o tratamento integral preconiza que o indivíduo seja abordado como uma pessoa única, ímpar, que se encontra suscetível não só aos distúrbios físicos (intrínsecos ou extrínsecos) mas também aos distúrbios psicossociais e às interferências externas do meio em que vive.

[...] o sentido da Integralidade como prática profissional não fragmentada é entendido a partir do exercício profissional. Ou seja, espera-se que os profissionais de saúde tenham um olhar mais atento a seus pacientes/usuários não restringindo suas observações à relação saúde – doença, mas interpretando os vários fatores que intervêm nela. Em suma, não fragmentar os usuários enquanto partes de um corpo ou desvinculados de seu contexto sócio-econômico-cultural. (ASSUMPÇÃO; MIOTO, 2009, p. 6)

Percebe-se então que a interdisciplinaridade, a multidisciplinaridade e a intersetorialidade são aspectos perceptíveis das ações que visam a integralidade.

Interessante observar que esta visão onde o indivíduo é analisado holisticamente pôde ser identificada por Santos et al. (2018) em discursos dentro de equipes de PSF, ou seja, mesmo com a integralidade tendo sua origem recente por meio da luta popular por melhores condições de trabalho, vida e saúde durante o regime ditatorial - a chamada reforma sanitária - e com a formação profissional em saúde com cunho predominantemente biomédico, ainda assim os profissionais conseguem empregar e identificar traços deste princípio em suas atividades.

Em entrevista com gestores e profissionais de equipes de Estratégias de Saúde da Família, Santos et al. (2018) identificou, por exemplo, falas que tentavam traduzir a integralidade como algo abrangente:

A gente tendo hoje o olhar no indivíduo como um todo né? Sabendo da inserção dele no ambiente domiciliar, no ambiente de trabalho, então assim, a gente vê a importância até porque, até ele chegar na especialidade, a atenção primária vai ter que tomar conta desse cuidado, e muitas vezes esse cuidado

não requer somente a demanda do especialista. Então o apoio matricial nesse sentido, ele vem fortalecer a questão do acompanhamento da continuidade do cuidado. (FLOR., 2018, p.4, Informação verbal)³

Então [no caso da tuberculose, por exemplo] a gente faz, vai, chama o próprio, a família, a gente já fez para fazer, é, busca ativa. Aí fizemos raio-x, em todos eles – comunicantes - fizemos, é exame de baciloscopia, [...] Então a gente faz essas ações. (ONPA, 2018, p.4, Informação verbal)⁴

Um ano antes, discursos semelhantes foram observados por Silva, Miranda e Andrade (2017) em entrevista com integrantes de equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) conforme pode ser percebido na fala de um dos profissionais entrevistados ao sugerir que a integralidade é o “atendimento universal, atendendo a pessoa na sua integridade física, mental e social” (Trabalhador 1, 2017, p. 4, Informação verbal)⁵.

Neste contexto, cabe ressaltar também as percepções dos usuários do sistema de saúde brasileiro acerca da integralidade. González e Almeida (2010) verificaram que os usuários do SUS percebem a integralidade como um tratamento digno, com muito respeito e qualidade, e que proporciona um sentimento de acolhimento e vínculo.

Logo, é importante realizar que a integralidade deve ser preservada e buscada dentro das práticas de saúde. Conforme Mattos e Pinheiro (2009):

Defender a integralidade aqui não implica deixar de lado todo o caudal de conhecimentos sobre as doenças que tem permitido tanto à medicina como à saúde pública alguns significativos sucessos. O que significa, isso sim, é um uso prudente desse conhecimento sobre a doença, mas sobretudo um uso guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos de que tratamos. (MATTOS; PINHEIRO, 2009, p. 54)

Observa-se então que a Integralidade possui um caráter polissêmico, podendo adquirir muitas concepções e significados a depender do contexto e das pessoas que a pensaram. Outrossim, essa característica evidencia o quão complexas podem se tornar as discussões acerca deste tema.

³ Entrevista concedida pelo entrevistado FLOR a Santos et al. Rio de Janeiro, 2018. Disponível na publicação "A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades".

⁴ Entrevista concedida pelo entrevistado ONPA a Santos et al. Rio de Janeiro, 2018. Disponível na publicação "A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades".

⁵ Entrevista concedida pelo entrevistado Trabalhador 1 a Silva, Miranda e Andrade. Botucatu, 2017. Disponível na publicação "Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar".

Para fins deste trabalho, adotaremos o conceito de integralidade em consonância com a definição de Medicinas tradicionais, complementares e integrativas (MTCI) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da PNPIC no SUS.

As medicinas tradicionais, complementares e integrativas (MTCI) – denominação utilizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) – se refere à um amplo conjunto de práticas de atenção à saúde baseado em teorias e experiências de diferentes culturas utilizadas para promoção da saúde, prevenção e recuperação, levando em consideração o ser integral em todas as suas dimensões. (OPAS/OMS, 2021)

[...] sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. (BRASIL, 2015, p. 14)

Portanto, as PICS são práticas de saúde baseadas em um modelo de atenção humanizada e focado na integralidade do indivíduo. Tal integralidade, intrínseca às PICS, é promovida por meio de uma visão aumentada do processo saúde-doença e da promoção universal do cuidado humano, inclusive do autocuidado.

Porém, antes de adentrarmos no tema PNPIC e PICS, objetos fundamentais desse Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM), é importante entendermos outro conceito relacionado a eles e à Integralidade: a Racionalidade Médica (RM).

O termo Racionalidade Médica surgiu em meio aos estudos do campo da Saúde Coletiva, área das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, em meados da década de 1990. Precedendo a sua origem, percebemos nas décadas de 60 e 70 a consolidação de um discurso que valorizava a preservação da natureza e do meio ambiente. Nascimento et al. (2013) mencionam que, internacionalmente, havia uma cultura avessa à tecnologia e tudo o que era tecnológico, mas que, porém, fortificava as noções e estudos baseados na ecologia. Ainda conforme os autores, no campo da saúde e medicina, esta cultura antitecnologia induziu a uma resposta que fomentava a promoção da saúde, em vez de somente focar no viés curativo, no qual era baseada a medicina dita convencional e a farmacologia química. Além disso, fomentou uma gama de sistemas terapêuticos e cuidados que se aproximavam do naturismo, que segundo Luz (1996 *apud* NASCIMENTO, 2013, p. 2) consistia “não apenas a rejeição da medicina especializada e tecnificada, por invasiva e iatrogênica, portanto, antinatural, mas também a afirmação da força curativa da natureza e da eficácia das terapêuticas dela provenientes”.

Ainda na década de 70, mais precisamente em 1978 na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, ocorreu a Conferência Internacional de Alma-Ata. A Conferência fez referência à legitimação não só das práticas de saúde tradicionais, mas das alternativas ou complementares. Ressalta-se aqui a fala do diretor geral da OMS à época na qual chamou a atenção para o fato de que somente a medicina convencional e os aparatos técnicos utilizados até então não eram suficientes para resolver sequer dois terços dos problemas de saúde da humanidade enfrentava na ocasião (NASCIMENTO et al., 2013).

Em 1986, outro marco importante para entendermos o sentido de RM foi a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa (Canadá). Esta Conferência afirmou que a saúde dependia não só dos aspectos biológicos, mas também socioeconômicos, políticos, culturais e da influência do meio ambiente. Ademais, a Carta de Ottawa (1986) sugeriu que os serviços e programas do setor de saúde assumissem um posicionamento mais amplo, respeitando as singularidades culturais existentes, e incentivassem a colaboração e envolvimento de outros setores, disciplinas e da própria comunidade.

Ainda em 1986, mas no Brasil, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde que em seu relatório final criticou o modelo de saúde médico-hospitalar brasileiro, que priorizava os interesses empresariais em detrimento ao atendimento da população, enquanto o serviço público foi taxado como anárquico, ineficaz e ineficiente. A 8ª CNS também sugeriu “a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 18).

Em 1988, há a promulgação da nova CF com o texto de criação de um Sistema Único de Saúde, que viria a ser conhecido como SUS, mas que não menciona diretamente as práticas tradicionais ou complementares de saúde. Porém, na CF se faz referência ao atendimento integral, priorizando-se ações preventivas e concebendo participação à comunidade no processo de elaboração do sistema.

Nos anos 70 e 80, em resposta às transformações culturais e políticas que o país atravessava, houve um incremento na demanda por outras formas de bens e serviços de saúde além das já conhecidas. Nesse contexto, Nascimento et al. (2013) apontam que começou a haver a importação de antigas práticas e sistemas médicos orientais, como por exemplo a medicina ayurvédica e a MTC. Ademais, percebeu-se também que a retomada de terapias populares, como as relacionadas às religiões de matrizes africanas. Ainda

conforme os autores, a homeopatia foi resgatada como medicina alternativa e, juntamente com as mais diversas terapias ou formas de cuidado que estavam adquirindo importância no campo da saúde, recebia a alcunha de terapias alternativas, holísticas, tradicionais, integrais, naturais, energéticas, doces ou complementares.

Em contrapartida, Nascimento et al. (2013) destacam que, no campo socioantropológico, a academia em seus estudos trabalhava as práticas tradicionais e complementares com um viés de medicina religiosa e popular, ou seja, as enxergava como curandeirismo, realizadas por meio de rezas e crendices.

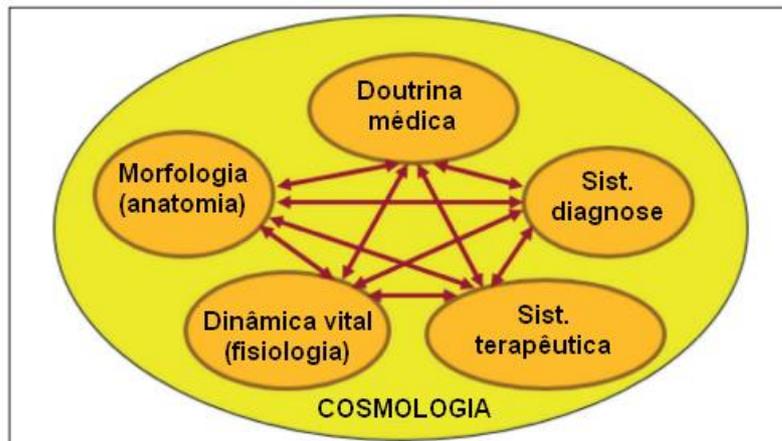
Em 1992, um grupo de pesquisa e ensino denominado Racionalidades Médicas (1992-1997), posteriormente nomeado de Grupo CNPq Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde (1998-2009), liderado pela pesquisadora Mandel Luz, iniciou o processo de desconstrução desta concepção descrita anteriormente. Em suas pesquisas, o grupo também tentou estabelecer o conceito de RM para o campo da Saúde Coletiva e para a área de saúde em geral.

Os estudos do grupo foram iniciados comparando quatro sistemas médicos substanciais: a medicina ocidental contemporânea, a homeopatia, a MTC e a ayurvédica (LUZ; BARROS, 2012). Em 1995, o grupo definiu o primeiro conceito ideal de RM baseado nos estudos sócio-históricos realizados com os quatro sistemas:

Um sistema de cuidado/cura foi considerado uma ‘racionalidade médica’ (doravante abreviada para RM) se seis dimensões constituintes, coerentes e articuladas entre si puderem ser nele identificadas e descritas: uma doutrina médica (concepções e explicações gerais sobre vida, saúde, adoecimento e cura), uma dinâmica vital (equivalente à fisiologia, na biomedicina), uma morfologia (ou anatomia, na biociência), um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico. Estas cinco dimensões são permeadas por uma cosmovisão ou cosmologia, como sexta dimensão subjacente [...] (TESSER; LUZ; 2018, p. 2)

De acordo com Nascimento et al. (2013, p. 3) a cosmologia “é enraizada em um universo simbólico de sentidos que incluem imagens, metáforas, representações e mesmo concepções que são parte de um imaginário social irredutível ao plano de proposições teóricas e empíricas demonstráveis pelo método científico” o que por conseguinte favoreceu a observação de limites na RM dos sistemas (Fig. 1).

Figura 1 - Dimensões de uma Racionalidade Médica (RM)



Fonte: TESSER; LUZ (2018).

Conforme Tesser (2006), a definição de RM possibilitou a realização da diferenciação entre sistemas médicos complexos, como por exemplo a biomedicina ou a MTC, e terapias ou práticas diagnósticas isoladas ou fragmentadas, como os florais de Bach ou a Iridologia. Isso porque a partir deste conceito, o grupo de pesquisa liderado por Mandel Luz - e citado anteriormente - pode estudar sistemas médicos com alta complexidade a partir do potencial de resposta àquelas seis dimensões. Importante perceber que as seis dimensões descritas são condições necessárias e suficientes para identificarmos uma RM.

Complementando Tesser (2006), Luz e Barros (2012) enumeram as contribuições que o conceito ideal de RM trouxe para o campo de Saúde Coletiva e para a área de saúde em geral. Segundo os autores, no aspecto teórico, a definição de RM proporcionou a quebra de uma barreira epistemológica que impedia a área da saúde de enxergar potenciais racionalidades médicas em distintos sistemas médicos, o que fomentou o campo de pesquisas sociais para medicina. Além disso, apontou importantes diferenças entre sistemas médicos e práticas de saúde associadas ou não às RM que foram estudadas pelo grupo de pesquisa.

No aspecto prático, a definição de RM fez com que intervenções diagnósticas e terapêuticas de sistemas médicos não dominantes, porém coerentes e consistentes, pudessem alcançar a legitimidade institucional em relação às políticas e planos do cuidado em saúde (LUZ; BARROS, 2012).

A partir destas reflexões, é importante questionar: como a RM está ligada à Integralidade e as PICS conforme dito anteriormente? Tesser (2006) explica utilizando como exemplo as medicinas homeopática, chinesa e ayurvédica. Conforme o autor, elas

abordariam os problemas de saúde a partir de uma perspectiva integradora, voltada para a singularidade do indivíduo e suas relações com seu meio.

Suas cosmologias, que integram o homem e natureza numa perspectiva de macro e microuniversos, e que postulam a integralidade do sujeito humano como constituída de dimensões psicobiológica, social e espiritual, têm profundas repercussões tanto em suas doutrinas médicas quanto nos sistemas diagnósticos e terapêuticos. Esta dupla integração as leva a considerar a doença como fruto da ruptura de um equilíbrio interno e relacional ao mesmo tempo. Interno no que concerne ao microuniverso que constitui o homem; relacional no que concerne às relações entre o homem e o meio no qual se insere: natural, social e espiritual. Tal integração é permitida, estimulada e ativamente buscada pelos saberes/práticas esotéricas dessas medicinas. (TESSER, 2006, p. 6)

A Integralidade seria uma particularidade, conforme Tesser (2006, p.3) um “qualificador de uma ação interpretativa e terapêutica, preventiva ou curativa”, o mais abrangente e global possível, porém com precisão, que faz parte de várias dimensões dos males e da vida dos acometidos por doença, tanto da visão do paciente como da visão do saber especializado que irá orientar o profissional, curador.

Já com relação às PICS, Tesser (2006) demonstra que a conceituação de RM, ao possibilitar algum grau de comparação entre os sistemas, fez com que as medicinas não convencionais se erguessem como portadoras de razão médica, coerência dentro de sua linha de pensamento, e de eficácia terapêutica típica, o que foi de encontro da impressão amplamente difundida de que somente a biomedicina seria portadora de racionalidade.

3.4 A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)

Antes de detalhar sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), é importante definir brevemente o que são as Práticas Integrativas e Complementares (PICS).

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS), denominação dada a Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA) pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), serão abordadas de maneira mais aprofundada posteriormente, porém podemos explicitá-las como procedimentos que procuram estimular os meios naturais de prevenção de enfermidades e recuperação da saúde por meio de técnicas eficientes e seguras, com abordagem acolhedora e profundo desenvolvimento do elo terapêutico, sem menosprezar a integração do indivíduo com o meio ambiente e a sociedade na qual está inserido. Outras características importantes das PICS são o olhar ampliado sobre o processo saúde-doença

e o fomento do cuidado humano global, focando especialmente no autocuidado (BRASIL, 2015).

Antunes et al. (2018) pontuam que a colaboração das PICS para o processo de ressignificação das maneiras de compreender e tratar a saúde e a doença surge a partir do momento em que a terapia também se preocupa em fazer com que os indivíduos entendam o próprio corpo de maneira plena.

Logo, visando atender às diretrizes e indicações das várias Conferências Nacionais de Saúde realizadas até a primeira metade dos anos 2000 e mediante à existência de recomendações da OMS com relação à integração da MT/MCA (PICS) nos sistemas nacionais de saúde de seus estados membros, o Brasil instituiu em 2006 a PNPIC e a implementou no SUS (BRASIL, 2015). Conforme a PNPIC (2006), a inserção dessas práticas na saúde pública se fundamenta especialmente pela preservação do princípio da integralidade.

A elaboração da referida PNPIC contou com a participação de diversos membros da sociedade envolvidos diretamente com as MT/MCA, como representantes das Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica. Também participaram dos grupos de trabalho para elaboração e implementação desta política, os representantes das Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e Associações Brasileiras de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, já demonstrando na sua gênese o seu caráter global.

Porém, cabe ressaltar em uma breve linha do tempo os importantes eventos e documentos que ajudaram na construção da desta política. Assim, destaca-se o documento “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitude de Ampliação de Acesso” (2015), em 1985 houve a celebração de um convênio entre o INAMPS, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e o Instituto Hahnemaniano do Brasil a fim de oficializar a assistência em homeopatia no sistema de saúde público.

Ainda na década de 80, em 1986, a 8ª CNS definiu a inserção das práticas alternativas de assistência à saúde no sistema de saúde em seu relatório final. Em 1988, mesmo ano da promulgação da CF, houve também as Resoluções nº 4, nº 5, nº 6, nº 7 e nº 8 da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) que

estabeleceram regras e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia.

Na década de 90 podemos destacar três atos importantes para a consolidação do que viria ser a PNPIC. O primeiro deles ocorreu em 1995 com a criação do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não Convencionais, por meio da Portaria GM nº 2.543, de 14 de dezembro de 1995, editada pelo MS.

Já em 1996, a 10ª CNS que, em seu relatório final, validou a inserção no SUS, em todo o Brasil, de práticas de saúde como a acupuntura, fitoterapia, e homeopatia, amparando também as terapias alternativas e práticas ditas populares.

A terceira ação da década que deve ser mencionada, conforme o Ministério da Saúde (2015), foi a inserção dos atendimentos médicos em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) em 1999.

No começo dos anos 2000, pouco antes da elaboração da PNPIC, é importante observar a 11ª CNS (2000), que recomendou a incorporação na rede de atenção básica práticas não convencionais como a homeopatia e a 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (2001) que demandou a manifestação da ANVISA acerca da regulamentação das práticas de saúde não convencionais como cromoterapia, acupuntura, florais e outras práticas alternativas, e clamou para que a uso de terapias naturais fosse livre, universal, igualitário e democrático.

Da mesma forma, o ano de 2003 foi marcado por vários atos que fomentaram a ideia de uma política de saúde para práticas integrativas e complementares, como por exemplo, o estabelecimento de um grupo de trabalho no MS a fim de criar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC), atual PNPIC (BRASIL, 2015). Ainda no mesmo ano, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que destacou a importância do aumento do acesso às medicações fitoterápicas e homeopáticas no SUS, e a 12ª CNS que ponderou pela inserção do PMNPC no SUS.

Em 2004, outro passo importante em direção à concepção da PNPIC foi a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovações em Saúde que classificou a PMNPC como área estratégica de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa.

Por fim, mas não menos relevantes, em 2005 dois eventos devem ser ressaltados: o Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que instituiu o grupo de trabalho para

formulação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, e o Relatório final do seminário “Águas Minerais do Brasil”, em outubro, que apontou para a constituição de uma proposta de termalismo social no SUS.

Em 2006, a PNPIC foi finalmente instituída no SUS pela Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006 e Portaria nº 1600, de 17 de julho de 2006 do MS. Neste mesmo ano, e ajudando a PNPIC a nortear o avanço das PICS no SUS, houve também a aprovação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (HABIMORAD et al., 2020). Posteriormente, a PNPIC foi modificada e consolidada pelas Portarias nº 849, de 27 de março de 2017 e nº 702, de 21 de março de 2018.

A PNPIC abrange diretrizes e responsabilidades institucionais para o oferecimento dos serviços e dos produtos de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, além de conceber observatórios de medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia. (BRASIL, 2018)

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovada pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006 e consolidada pela Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008, tem como objetivo “garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional” (BRASIL, 2006).

Já a PNPIC, um dos pilares desse trabalho, possui como objetivos:

Incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; Contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema e ampliação do acesso 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, 2015, p. 28)

A fim de delimitar meios para a inserção, avaliação e administração das PICS no SUS, a PNPIC estipulou 11 diretrizes principais: (i) organização e consolidação da atenção em PIC no SUS; (ii) promoção de qualificação para profissionais; (iii) difusão e informação de conhecimentos sobre PICS para profissionais, gestores e usuários; (iv) incentivo às atuações intersetoriais que possibilitem parcerias para o fomento integral das ações de promoção à saúde; (v) fortalecimento da participação social; (vi) fornecimento

do acesso a medicamentos homeoterápicos e fitoterápicos; (vii) garantia do acesso aos insumos essenciais à PNPIC; (viii) fomento à pesquisa em PICS focando o aprimoramento da atenção saúde sob os conceitos de eficiência, eficácia, efetividade e segurança; (ix) promoção de ações de acompanhamento e avaliação das PICS; (x) estímulo à cooperação nacional e internacional para troca de experiências relacionadas à utilização das PICS; (xi) monitoração da qualidade dos fitoterápicos por parte do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2015).

Embora todas as diretrizes sejam extremamente relevantes para o desenvolvimento das PICS no SUS, podemos destacar quatro que são primordiais para este trabalho: as diretrizes (i), (ii), (iii), (viii) e (x). Basicamente, estas diretrizes dizem respeito à educação, à gestão e à difusão dos conhecimentos em PICS dentro do SUS para os profissionais e para o público em geral.

Com relação à diretriz que versa sobre a qualificação profissional, o documento intitulado como “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso” (2015) diz que, dentre outros norteadores, a PNPIC deve estimular a qualificação em PIC para profissionais no SUS, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos para a educação permanente⁶.

Ainda sobre as diretrizes, o Ministério da Saúde (2015) estabelece que, sem que sejam desconsideradas as metodologias participativas e o saber popular e tradicional, deve-se estimular a difusão e informação de conhecimentos sobre PICS para profissionais, gestores e usuários. Além disso, para que a PNPIC seja balizada por tal diretriz, é necessário que haja “apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em PIC que atuem na Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde” (BRASIL, 2015, p.29), com isso será possível uma melhor divulgação científica sobre as PICS, com elaboração de materiais, ações e meios de divulgação adequados, incluindo a inserção da PNPIC na agenda de atividades da comunicação social do SUS.

Já o fomento à pesquisa em PICS, focando o aprimoramento da atenção saúde sob os conceitos de eficiência, eficácia, efetividade e segurança (BRASIL, 2015), acarretaria numa melhor gestão destas práticas dentro do SUS e forneceria dados que subsidiam e

⁶ Conforme Almeida et al. (2016, p. 1), a Educação Permanente em Saúde (EPS) é a “aprendizagem no trabalho, onde aprender e ensinar incorporam-se às organizações e processos de trabalho”.

aperfeiçoariam diversas áreas do ensino das PICS, novas pesquisa e até mesmo projetos de extensão de Universidades.

Outra diretriz importante é a que versa sobre o estímulo à cooperação nacional e internacional para troca de experiências relacionadas à utilização das PICS, principalmente por estar relacionada também com os campos de atenção, educação e de pesquisa em saúde (BRASIL, 2015).

Logo, essas quatro diretrizes da PNPIC estão intimamente ligadas à formação e educação em PICS, tema desenvolvido por este trabalho.

Outro fator a ser observado é a distribuição das competências entre os entes da federação que está discriminada na PNPIC. Neste sentido, cabe ao Governo Federal, além do papel de Coordenação Nacional, as seguintes ações:

Elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC no SUS; Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta política, considerando a composição tripartite; Estimular pesquisas nas áreas de interesse, em especial, aquelas consideradas estratégicas para formação e desenvolvimento tecnológico para a PNPIC; Estabelecer diretrizes para a educação permanente em PNPIC; Manter articulação com os estados para apoio à implantação e à supervisão das ações; Promover articulação intersetorial para a efetivação desta política nacional; Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta política; Divulgar a PNPIC no SUS; Garantir a especificidade da assistência farmacêutica em homeopatia e fitoterapia para o SUS na regulamentação sanitária; Elaborar e revisar periodicamente a Relação Nacional de Plantas Mediciniais, a Relação de Plantas Mediciniais com Potencial de Utilização no SUS e a Relação Nacional de Fitoterápicos (esta última, segundo os critérios da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename); Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos nas relações nacionais; Elaborar e atualizar periodicamente as monografias de plantas medicinais, priorizando as espécies medicinais nativas nos moldes daquelas formuladas pela OMS; Elaborar mementos associados à Relação Nacional de Plantas Mediciniais e de Fitoterápicos; Estabelecer normas relativas ao uso de plantas medicinais e de fitoterápicos nas ações de atenção à saúde no SUS; Fortalecer o Sistema de Farmacovigilância Nacional, incluindo ações relacionadas às plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos; Implantar um banco de dados dos serviços de PNPIC no SUS, instituições de ensino e pesquisa, assim como pesquisadores e resultados das pesquisas científicas em PNPIC; Criar o Banco Nacional de Preços para os insumos da PNPIC pertinentes, para orientação aos estados e municípios. (BRASIL, 2015, p. 59)

O Governo Federal também é responsável por gerir o financiamento e a transferência de recursos federais, conforme Portaria Ministerial nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. A portaria determina que o “repasso fundo a fundo seja realizado

respeitando a organização de dois blocos de financiamento, custeio⁷ e investimento, com apenas uma conta financeira vinculada a cada bloco” (BRASIL, 2018, p. 38).

Já ao Governo Estadual, são imputadas as seguintes competências:

Elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede de Saúde; Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta política, considerando a composição tripartite; Promover articulação intersetorial para a efetivação da política; Implementar as diretrizes da educação permanente em consonância com a realidade localregional; Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta política; Manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações; Divulgar a PNPIC no SUS; Acompanhar e coordenar a assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos; Exercer a vigilância sanitária no tocante à PNPIC e a ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação; Apresentar e aprovar proposta de inclusão da PNPIC no Conselho Estadual de Saúde. (BRASIL, 2015, p. 60)

Quanto à Administração Municipal, a PNPIC estabelece:

Elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede municipal de Saúde; Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta política, considerando a composição tripartite; Promover articulação intersetorial para a efetivação da política; Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de Saúde; Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da política; Divulgar a PNPIC no SUS; Realizar assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e homeopáticos, bem como a vigilância sanitária no tocante a esta política e suas ações decorrentes na sua jurisdição; Apresentar e aprovar proposta de inclusão da PNPIC no Conselho Municipal de Saúde; Exercer a vigilância sanitária no tocante à PNPIC e a ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação. (BRASIL, 2015, p. 61)

Conforme o Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde ([S.d.]), à gestão municipal também cabe desenvolver normas técnicas para integração da PNPIC na rede municipal de Saúde, além de estipular o orçamento⁸ para a implementação das PICS.

⁷ De acordo com a Confederação Nacional de Municípios (2018, p.15), o Bloco de custeio é composto pelos “recursos para manutenção da prestação dos serviços das ações e do serviço de saúde”. Inclui-se no Bloco de custeio recursos para a Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS, com enfoque nas ações continuadas.

⁸ Os recursos para as PICS fazem parte do Piso da Atenção Básica (PAB) de cada município, excetuando-se para alguns procedimentos cujos financiamentos fazem parte dos recursos de média e alta complexidade, como por exemplo a acupuntura. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021)

Ademais, é de competência exclusiva do município a contratação de mão de obra e a escolha das PICS que serão ofertadas.

Importante frisar que a PNPIC priorizou a implementação das PICS na APS, devido ao fato dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁹ serem os maiores responsáveis pela promoção destas práticas no SUS, além disso, esse método proporciona a possibilidade de se realizar uma boa análise do processo de trabalho em saúde na APS devido, segundo Pereira (2020, p.16), “ser capaz de diversificar as abordagens de muitos problemas trazidos pelos usuários aos profissionais da APS, sujeitando a reflexão sobre as relações de trabalho entre profissionais de distintas áreas no contexto do SUS”. Com relação às PICS a serem ofertadas pelos municípios, todas devem estar relacionadas e autorizadas em legislação federal.

Em 2008, apenas dois anos após a publicação da PNPIC, o MS realizou, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), um estudo a fim de se analisar a implementação das PICS nos municípios do país. Nesse estudo, foi averiguado desde a institucionalização das PICS, até a oferta destas práticas nas redes de saúde. A partir deste trabalho, foram observadas algumas deficiências que impediam o desenvolvimento eficiente da PNPIC e elencadas propostas para superá-las.

Conforme Habimorad et al. (2020), as propostas apresentadas incluíam propiciar a formação, capacitação e contratação de mão de obra suficiente dos profissionais que atuam no SUS; a monitoração e avaliação constante da aplicação da PNPIC no sistema de saúde; o abastecimento constante com insumos considerando as especificidades das práticas (medicamentos homeopáticos/fitoterápicos, agulhas para MTC/acupuntura); e instituição da pesquisa sobre PICS, estimulando o aumento do fluxo de informação e conhecimento conforme as necessidades do SUS.

No ano de 2011, a Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (CNPICS), parte integrante da DAB, publicou o relatório de gestão 2006-2010. O documento trazia o cenário da PNPIC no SUS na APS. Segundo Habimorad et al. (2020), o avanço mais importante detectado por este relatório relaciona-

⁹ A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem por objetivo a reorganização da atenção básica no País, conforme as diretrizes do SUS, e é preconizada pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, fortalecimento e qualificação da atenção básica por prover uma reorientação do processo de trabalho focando nos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, além de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde da população e coletividades e de promover uma importante relação custo-efetividade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

se com a regulamentação e institucionalização das experiências em PICS nas cidades. Ressalta-se a criação do NASF que proporcionou a entrada de quaisquer profissionais praticantes de PIC no âmbito da Atenção Básica. Como entraves à PNPIC, o relatório reitera os detectados no relatório de 2008 e adiciona outros como a necessidade de “estruturação dos serviços na rede pública e o desenvolvimento/adequação de legislação específica para os serviços no SUS” (HABIMORAD et al., 2020, p. 2).

Passados 11 anos da implantação da PNPIC, em 2017, o MS ampliou o leque de PICS a serem disponibilizadas no SUS por meio da Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. A partir desta publicação, outras 14 práticas foram absorvidas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. Essas PICS proporcionaram maior abordagem de cuidados, garantiram mais possibilidades terapêuticas e, com isso, maior integralidade na atenção à saúde (BRASIL, 2018).

Outrossim, em 2018, durante o 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares e Saúde Pública, foi realizada a última atualização de PICS na PNPIC. Por meio da Portaria nº 702, de 21 de março de 2018, o MS alterou a Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 e incluiu mais 10 práticas, a saber: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, geoterapia, cromoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais. Importante observar também que a medicina antroposófica e a crenoterapia, que na criação da PNPIC tinham sido incluídas como observatório, foram incluídas em definitivo como práticas por esta portaria de 2018.

Adiante serão descritas as PICS oferecidas na PNPIC e a percepção que os estudantes e profissionais de saúde, bem como os usuários do SUS, possuem sobre estas práticas.

3.5 As Práticas Integrativas e Complementares disponíveis na PNPIC

Neste capítulo serão abordadas as 29 Práticas Integrativas e Complementares que, conforme a PNPIC, podem ser disponibilizadas pelo Estado brasileiro à população.

3.5.1 Apiterapia

A Apiterapia está presente na humanidade há milênios. Há relatos da sua aplicação em diversas partes do globo. Na Índia, por exemplo, há quase 6.000 anos, o mel da abelha

era misturado com essências de plantas e ervas medicinais e administrado por meio de massagens e enemas (SEIJAS, 2012). Na China, a apiterapia surgiu como uma forma de medicina alternativa há cerca de 5.000 anos (ALMEIDA et al., 2017), até mesmo no Egito antigo muitas patologias foram tratadas com unguento manipulado do veneno de abelhas. Hipócrates¹⁰, por exemplo, utilizava picadas de abelhas nele próprio, além de Galeno¹¹ e Charlemagne¹² terem recebido tratamento semelhante em articulações com artrite (BRITTO; FERNANDES, 2016).

Entretanto, foi somente após estudos realizados por Philip Terc (Séc. XIX), médico austríaco considerado o pai da apitoxina, que esta terapia começou a ser difundida. Após sofrer um ataque de abelhas, Philip Terc, que era acometido por doenças reumáticas, teria notado que as dores começaram a diminuir, chegando a desaparecer, e seus membros adquiriram maior motilidade. Esse acontecimento fez com que Terc estudasse sobre este tema e desenvolvesse importantes trabalhos na Europa, relatando aproximadamente 650 (seiscentos e cinquenta) casos com a cura de enfermidades diversas, com destaque para aquelas com quadro reumático (SILVANO et al., 2020).

A literatura define a apiterapia como a aplicação de quaisquer produtos derivados das abelhas, para fins terapêuticos, podendo ser utilizados tanto em seres humanos quanto em animais.

A apiterapia é método integrativo que utiliza os produtos produzidos pelas abelhas em suas colmeias para promoção e manutenção da saúde, e auxílio complementar no tratamento de algumas condições alteradas, praticado desde a antiguidade conforme mencionado por Hipócrates em alguns textos, e em textos chineses e egípcios. Esses produtos são denominados apiterápicos e incluem a apitoxina, a geleia real e o pólen, a própolis, o mel, dentre outros, que compõem categorias diferenciadas. (BRASIL, 2018, p. 2)

Há uma gama de produtos derivados das abelhas que podem ser utilizados nessa terapia, como o néctar, o mel, o pólen, o própolis, a geleia real e a cera, dentre outros (SEIJAS, 2012), porém, ao longo dos anos, a apitoxina vem ganhando lugar de destaque.

¹⁰ Hipócrates (460. a.C. - 377 a.C) foi um médico grego que, juntamente com seus alunos, desenvolveu o "*Corpus Hippocraticum*", uma coletânea de tratados com os ensinamentos de Hipócrates e que revolucionou a medicina da humanidade. Hipócrates é considerado o "pai da medicina" (OLIVEIRA; HERNANDEZ; BEGLIOMINI, 2018).

¹¹ Galeno foi um médico grego do século II que escreveu sobre o tratamento com apitoxina (RUVOLLO-TAKASUSUKI; SOUZA, 2019).

¹² Nascido no Reino Franco, Charlemagne ou Carlos Magno (742-814) foi Imperador da dinastia dos Carolíngios e reinou sobre a maior parte da Europa central tornando-se o senhor absoluto do Sacro Império Romano. (FRAZÃO, 2019).

Pacheco Filho et al. (2014) explicitam que a apitoxina é o veneno produzido pelas abelhas *Apis mellifera* com objetivo de proteger a sua colônia. Esse veneno é constituído principalmente pela mistura de peptídeos, enzimas, carboidratos, aminas e lipídios e que, ao serem injetados no organismo, desencadeiam diversas de reações químicas e biológicas (Fig. 2).

Figura 2 - Principais constituintes da apitoxina

Classe de Moléculas	Componente da apitoxina	% Peso seco de veneno
Peptídeos	Melitina	40 - 60
	Apamina	2 - 3
	MCD Peptide	2 - 3
	Adolapina	0,5 - 1
	Escapina	0,5 - 2
	Minimina	2 - 3
Aminas	Histamina	0,5 - 2
	Dopamina	0,13 - 1
	Noradrenalina	0,1 - 0,7
Enzimas	PLA2	10 - 12
	PLB	1
	Hialuronidase	1 - 3
	Lisofosfolipase	1
	Fosfomonoesterase Ácida	1 - 2
	α -Glucosidase	0,6
Carboidratos	Glucose	2 - 4
	Frutose	
Minerais	Fósforo	3 - 4
	Cálcio	
	Magnésio	

Fonte: ASCENSÃO (2020).

Conforme Arar et al. (2017), devido a sua composição química, a apitoxina consolida-se como um potente anti-inflamatório não-esteroidal e por isso vem sendo utilizada em tratamentos contra a artrite, reumatismo e outras doenças autoimunes. Ademais, ensaios clínicos com a apitoxina em animais sugerem outros benefícios como efeitos de radioproteção, anticancerígeno, antimutagênico, anti-neuroinflatórios e hipoglicemiante (BRITTO; FERNANDES, 2016). Corroborando Britto e Fernandes (2016), Ruvolo-Takasusuki e Souza (2019) acrescentam como características da apitoxina a ação antinociceptiva, na captação de estímulos nocivos, analgésico, cicatrizante e neuroprotetor, em patologias como a esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica (ELA), doença de Alzheimer e doença de Parkinson.

Atualmente há uma diversidade de tratamentos por apitoxina, onde as formas de administração mais utilizadas são: sublingual, subcutânea com agulhas, injeções ou picadas de abelhas diretamente na pele (RUVOLO-TAKASUSUKI; SOUZA, 2019).

A extração do veneno pode ocorrer de algumas maneiras. A primeira delas pode ser realizada ao forçar uma ferroada em uma membrana, separando assim o ferrão e o veneno, e coletando a secreção em cápsulas para uso posterior (RUVOLO-TAKASUSUKI; SOUZA, 2019). Quando o uso é imediato, ou seja, aplicando a ferroada diretamente na pele humana a técnica é designada de Apicupuntura ou Apipuntura (PACHECO FILHO et al., 2014). Ambos os métodos anteriores levam à morte dos animais, uma vez que, ao efetuar a ferroada e voar, parte considerável da musculatura abdominal da abelha fica presa ao ferrão.

A abelha possui um complexo associado ao “ferrão” que possui 3 partes funcionais: a parte motora, a parte perfurante e a parte relacionada com o veneno. Na parte perfurante, o ferrão é coberto por farpas tetraédricas, dispostas em forma de espiral, que permite uma penetração facilitada na pele humana. Estas farpas fazem com que seja quase impossível a abelha retirar o ferrão da pele, deixando assim para trás o complexo associado ao ferrão, que devido aos músculos, tem capacidade autônoma de continuar a introduzir o veneno no corpo humano durante aproximadamente 30 segundos. (ASCENSÃO, 2020, p. 41)

A fim de evitar a morte dos animais, é possível a utilização de um equipamento automatizado que, por impulsos elétricos, realiza a captação do veneno das abelhas. Esta técnica consiste no uso de uma placa de vidro com conexão a uma fonte elétrica que fica posicionada na entrada da colmeia. A fonte libera pequenas descargas elétricas que promovem a contração da musculatura acessória do aparato de veneno quando as abelhas posam na placa, liberando o veneno, que será desidratado e captado na forma de cristais por meio de raspagem com uma espátula (RUVOLO-TAKASUSUKI; SOUZA, 2019).

É importante observar o crescente prestígio que a apiterapia vem alcançando nacionalmente e internacionalmente principalmente por se tratar de uma terapia de baixo custo e com resultados potencialmente úteis e que podem ser associados a diversas terapias. (PACHECO FILHO et al., 2014).

Os achados permitem afirmar que componentes da apitoxina produzem resultados benéficos consideráveis sobre a redução dos sintomas da doença, em especial no alívio da dor, podendo ainda, tais benefícios serem potencializados selecionando a espécie fornecedora da apitoxina ou se o tratamento com a mesma for associado a outras terapias, como por exemplo, a fisioterapia e acupuntura. (SILVANO *et al.*, 2020, p. 13)

O Ministério da Saúde (2018) destaca como uma das principais contribuições desta prática integrativa ao SUS a melhora de saúde que ela promove nos usuários deste sistema, tendo em vista também a economia de recursos que ela proporciona por utilizar matéria-prima de baixo custo.

3.5.2 Aromaterapia

O MS define a aromaterapia como a “prática terapêutica secular que consiste no uso intencional de concentrados voláteis extraídos de vegetais - os óleos essenciais (OE) - a fim de promover ou melhorar a saúde, o bem-estar e a higiene.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 2).

Corroborando o Ministério da Saúde (2018), Cavaglieri, Padilha e Prado (2017, p.196) definem os Óleos Essenciais (OEs) como “composições naturais, voláteis, que evaporam quando expostos ao ar, também chamados de óleos etéreos, constituídos a partir da extração de plantas aromáticas.” Essa extração pode ser realizada das plantas, raízes, caules e flores (CASTRO et al., 2020).

A primeira menção a respeito do que viriam ser de fato os Óleos Essenciais, componente principal da aromaterapia, foi feita por Arnold Villanova de Bachuone, no século XIII, porém, o termo “Óleo Essencial” só surgiu no século XVI e adveio do árabe “Az-Sait”¹³. À época, os alquimistas acreditavam que esse tipo de óleo continha a alma da planta e coube a Paracelso (1493-1541), a introdução desse conceito (SANTOS; EL’AOUAR, 2019).

Entretanto, Santos e El’Aouar (2019) destacam que foi somente entre os séculos XVI e XVII que os OEs receberam suas primeiras aplicações, tendo sido comercializados pela primeira vez em 1563, após a divulgação da obra “Liber de Distillatione”, de Giovanni Battista Dellaporta, que distinguiu óleos carreadores de óleos essenciais e descreveu meios de separação dos OEs das águas aromáticas.

Também no século XVI, mais precisamente em 1551, Adam Lonicir divulgou o seu trabalho chamado “Krauterbuch”, também conhecido como Livro das Ervas. Nesta obra, Lonicir relacionou as ervas e óleos de sementes que se tinha conhecimento à época com as suas informações de uso medicinal. Esta obra tornou-se um expoente da divulgação da aromaterapia prática (SANTOS; EL’AOUAR, 2019).

¹³ Azeite essencial.

O termo Aromaterapia foi cunhado pelo engenheiro químico Maurice Rene de Gattefossé (1881-1950) em 1937 após ter sofrido um acidente em seu laboratório e queimado as suas mãos. Naquele momento, Gattefossé mergulhou suas mãos em óleo de lavanda acreditando ser água e percebeu que a sua dor havia diminuído, posteriormente, houve cicatrização do ferimento sem infecções (NASCIMENTO; PRADE, 2020).

Nascimento e Prade (2020) destacam ainda os trabalhos do médico Jean Valnet (1920-1995) utilizando os OEs no tratamento de soldados feridos na Segunda Guerra Mundial com resultados animadores e o lançamento do seu livro “A terapia através dos óleos essenciais”, obra de grande importância na literatura sobre OEs Além disso, por anos, Valnet desenvolveu um grande trabalho dentro da medicina alopática (SANTOS; EL’AOUAR, 2019).

Outro destaque no campo da aromaterapia, é o trabalho da bioquímica austríaca Marguerite Maury, que desenvolveu a aromaterapia holística baseada nos conceitos e teorias da enfermagem. A austríaca foi uma das pioneiras na nesta terapia, abrindo a primeira clínica de aromaterapia em Londres, além de possuir trabalhos nesta área extremamente relevantes, dentre os quais as suas pesquisas sobre como os OEs influenciam o sistema límbico e o desenvolvimento do conceito de prescrição individualizada (NASCIMENTO; PRADE, 2020).

Os países com maior desenvolvimento ao longo dos anos na área da Aromaterapia foram a Inglaterra e França. Justamente as duas correntes mais fortes no uso dos OEs.

De acordo com Santos e El’Aouar (2019), a corrente anglo-saxã indica o uso dos OEs de forma mais holística, não ignorando o corpo e suas particularidades e subjetividades, já a corrente francesa busca reconhecer os OEs como medicamento, atestando por meio de pesquisas científicas o seu efeito terapêutico como substâncias ou princípios ativos curativos.

No Brasil, a história dos OEs teve seu início por meio dos trabalhos do farmacêutico e naturalista alemão Theodor Peckolt (1822-1912), que chegou ao país em 1847, até culminar com a sua incorporação na PNPIC no SUS em 2018. Em sua obra, Peckolt discorreu sobre a flora brasileira, abrangendo inclusive informações sobre a composição dos OEs e rendimento (SANTOS; EL’AOUAR, 2019).

A ação dos OEs pode ser entendida por meio da sua composição bioquímica, que pode ser constituída por até 300 componentes, o que lhe confere a capacidade de atuar em vários sistemas do corpo, inclusive na psique.

Os óleos essenciais são substâncias não gordurosas, voláteis, produzidas pelo metabolismo secundário das plantas. São classificados segundo a sua estrutura molecular em monoterpênicos, sesquiterpênicos, álcoois, aldeídos, ésteres, fenóis, éteres e óxidos, peróxidos, furanos, lactonas e ácidos, e, por sua atividade bioquímica, em grupos funcionais. (NASCIMENTO; PRADE, 2020, p. 7)

São constituintes de óleos essenciais, por exemplo, o limoneno, pineno, mentol, terpinen-4-ol, linalol, cinamaldeído, cetonas, verbenona, piperitona, acetato linalílico, eugenol, timol, carvacrol, 1,8-cineol (eucaliptol), miristicina, mentofurano e o bergapteno. (NASCIMENTO; PRADE, 2020, p. 8)

A composição dos OE pode variar de acordo com o estágio de desenvolvimento da planta e a sua idade. Fatores ambientais e o clima também podem influenciar no metabolismo da planta e ocasionar a biossíntese de diversos compostos que farão parte do OE (PEDROSO; PIRES, 2021).

De acordo com Gnatta et al. (2016), a administração de um OE poderá ser realizada via oral, pela pele ou por inalação, o que ajudará a determinar qual será a sua ação no organismo. Quando a inalação é a via de administração escolhida, por exemplo, as moléculas do OE estimulam os nervos olfativos que estão intimamente relacionados ao Sistema Límbico, responsável pelos sentimentos e emoções. Logo, esta administração poderá acarretar uma sensação de bem-estar, harmonização, relaxamento e estímulo de memórias e emoções (NASCIMENTO; PRADE, 2020; AMARAL, 2017).

Já para a administração cutânea é necessário compreender que os OEs são lipossolúveis, com moléculas menores que a da água, e principalmente, a sua composição química natural possui componentes similares aos produzidos pelo organismo em homeostase e situações fisiológicas normais. Essas peculiaridades fazem com que as moléculas dos OEs penetrem na pele ou nas mucosas, sejam absorvidas e difundidas pelos tecidos por meio da corrente sanguínea, interagindo assim dentro e fora das células do organismo, além disso, os OEs podem ter ação tópica local (GNATTA et al., 2016; OLIVEIRA; SARMENTO, 2019).

Importante frisar que, segundo Oliveira e Sarmiento (2019, p.42), “com algumas exceções, os óleos essenciais não devem ser utilizados puros, pois em estado concentrado podem apresentar alguma toxicidade”. Logo, para que sejam aplicados sobre a pele, é importante observar também a necessidade de se diluir os OEs em um veículo para facilitar a sua aplicação, permeabilidade e para evitar possíveis reações alérgicas. Estes veículos devem ser de origem orgânica, como leite, óleos vegetais, mel, argila, dentre outros (OLIVEIRA; SARMENTO, 2019).

Nascimento e Prade (2020) também ressaltam que deve-se cuidar para que os óleos sejam 100% naturais e não sejam confundidos com essências, que são produtos sintéticos e sem benefícios para a saúde, podendo inclusive causar prejuízos.

Quando a administração é feita via oral, as moléculas dos OEs são absorvidas pela mucosa intestinal, alcançando a corrente sanguínea e sendo difundidas pelo organismo o organismo (GNATTA et al., 2016).

Segundo Pedroso e Pires (2021), os OEs apresentam diversas propriedades, como funções antibacteriana, antisséptica, antiviral, analgésica, anti-inflamatória; antifúngica, antitóxica, relaxante, sedativa, antidepressiva, diurética, digestiva, imunoestimulante, expectorante, mucolítica, dentre outras. Os autores enfatizam a boa resposta do sistema imune no uso dos OEs com a melhora ou regulação da imunidade alçada por meio do aumento da atividade dos linfócitos e pela fagocitose por macrófagos.

Ao longo dos anos e com o desenvolvimento de pesquisas e estudos sobre aromaterapia, surgem novas aplicações e demandas por OEs, dentre elas encontra-se a aplicação dos óleos no campo da estética, associados ou não à eletroterapia¹⁴ ou a hidrolatos¹⁵, para maior potencialização dos efeitos almejados no tratamento. De acordo com Oliveira e Sarmiento (2019), essa demanda é devido à grande procura por efeitos estéticos desejados e os efeitos psicoemocionais decorrentes dos procedimentos.

¹⁴ Oliveira *et al.* (2015, p.104) definem a eletroterapia como “uma forma de tratamento através da aplicação da eletricidade diretamente no paciente, uma vez que o corpo humano se apresenta como um sistema de células líquidas polarizadas e ricas em eletrólitos de diferentes polaridades.”

¹⁵ Conforme Suzanne Catty (*apud* OBERLAENDER, 2018), hidrolatos “são a água condensada coproduzida durante a destilação a vapor ou hidro destilação de material vegetal para fins aromaterapêuticos”.

Figura 3 – Exemplos de óleos essenciais com as suas indicações

Sintomatologias		
Sintomas	Óleo essencial	Procedimento
Febre	Limão inteiro ou óleo essencial	Compressas nas panturrilhas
Cefaléia	Óleo essencial, hortelã pimenta, lavanda ou gengibre, rizoma	Fricção nas têmporas com escalda-pés
Tosse seca	Lavandim grosso, anis	Inalação úmida e compressas no tórax
Fadiga	Alecrim, pinheiro, hortelã pimenta	Fricção local ou massagem
Obstrução nasal	Hortelã, eucalipto glóbulos	Inalação úmida
Dor na garganta	Louro, cravo, limão	Compressa no pescoço
Mialgia	Alecrim	Fricção local ou massagem
Diarreia	Camomila	Compressas abdominais ou massagem
Anosmia e hiposmia	Alecrim	Inalação
Ansiedade e insônia	Lavanda, laranjas	Inalação, massagem no peito ou compressa cardíaca

Fonte: NASCIMENTO; PRADE (2020).

A utilização de OEs desponta como uma terapia econômica e de fácil acesso, porém demanda conhecimento e indicação adequada para a sua utilização. Como prática complementar, pode ajudar no tratamento de diversas patologias, entretanto ressalta-se que, mesmo sendo considerada uma terapia natural, pode causar efeitos adversos e ocasionar interações medicamentosas.

3.5.3 Arteterapia

A arte, como forma de expressão dos seres humanos, sempre foi alvo de estudos em diversos momentos da história da humanidade.

Definida como “prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico” (BRASIL, 2017, p. 2), a Arteterapia vem sendo objeto de estudos desenvolvidos pelo mundo desde 1876, tais pesquisas foram predominantemente iniciadas por psiquiatras e criminalistas. Um dos mais importantes pesquisadores nessa área foi médico psiquiatra

francês Paul-Max Simon, o pai da “arte e psiquiatria”, que publicou uma série de estudos sobre as manifestações artísticas de doentes mentais (LEITE, 2018).

Ainda segundo Leite (2018), a Arteterapia em seu sentido mais estrito surgiria baseada nos estudos do austríaco Rudolf Steiner (1861-1925), criador da Antroposofia¹⁶. Steiner acreditava que o homem seria um ser espiritual formado por corpo vivo e alma. A partir desse conceito, a expressão do ser humano por meio da arte emanaria como um processo terapêutico e instrumento de autoconhecimento, ou seja, um modo alternativo e complementar do paciente exteriorizar seus pensamentos e sentimentos de forma espontânea e criativa.

Durante os anos que se seguiram, muitos pesquisadores dedicaram-se ao estudo da arte das pessoas com algum problema mental, tais como Cesare Lombroso (1888), Morselli (1894), Julio Dantas (1900) e Fursac (1906). Dois dos mais importantes destes estudiosos foram o médico neurologista austríaco Sigmund Freud (1856-1939) e o médico psiquiatra suíço Carl Gustav Jung (1875-1961) que, na década de 1920, desenvolviam estudos psicanalíticos acerca da aplicação da arte em tratamentos médicos.

Freud supunha que a arte era uma manifestação de conteúdos inconscientes do paciente por meio de um processo de sublimação dos desejos, inclusive sexuais, os quais a pessoa não poderia aflorar na vida real (LEITE, 2018).

Por sua vez, Jung por sua vez começou a utilizar a arte como parte do tratamento psicoterápico e processo de cura por considerar a criatividade uma função nativa da mente humana e que, por meio dela, o paciente daria forma aos seus conteúdos inconscientes (BUENO; BRIDI FILHO, 2019).

Embora Jung e Freud tenham firmado o arcabouço de conhecimento que levaria à consolidação da Arteterapia como tratamento, foi somente por volta de 1940, com a educadora norte-americana Margareth Naumburg (1890-1983) que, de os recursos artísticos foram sistematizados e organizados de modo a proporcionar que esta terapia fosse inserida e trabalhada na prática em sessões terapêuticas. Naumburg foi então considerada a pioneira no trabalho com Arteterapia (LEITE, 2018).

No Brasil, a Arteterapia ganhou destaque por meio de dois médicos psiquiatras: Osório Cesar (1895-1979) e Nise da Silveira (1905-1999).

¹⁶ Ciência de cunho espiritual moderno e prático que “propõe uma forma livre e responsável de pensar, de perceber a realidade e de atuar, observando e respeitando o ser humano e a realidade na qual está inserido.” (INSTITUTO RUDOLF STEINER, 2016, n.p.).

Ambos empregavam orientação psicanalítica em suas intervenções, que se davam por meio de grupos com pacientes internados em hospitais psiquiátricos. Suas atuações foram fundamentais para a luta antimanicomial e para o tratamento mais humanizado no qual o paciente é enxergado em sua totalidade e não somente como o prolongamento de sua patologia (BUENO; BRIDI FILHO, 2019).

Ainda segundo Bueno e Bridi Filho (2019), para que o paciente consiga este atendimento humanizado, é necessário que o terapeuta acesse conteúdos inconscientes que estejam afetando o indivíduo de forma relevante, com este intuito, a arte entra como um facilitador deste acesso.

Com o passar dos anos e conseqüente aumento dos estudos e expansão da Arteterapia no país, o MS do Brasil a definiu e a incorporou no PNPIC.

É uma prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida. A Arteterapia estimula a expressão criativa, auxilia no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo. (BRASIL, 2017, p. 2).

Barros e Ferreira (2016) ressaltam que a arteterapia pode ser enxergada como uma ciência fundamentada em medicina e artes em geral pois utiliza-se de vasto embasamento teórico.

Conforme o Ministério da Saúde (2017), dentre os vários benefícios que a Arteterapia promove, há a ressignificação dos conflitos e a reorganização das próprias percepções e conceitos, fazendo com que aumente a percepção do indivíduo sobre si e sobre o mundo. Além disso, a arte pode ser utilizada como tratamento de saúde para pessoas de todas as faixas etárias, proporcionando caminhos para se lidar com estresses e traumas de modo mais brando e harmonioso.

Corroborando com os benefícios descritos pelo Ministério da Saúde (2017), Reis, Liberman e Carvalho (2017) afirmam que a arte também propicia a análise de conteúdos que seriam de difícil acesso e exploração em uma sessão de terapia tradicional e propicia que estes conteúdos sejam ressignificados por meio de representações gráficas, facilitando as suas interpretações.

3.5.4 Ayurveda

O Ayurveda é um sistema médico e filosófico que surgiu na Índia durante o período de 2000 - 1000 a.C. (BRASIL, 2017).

Segundo Birck (2018), a palavra Ayurveda, que tem sua origem no sânscrito, é formada por duas partes: Veda, que significa “Ciência” ou “Conhecimento”, e Ayus, que significa “Vida”, combinação dos órgãos dos sentidos (indriyas), da mente (manas), do corpo físico (sharira) e do espírito (atma).

O Ayurveda engloba em si princípios que enfatizam a saúde do corpo físico, porém levando-se em consideração também os campos mental, energético e espiritual, ou seja, trata-se o indivíduo como um todo (integralidade), porém respeitando a sua singularidade (DEVEZA, 2013).

No Ayurveda a investigação diagnóstica leva em consideração tecidos corporais afetados, humores, local em que a doença está localizada, resistência e vitalidade, rotina diária, hábitos alimentares, gravidade das condições clínicas, condição de digestão, detalhes pessoais, sociais, situação econômica e ambiental da pessoa. Considera que a doença inicia-se muito antes de ser percebida no corpo, aumentando o papel preventivo deste sistema terapêutico, tornando possível tomar medidas adequadas e eficazes com antecedência. Os tratamentos no Ayurveda levam em consideração a singularidade de cada pessoa, de acordo com o dosha (humores biológicos) do indivíduo. Assim, cada tratamento é planejado de forma individual. (BRASIL, 2017, p. 2)

Desenvolvido conforme os Vedas, escrituras que contemplavam sabedorias de todos os aspectos da vida, esta terapia se apresenta como um caminho “para se atingir o equilíbrio da existência em consonância com as leis que regem o Universo” (NERY, 2019, p. 27).

Conforme Birck (2018), esse sistema médico tem sua cosmologia¹⁷ baseada na crença de que o indivíduo é um ser dotado de subjetividades que está permanentemente tentando se equilibrar com o todo (natureza), ou seja, um microcosmo dentro um macrocosmo. Ainda de acordo com o autor, esta mesma cosmologia baseia-se também na teoria dos cinco elementos onde todo o ser vivo ou matéria seria composta por 5 (cinco) elementos: ar, éter, fogo, terra e água.

Os cinco elementos básicos – éter, ar, fogo, água e terra – se manifestam no corpo humano através de três princípios básicos ou humores biológicos, chamado de sistema tridosha, constituído por vata, pitta e kapha. A teoria tridosha é tão importante no Ayurveda que constitui a base para a manutenção

¹⁷ Uma das dimensões necessárias para que um sistema seja caracterizado como racionalidade médica.

da saúde, para o diagnóstico e o tratamento dos desequilíbrios. Estes três humores são responsáveis por todas as funções biológicas, psicológicas e fisiológicas do corpo, mente e consciência. Seu equilíbrio promove a saúde e seu desequilíbrio promove a doença. (DEVEZA, 2013, p. 5)

Deveza (2013) explicita que a doutrina tridosha vidya, ou dos três humores, considera que todas as nossas funções, sejam motoras ou metálicas, são controladas pelos humores (doshas): Vata, Pitta e Kapha.

Vata ou Ar, que controla todos os movimentos internos e externos no corpo; Pitta ou Fogo, que promove todos os processos de transformação, sejam digestivos, enzimáticos ou hormonais e Kapha ou Shleshman, elemento Água, responsável pela lubrificação, nutrição e estruturação do corpo e da mente. Cada um desses humores engloba um segundo elemento complementar, que compõe suas ações fisiológicas. Assim, Vata é composto dos elementos Ar e Espaço, Pitta, combina os elementos Fogo e um pouco do elemento Água, que o estabiliza para que o elemento Fogo não seja consumido por si próprio e Kapha, composto pela Água e pelo elemento Terra que lhe dá contenção. (DEVEZA, 2013, p. 4)

Frawley (2018) cita que então a existência de perfis físicos e psicológicos característicos ou predominantes associados a cada um dos três tipos de humores. O autor menciona ainda que todos os indivíduos possuem os três humores biológicos, entretanto em proporções diferentes, e aquele humor predominante ditará as características físicas e psicológicas da pessoa. Frawley (2018) exprime, por exemplo, que indivíduos que possuem um predomínio do humor biológico relacionado ao ar (Vata), costumam ser mais altos ou mais baixos que a média da população além de terem dificuldade em ganhar peso, enquanto que os indivíduos com predominância do tipo Pitta (fogo), são de altura mediana. Indivíduos do tipo Kapha (água) são extremamente emotivos, ao passo que indivíduos com predominância Pitta (fogo) veem o mundo de forma clara e sistemática.

Outro princípio relatado por Deveza (2013) diz respeito aos tecidos que compõem a estrutura do indivíduo no Ayurveda e as suas definições. Conforme o autor, essas definições de tecidos tem uma conotação mais funcional do que anatômica. Os tecidos em questão, também denominados dhatus, são sete: plasma (rasa), sangue (rakta), músculo (mamsa), gordura (medas), ossos (asthi), tecido conjuntivo (majja) e tecido germinativo (shukra). Eles são visceralmente interligados e quaisquer disfunções em um tecido comprometem o tecido que o precede e, principalmente, o que o sucede.

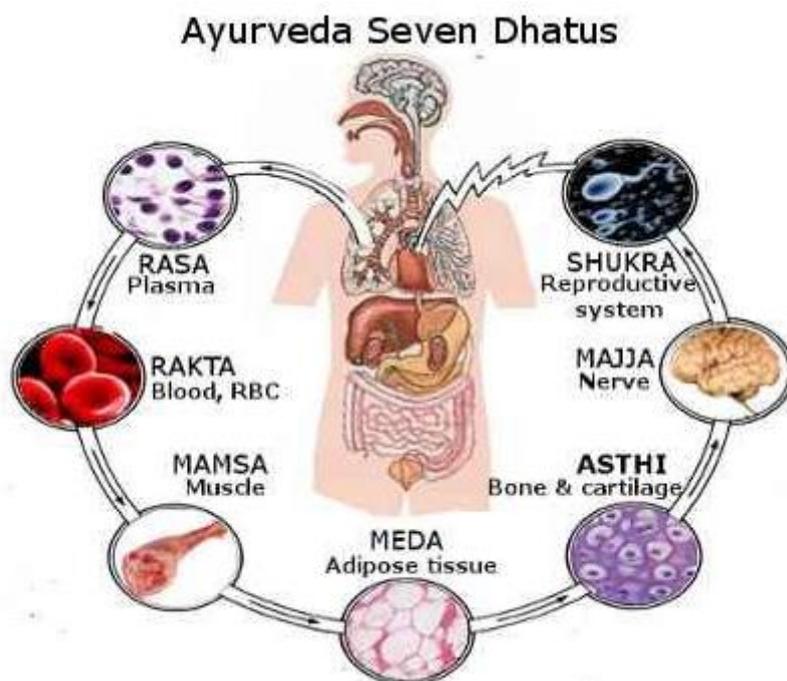
São definidos sete tecidos (dhatus) com suas principais funções: plasma (rasa), responsável pela nutrição; sangue (rakta), vitalidade e distribuição de nutrientes; músculo (mamsa), sistema de locomoção; gordura (medas), processos de hidratação e lubrificação de tecidos; ossos (asthi), sistema de sustentação; medula, tanto óssea como vertebral e tecido conjuntivo (majja),

preenchimento e controle; tecido germinativo (shukra), responsável pela procriação. (DEVEZA, 2013, p. 5)

Deveza (2013) exemplifica esta relação íntima entre os tecidos sugerindo como exemplo a infertilidade, na qual uma disfunção do tecido germinativo pode ter sido ocasionada por alterações no metabolismo do tecido antecessor, a medula (majja), que não possui a capacidade de fornecer os nutrientes primordiais para que as funções germinativas aconteçam. Cada tecido possui sintomas específicos que sinalizam para o seu mau funcionamento. O principal tecido relacionado à kapha é o plasma; à pitta, é o sangue; e, à vata, é o ósseo.

Ainda conforme o autor, os referidos tecidos são nutridos por meio dos inúmeros canais de circulação de materiais, sejam eles densos, como os alimentos, as fezes e a urina, ou sutis, como as emoções. Tal sistema de circulação, essa rede de canais, leva o nome de Srotas e, quando obstruído, altera o funcionamento dos tecidos.

Figura 4 – Os 7 Dhatus do Ayurveda



Fonte: Blog Sri Sri Ayurveda¹⁸.

¹⁸ Disponível em: < <http://blog.srisriayurveda.com.br/o-que-e-dhatus-descubra/>>. Acesso em: 13 jul. 2022.

Em suma, e diante de todo o conteúdo apresentado, podemos considerar que a saúde, de acordo com o Ayurveda, caracteriza-se como o estado presente quando estes cosmos e elementos estão ordenados, balanceados e, considera-se doença, a ausência desta ordem ou balanceamento.

Uma pessoa saudável e autônoma para o Ayurveda é quando os três doshas (bioenergias constitucionais), os sete tecidos corporais, fezes, urina e suor e o fogo digestivo estão funcionando adequadamente, e a mente, os sentidos e a alma experimentam felicidade. Baseado nesta definição, a maioria da população não está saudável. (BIRCK; LUZ, 2021, p. 5)

Segundo Deveza (2013), e conforme os princípios ayurvédicos, o processo de manifestação das patologias ocorre em seis etapas progressivas. Estas etapas iniciam-se com as “manifestações dos humores nos seus locais preferenciais no sistema digestório, até sua localização com comprometimento de órgãos vitais. São eles: acúmulo (Sancaya), agravação (prakopa), hiperfluxo (prasara), deslocamento (sthana samçraya), manifestação (vyakti) e diferenciação (bheda)” (DEVEZA, 2013, p. 4).

Dentro da doutrina Ayurvédica, para o restabelecimento da ordem, e consequente restabelecimento do quadro de saúde, Birck e Luz (2021) ressaltam que deve-se considerar que o corpo, a mente e a consciência como partes interligadas e com funcionamento de modo integrado.

No sistema de diagnóstico além de verificar os sintomas físicos, o Ayurveda leva em consideração todas as questões sutis e subjetivas da pessoa em desequilíbrio. Para compreender o diagnóstico de prakriti - a natureza ou essência individual imutável – e de vikriti – desequilíbrio dos doshas ou estado atual da pessoa – o corpo físico, a mente, as emoções e as reações ao meio ambiente devem ser observados de forma conjunta. (BIRCK; LUZ, 2021, p. 5)

Dentre os objetivos da Ayurveda, Birck e Luz (2021) destacam o alcance e promoção da saúde, a manutenção das pessoas saudáveis, a felicidade e vitalidade. E, para a consecução desses objetivos, a terapia ayurvédica lança mão de práticas terapêuticas corporais que restabelecem a harmonia dos doshas (Shamana ou Purva Karma) e purificam e desintoxicam o organismo de modo mais profundo (Shodhana ou Pancha Karma).

É importante frisar ainda que, segundo Birck e Luz (2021), no Brasil, o terapeuta ayurvédico tem assumido ao longo dos anos um papel de caráter educador de saúde integral, ou seja, orientando e divulgando a teoria e princípios ayurvédicos com enfoque

na conscientização das pessoas na busca de uma saúde integral, um estilo de vida saudável e estimulando o autocuidado.

Ele inspira os seus usuários do cuidado, amigos e familiares com as suas próprias experiências, mudanças, descobertas, com suas próprias curas, suas próprias dificuldades e superações. E este entrelaçamento como cuidador e usuário das práticas do Ayurveda, humaniza o terapeuta e faz com que os usuários sintam-se confortáveis e motivados a experimentarem as práticas deste sistema também. Este acompanhamento que o terapeuta faz desde a consulta e ao longo do processo terapêutico, seja aplicando as terapias ou acompanhando o processo através de aconselhamento, faz com que a experiência do cuidado seja mais profunda, produzindo assim encontros terapêuticos no lugar de consultas, onde acontecem não só uma troca de informações, experiências e aprendizados, mas também trocas afetiva. (BIRCK; LUZ, 2021, p. 7)

Infere-se, portanto que o ponto focal dos tratamentos em Ayurveda é a utilização de terapias para recuperação da funcionalidade dos doshas Pitta, vata e kapha.

3.5.5 Biodança

A Biodança (em espanhol Biodanza), com a conotação de “dança da vida”, é um sistema terapêutico criado na década de 60 por Rolando Toro, professor, psicólogo e antropólogo chileno, a fim de aproveitar os efeitos benéficos da música e da dança para o bem-estar de pacientes com problemas de saúde mental. Este sistema foi trazido ao Brasil pelo seu próprio criador, o Prof. Rolando Toro, que estava exilado, sendo difundido em todo o país, principalmente no Nordeste.

Biodanza é um sistema de integração humana, renovação orgânica e reaprendizagem das funções originárias da vida. E o texto sua técnica consiste da indução de vivências integradoras através da dança, do canto da música e dos exercícios de comunicação em grupo. (TORO, 2002, p. 30).

O Ministério da Saúde (2008) define a Biodança como:

Prática expressiva corporal que promove vivências integradoras por meio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, visando restabelecer o equilíbrio afetivo e a renovação orgânica, necessários ao desenvolvimento humano. Busca restabelecer as conexões do ser humano consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva. Sua metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos cuidadosamente selecionados, como músicas, cantos, exercícios e dinâmicas. (BRASIL, 2008, p. 49)

Logo, para se entender a Biodança é necessário conhecer alguns conceitos, como o de integração humana, renovação orgânica, reaprendizagem das funções originárias da vida, reeducação afetiva e vivência.

Conforme Toro (2002), o processo de integração se dá mediante estímulo de conexões com a vida, o que permite que os indivíduos consigam integrar-se a si, aos semelhantes e ao universo. Estas integrações são criadas por meio de vivências que serão mencionadas posteriormente.

A integração a si mesmo consiste em recuperar a unidade psicofísica; a integração com o outro, consiste em restaurar o vínculo original com a espécie como totalidade biológica; e a integração com universo consiste em resgatar o vínculo primordial que une o homem e a natureza e em reconhecer-se como parte de uma totalidade maior, o cosmo. (TORO, 2002, p. 34)

Já a renovação orgânica na Biodança é decorrente de homeostase¹⁹ e da diminuição dos fatores de estresse e são estimuladas por atividades que induzem a estados que reproduzem parcialmente “as condições fisiológicas inerentes à primeira infância” (TORO, 2002, p. 35). Com isso, ocorre a reprodução de um metabolismo mais acelerado, típico do metabolismo celular infantil, que propiciará a os processos de regeneração orgânica.

Ainda conforme o autor, a reaprendizagem das funções originárias da vida consiste em não ignorar os instintos, que são parte integrante e expressiva da biologia do indivíduo. Por outro lado, Toro (2002) sugere inclusive que tais instintos podem ser estimulados com a Biodança, pois, dentre suas várias funcionalidades, os instintos ajudam na adaptabilidade ao ambiente e na sobrevivência do indivíduo.

Toro (2002) também considera a reeducação afetiva peça-chave na Biodança, uma vez que o mundo moderno impõe ao indivíduo uma vida mais hostil com pouco espaço para manifestações de afetividade, o seu estímulo por meio da deste sistema terapêutico não só é esperado como estimulado.

Já a concepção de vivência foi definida primeiramente pelo filósofo alemão Wilhelm Dilthey como “algo revelado no complexo psíquico dado na experiência interna de um modo de existir a realidade para um indivíduo”, porém, ganha novos contornos com Toro quando este define a vivência como “a experiência vivida com grande

¹⁹ Conforme Toro (2002, p. 35), a homeostase é “o mecanismo de autorregulação que permite ao organismo manter-se em estado de equilíbrio dinâmico, apesar das oscilações das funções variáveis, dentro dos limites de tolerância.”.

intensidade por um indivíduo no momento presente, que envolve a cenestesia, as funções viscerais e emocionais. A vivência confere à experiência subjetiva a palpante qualidade existencial de viver o “aqui e agora” (TORO, 2002, p. 30). Logo, a Biodança utiliza-se de movimentos corporais e música para que sejam proporcionadas ao indivíduo as vivências necessárias para que haja o convite à conexão com o próprio, com o meio ambiente e com o outro(s) em uma sessão.

A saúde em Biodança está intimamente relacionada a 5 (cinco) linhas de vivência: as Vivências de Vitalidade, as Vivências de Sexualidade, as Vivências de Criatividade, as Vivências de Afetividade e as Vivências de Transcendência (TORO, 2002).

As cinco linhas de vivência são relacionadas a seguir:

- Vitalidade: potencial de equilíbrio, de homeostase, de harmonia biológica; ímpeto vital, energia de que o indivíduo dispõe para enfrentar o mundo.
- Sexualidade: capacidade de sentir o desejo sexual e o prazer; capacidade de fecundação.
- Criatividade: capacidade de renovação aplicada à própria vida, isto é, empregar a criatividade em cada ato;
- Afetividade: capacidade de dar proteção; aceitação da diversidade humana, sem discriminação; empatia;
- Transcendência: capacidade para ir além do Eu e de identificar-se com a totalidade cósmica; capacidade de experimentar os estados de expansão da consciência. (TORO, 2002, p. 74-75)

Outra característica da Biodança ligada à vivência e abordada por Toro (2002) é o fato de que este sistema trilhas por caminhos distintos das metodologias cognitivas convencionais. Enquanto as metodologias cognitivas trabalham em nível verbal, ou seja, fazem um caminho com origem nos significados com destino às emoções, a Biodança realiza um percurso inverso, da vivência aos significados, portanto, a vivência tem uma grande importância metodológica. Importante frisar que Toro não descarta a importância de outros aspectos como, por exemplo, a função cognitiva, o pensamento simbólico e a consciência. Ocorre que a prática da Biodança induzirá primordialmente às vivências e, somente posteriormente, a consciência assimilará os estados internos avocados.

Tibúrcio e Amorim (2020) ressaltam que são três os níveis de funções de conexão à vida na Biodança: a conexão do indivíduo consigo, a conexão do indivíduo com o semelhante e a conexão do indivíduo com o ambiente, dito universo.

As vivências ativadoras em Biodança apresentam-se em três níveis da função de conexão à vida: a) Conexão Consigo Mesmo – O exercício de abraçar-se, dar continente a si, pôr-se em íntimo recolhimento consigo e sentir um profundo contentamento em ser o acolhimento de sua própria identidade. Esta conexão pode proporcionar uma vivência abundante, de intensa felicidade, experimentando-se a consciência plena de sentido de estar, se perceber vivo e

de ser singular. b) Conexão com o Semelhante – Se estabelecem em exercícios de olhares, no toque das mãos, no abraço e em movimentos de coordenação em pares, trios, grupos, em roda. Os olhares se cruzam, estabelecendo-se uma atmosfera de amorosidade, afetividade, acolhimento, convidando para uma fluidez e um ritmo unificador, evocando um sentido de pertencimento. c) Conexão ao Universo – Esta vivência evoca uma unidade a partir do coletivo em comunhão. “As mãos unidas em uma roda de comunicação pertencem a um nível de conexão em trindade.” (ARANEDA, 1991, p. 19). É corpo maior, uma soma de singularidades individuais fazendo emergir uma nova presença unitária. “Esta terceira fase da função de conexão à vida [...] é a fusão na totalidade, no princípio e no fim, de onde a vida se renova e se retroalimenta.” (ARANEDA, 1991, p. 19). (TIBÚRCIO; AMORIM, 2020, p. 6)

Ademais, outro conceito que é abordado por Toro (2005), diz respeito à construção da identidade de homem que, segundo o autor, é permeada pelo fato de que somos filhos do cosmos, seres com capacidade de pensar, sentir, amar e de se expressar. Logo, somos seres relacionais, seres que adquirem cada vez mais experiência e conhecimento conforme interagimos na vida conosco, com outros seres e com o ambiente. Tal interação proporciona o crescimento do homem como indivíduo ao mesmo tempo em que essa evolução traz impacto no desenvolvimento do próprio Universo, por fazermos parte dele. Por este motivo a Biodança não é realizada individualmente.

Com a Biodança, Toro (2005) apresenta também dois novos aspectos: o princípio biocêntrico e o inconsciente vital. O princípio biocêntrico possui como ponto de partida a questão de o universo girar em torno da vida, sendo a vida o bem mais grandioso de todo ser vivo. Importante frisar que Toro (2005) exprime que o conceito de vida abrange não só o ser humano, mas os astros, as plantas e os animais. O princípio biocêntrico, juntamente com as vivências, é o pilar o sistema da Biodança.

O Princípio Biocêntrico tem como referência imediata a vida e se inspira nas leis universais que conservam os sistemas vivos e que tornam possível sua evolução. Estabelece um modo de sentir e de pensar que toma como referência existencial a vivência. Ele surge, assim, de uma proposta anterior à cultura e se nutre das informações que temos sobre os seres vivos.

Tal proposta pode parecer surpreendente, já que somos habituados ao uso da lógica dedutiva: isto é, somos avessos a tirar conclusões pré-estabelecidas de certos fatos. O método usado, ao invés, não é preestabelecido: ele parte do fato inquestionável da existência da vida “aqui e agora” para interrogar-se sobre a origem do cosmos. (TORO, 2002, p. 30-31)

Já o inconsciente vital foi criado de modo a facilitar o entendimento acerca da complexidade cósmica do ser humano. O inconsciente vital diz respeito ao psiquismo celular que seria composto por três forças: a memória da pessoa (inconsciente pessoal); a memória da espécie (inconsciente coletivo) e a memória cósmica (inconsciente vital), cada qual com as suas contextualizações teóricas definidas respectivamente por Freud,

Jung e Rolando Toro. Em resumo, o inconsciente pessoal seria as memórias dos fatos vivenciados pelo indivíduo, podendo ser analisado por meio da interpretação dos sonhos, por exemplo; o inconsciente coletivo seria nutrido pela memória de espécie sendo estudado e analisado, por exemplo, por meio dos arquétipos, que são comuns na civilização; já o inconsciente vital se manifestaria por meio do humor intrínseco, do bem-estar e do estado global de saúde, podendo ser acessado, por exemplo, por meio de jogos, alimentação e carícias. (TORO, 2005).

O Inconsciente Vital é, assim, um comportamento que gera regularidade e mantém estáveis as funções orgânicas; possui uma grande autonomia em relação à consciência e ao comportamento humano. Suas manifestações durante a vida cotidiana são o humor endógeno, o bem-estar sinestésico e o estado geral de saúde. A importância do conceito de “inconsciente vital” está em sua possibilidade de influir em nossos estados de humor. O inconsciente vital está em sintonia com a essência viva do universo; quando a sintonia é perturbada inicia-se a doença. O ato de cura será compreendido, assim, como um movimento destinado a recuperar essa “sintonia vital” com o universo (TORO, 2002, p. 53)

Neste contexto, Toro (2002) afirma que a fundamentação epistemológica da Biodança é composta por conhecimentos acerca da embriologia, psicanálise, psicogênese, psicologia da identidade e da expressão, dentre outras. Além disso, o autor enfatiza que pelo fato de a Biodança proporcionar vivências que reforçam associações com situações prazerosas (reforço positivo), há a existência do fenômeno de aprendizagem em três níveis neurologicamente relacionados: o cognitivo, o vivencial e o visceral.

Quando um aprendiz não compreende esses três níveis, os relativos comportamentos resultam dissociados. Assim, por exemplo: “uma pessoa pode racionalmente, pensar que está preparada para uma ‘prova’”, enquanto emocionalmente pode experimentar o medo ou insegurança e visceralmente pode sofrer uma diarreia nervosa. (TORO, 2002, p. 30)

Assumpção (2012) complementa que a Biodança é um “sistema aberto”, tolerante com a diversidade, aplicável a quaisquer pessoas, sendo que cada indivíduo ao entrar em contato consigo vai gerar as suas próprias emoções, ou seja, a esse sistema terapêutico não estipula um comportamento de resposta padrão. Além disso, os seus objetivos são bem definidos, com exercícios planejados que podem ser progressivos, ou seja, aos poucos podem ser alterados conforme a criatividade.

Os exercícios são sistematizados e seus efeitos são controlados por uma sequência com objetivos precisos. Progressivamente vão dando espaço à criatividade e à liberdade. Não se trata de uma dança livre, pois há que se trabalhar para desenvolver o movimento de acordo com a proposta.

O treinamento progressivo permite reforçar a identidade pessoal pela auto-regulação, o que leva a assumir a direção da própria existência. O sistema é aplicável a qualquer pessoa de qualquer idade e condição: estressados, enfermos, crianças, adultos, idosos etc. (ASSUMPÇÃO, 2012, p. 16)

Toro (2002) discrimina ainda três áreas de aplicação da Biodança: Biodança na educação, Biodança para a saúde e Biodança para organizações. Cada qual com a sua própria metodologia de aplicação.

Em recente trabalho com participantes de um grupo de Biodança, Cunha, Batista e Freitas (2020) conseguiram constatar alguns benefícios desta técnica que foram apontados por Toro na sua criação. Nos membros desse grupo, a Biodança despertou melhora da autoestima com estímulo ao autocuidado, à autovalorização, à aceitação de si; sensação de acolhimento e pertencimento a um grupo o que fez fortalecer a união entre os membros, facilitando a convivência e criando conexões afetivas; a possibilidade de entrar em contato com sentimentos mais profundos com conseqüente aprendizado emocional; e promoção de qualidade de vida por meio da evolução da mente e do corpo.

Em outro estudo, desta vez com um público restrito a pacientes com fibromialgia que praticavam a Biodança, Quevedo, Viera e Pascual (2021) conseguiram identificar diminuição da dor causada pela fibromialgia, o que facilitava a execução de atividades diárias pelos pacientes, redução das taxas de depressão e ansiedade e melhora da qualidade do sono, com conseqüente melhora na qualidade de vida. Em termos emocionais, os autores constataram que os participantes da Biodança demonstravam maior controle emocional e melhoria da autoestima.

Por fim, Tibúrcio e Amorim (2020) constatam a necessidade de contratação de facilitadores de Biodança no SUS, pois esta técnica se mostra como uma alternativa viável de prática humanizada de cuidados.

3.5.6 Bioenergética

A Análise Bioenergética, criada como bioenergética, tem como um dos seus alicerces a psicanálise, entretanto, distancia-se dela ao ofertar uma outra perspectiva totalmente diferente. Enquanto o neurologista e psiquiatra austríaco Freud apresentava a mente humana e o seu funcionamento como algo complexo e elaborado, o também psiquiatra e psicanalista austríaco-americano Wilhelm Reich incorporava à psicanálise o conceito de que a mente e o corpo trabalham juntos, como uma única unidade, e atuam nos domínios das experiências e do comportamento (BRASIL, 2018).

Ainda conforme o Ministério da Saúde (2018), posteriormente, Alexander Lowen - psicanalista estadunidense e discípulo de Reich – ampliou a descrição da unidade mente-corpo tornando-a mais abrangente, onde não só abrangeria as experiências e comportamentos, mas também a forma e mobilidade. Lowen havia percebido que o principal objetivo da terapia seria “enxergar a pessoa”, no sentido de que se fazia necessário que o indivíduo literalmente olhasse para si, para o seu corpo.

A bioenergética então foi criada a partir dos estudos de Lowen em conjunto com John Pierrakos, psiquiatra e terapeuta greco-estadunidense, embora Pierrakos abandonasse posteriormente os estudos acerca do tema.

Na década de 80 a bioenergética se expandiu de forma considerável pelo mundo. No Brasil, as psicólogas Myrian de Campos e Odila Weigand viriam a fundar em 1991 a Sociedade Brasileira de Análise Bioenergética (SOBAB), a primeira instituição filiada ao International Institute for Bioenergetic Analyses (IIBA), instituto que foi fundado na década de 50 por Lowen a fim de divulgar os seus trabalhos e ajudar na formação das pessoas interessadas sobre o assunto e sua obra.

Em resumo, para Lowen e Lowen (1985), a bioenergética seria um modo de compreender a personalidade em termos do corpo conforme as trocas energéticas, ou seja, por meio dos processos de produção de energia, que ocorrem por meio da respiração e do metabolismo, bem como por meio do gasto de energia em decorrência dos movimentos. Para o autor, a forma como o indivíduo produz a sua energia e a utiliza ditará a maneira como esta pessoa responderá às demandas e situações da sua vida.

Lowen e Lowen (1985) consideram também que a energia em questão é única e biológica (bioenergia) e que é imprescindível para quaisquer formas de vida. Logo, o autor assume que a existência tem a sua origem numa mesma fonte energética que se manifesta uniformemente na mente e no corpo. Ademais, pela bioenergética considerar que as experiências vividas pelo indivíduo durante a sua vida ficam registradas em seu corpo e que suas escolhas são baseadas nestas vivências, seria mais fácil o entendimento da história e da dor de um indivíduo por meio da análise, por exemplo, da qualidade de sua respiração, o ritmo e tom da sua voz, pelo tônus e postura do corpo.

A bioenergética considera que o corpo é capaz de traduzir, em linguagem não verbal, as suas necessidades, por meio de simbolismos ou sintomas apresentando uma memória celular que registra experiências e reage a estes padrões. Desta forma, torna-se possível "ler" no corpo, também, as resistências e defesas do indivíduo, uma vez que ele revela expressões emocionais vividas até o momento. Este tipo de defesa, reconhecida como uma couraça, atua tanto

na proteção do indivíduo contra ações externas e experiências traumatizantes, quanto na diminuição, de forma gradual, da espontaneidade nas relações humanas, da capacidade de auto percepção, da sensibilidade para o amor, do afeto e compaixão, bem como, dificulta a respiração plena e profunda. (BRASIL, 2018, p. 3)

A partir destas constatações físicas, Lowen criou uma biotipologia de caráter, abrangendo características corporais e atitudes comportamentais, e que iriam nortear o psicoterapeuta na sua orientação clínica (BRASIL, 2018).

O Ministério da Saúde (2018) também aponta para o fato de que Lowen propôs alguns exercícios que, em paralelo com a atenção psicoterapêutica, ajudariam a aliviar tensões corporais crônicas, a diminuir as barreiras emocionais e expressivas, a tratar questões relativas à tipologia de caráter e a promover a saúde. Afere-se, portanto, que a bioenergética está empenhada com a promoção integral da saúde na medida em que o analista bioenergético deve ficar atento aos mais diversos sinais das linguagens corporal e verbal dos indivíduos que atende, buscando sempre a imparcialidade de julgamentos e interpretações.

A bioenergética possui alguns fundamentos básicos que são: o Princípio da Unidade Funcional, a Energia, a Autorregulação, o Caráter, a Respiração e o Grounding (enraizamento).

O Princípio da Unidade Funcional advém dos estudos de Lowen, outrora subsidiados pelos trabalhos de Reich. Basicamente, este princípio afirma a existência de uma identidade funcional do caráter mental com o corpo ou atitude muscular, o que constitui a personalidade. Logo, processos energéticos influenciam e mediam a interação entre a mente e o corpo do indivíduo. (BRASIL, 2018)

[...] a interação dinâmica do corpo com nossos pensamentos, sentimentos e emoções, implica dizer que qualquer alteração na maneira de pensar, sentir e agir no indivíduo. Encontra-se condicionada a uma mudança no funcionamento de seu corpo, de modo que um repercute sobre o outro constantemente.

Tendo como princípio fundamental de que mente e corpo são uma unidade, o conceito de energia e o resgate da autorregulação do organismo tornam-se centrais para que ocorra a integração dos aspectos físicos, psíquicos, emocionais e sociais do ser humano. (BRASIL, 2018, p. 14)

Já a energia, conforme mencionado anteriormente, estaria envolvida em todos os processos da vida humana e percorre o indivíduo proveniente da combinação de diversos fatores como a respiração, sentimentos, alimentação, interações com o meio que vive, dentre outros (LOWEN; LOWEN, 1985).

Basta observar que a vida se mantém em dependência de um constante influxo energético e de uma descarga equivalente deste. A modo de exemplo, o nível de descarga energética insuficiente pode estar relacionado à ansiedade decorrente das inibições da sua expressão, que envolvem obstáculos à descarga emocional.

Sendo assim, todo ser humano é um campo vibratório de forças com intenso trânsito energético, com a maioria dos distúrbios de saúde ocorrendo devido a um desequilíbrio nos processos de carga e descarga das energias mais básicas que circulam no organismo, refletidos no ritmo respiratório e mau funcionamento do metabolismo, além da perda de motilidade e de flacidez/rigidez corporal. Em síntese, a dor ou o desprazer experimentado pelo indivíduo, é produto de uma pressão criada pela energia de um impulso em direção ao prazer e bem-estar, que se depara com um bloqueio no fluxo natural de energia no corpo. (BRASIL, 2018, p. 15)

Outro fundamento básico é a Autorregulação, que pode ser entendida como a habilidade que o corpo possui de mediar o seu funcionamento de forma que se mantenha equilibrado. (BRASIL, 2018)

Neste caso, por exemplo, nas doenças psicossomáticas e na neurose, os sintomas são uma forma de obter satisfação, quando em meio a um conflito psíquico, traduzindo uma determinada dinâmica de lidar com o complexo jogo de forças da energia vital em nosso organismo, expressando como a energia se distribui quando não consegue fluir livremente e há prejuízos à autorregulação. (BRASIL, 2018, p. 16)

De acordo com Lowen (2017), podendo estar associada à disfunções no metabolismo e tensões musculares crônicas a depender da avaliação dos sinais observados, a estrutura de caráter de uma pessoa é uma característica tanto psicológica quanto física e que engloba não só as atitudes e comportamentos, mas também dificuldades emocionais e cognitivas.

Lowen e Lowen (1985) ainda citam a respiração como outro fundamento básico da bioenergética, pois por meio deste processo é que há a regulação dos níveis de energia do corpo.

[...] respiração como responsável pela regulação da quantidade de energia que um corpo apresenta, atuando também como uma espécie de sensor capaz de demonstrar o modo como cada pessoa utiliza essa energia, modulando seu ritmo, de acordo com aspectos básicos de sua personalidade e com os eventos experimentados em sua história de vida. (BRASIL, 2018, p. 18)

Já o conceito de Grounding (enraizamento) significa o contato com a realidade, com o presente aqui e agora, manter os “pés no chão”. (LOWEN; LOWEN, 1985)

Assim, para a análise bioenergética, o indivíduo que está em contato consigo mesmo e com o mundo ao redor, por um lado, significa que está ‘bem plantado no chão’, em conexão com seus sentimentos, com seu corpo e com sua situação na vida, as quais evidenciam as condições de uma pessoa saudável; por outro, grounding implica estar consciente de sua energia vital e orientado para buscar

o prazer na vida, resultando no aumento da autoconfiança e no senso de segurança. (BRASIL, 2018, p. 19)

Conforme o Ministério da Saúde (2018), a bioenergética na saúde pública pode ser aplicada individualmente ou em grupo, abrangendo os seguintes ramos: Psicoterapia corporal, Exercícios de bioenergética, Grupos de bioenergética e Análise bioenergética em desastres e emergências.

3.5.7 Constelação Familiar

A constelação familiar é um método de terapia sistêmica e familiar criado nos anos 80 pelo psicoterapeuta alemão Bert Hellinger.

De acordo com Hellinger (2001), a Constelação Familiar é um procedimento que averigua, por meio da representação dos membros familiares, como a dinâmica desse núcleo familiar está (des)estruturada, permitindo assim que ações sejam tomadas para a sua reorganização. Afere-se que este método tem como objetivo identificar o ponto de desequilíbrio causado por algum ente, devido a ações que este ente sofreu ou cometeu, para assim poder reorganizar este sistema do qual este ente é parte integrante. A constelação familiar estuda a dinâmica e o sistema no qual cada família encontra-se inserida, identificando a posição sistêmica de cada núcleo familiar que, ao se constelar, disporá os seus entes nos seus devidos locais representativos almejando a harmonia e o respeito à função e posição de cada membro.

Em outras palavras, a constelação familiar seria “uma técnica de representação espacial das relações familiares que permite identificar bloqueios emocionais de gerações ou membros da família.” (BRASIL, 2018, p. 3)

Logo, afere-se que a Constelação Familiar não é uma terapia estática, mas difere para cada núcleo familiar. Cada família se comporta de uma maneira distinta exigindo uma abordagem singular do terapeuta.

Ademais, Hellinger (2001) caracteriza o sistema familiar como uma comunidade onde, por gerações, os membros foram unidos pelo destino e no qual estes componentes podem se envolver inconscientemente no destino dos outros membros, o que pode ocasionar, por exemplo, traumas familiares ou comportamentos padrões.

Para auxiliar no entendimento, tomamos como exemplo a exclusão de um membro da família. Usando o caso de um irmão excluído, este é afastado do âmbito familiar, refletindo-se, então, em toda estrutura familiar. Essa exclusão se torna um padrão a ser seguido naquela família e, assim, ocasiona traumas, bloqueios e comportamentos repetitivos. (SILVA; PAIVA, 2021, p. 4)

Destaca-se aqui, segundo (SCHNEIDER, 2007), que existem dois tipos de família na constelação: a família de origem, aquela na qual o constelante nasceu, e a família atual, na qual alguém é marido ou esposa, pai ou mãe.

Conforme Hellinger (2001), as constelações familiares, tal qual os relacionamentos humanos, são norteadas por princípios básicos que o autor denomina como “As ordens do amor”. As ordens são três: o pertencimento (“necessidade de pertencimento”), o equilíbrio (“o equilíbrio entre o dar e o receber”) e a hierarquia (“hierarquia no sistema familiar”). As dificuldades e problemas vividos por um indivíduo são chamados de emaranhados. A presença destes emaranhados indica um desequilíbrio nas ordens.

Quando estas ordens são aplicadas, cessa a responsabilidade por injustiças cometidas no grupo familiar. As culpas e as consequências retornam às pessoas a que pertencem, e começa a reinar a compensação por meio do bem, substituindo a necessidade sinistra de equilibrar por meio do funesto, que gera o mal a partir do mal. O sucesso acontece quando os mais novos aceitam o que receberam dos mais velhos, apesar do preço, e os honram, independentemente do que tenham feito. Os excluídos recuperam seu direito de ser acolhidos e nos abençoam ao invés de nos amedrontarem. Quando lhes damos um lugar em nossa alma, ficamos em paz com eles. A partir do momento que estamos de posse de todos os que nos pertencem, de todos os que fazem parte do nosso sistema familiar, sentimo-nos inteiros e plenos no amor que pode fluir e crescer. (CARVALHO, 2012, p. 1)

Silva e Paiva (2021) define a ordem de hierarquia como a criação pela família de uma linha do tempo, ordem cronológica, ou seja, há uma precedência entre avô, pai (filho) e filho (neto). Neste exemplo, o avô estaria num posto mais alto, indicando uma posição hierárquica maior neste núcleo. Ainda conforme as autoras, a ordem de procedimento diz respeito à forma como o núcleo familiar deve ser encarado: por completo, integral. Tanto os mortos quanto os vivos pertencem a família do indivíduo. Hellinger (2001, p. 32) esclarece: “Um sistema sofre perturbação quando falta alguém importante [...]. Logo que essa pessoa se reintegra, o sistema recebe uma nova energia. Só então algo pode mudar”

Já a ordem de equilíbrio é explicada por Hellinger da seguinte maneira: “Nossos relacionamentos, bem como nossas experiências de culpa e inocência começam com o dar e o receber. Nós nos sentimos credores quando damos e devedores quando recebemos” (HELLINGER, 2006, p. 31).

Hellinger (2006) sugere também que algumas relações nunca serão equilibradas, como por exemplo a dos pais com um filho, pois aqueles dão a vida ao filho, o que não pode ser devolvido por este da mesma maneira.

Conforme Marino e Macedo (2018), a função do constelador, nome dado ao terapeuta que aplica a terapia, é identificar o emaranhado e tentar o restabelecimento do sistema familiar do indivíduo (constelante). Ressalta-se, porém, que esta técnica pode ser utilizada tanto individualmente como em grupo.

Durante o atendimento, o constelante deve escolher os representantes, que deverão se comportar e sentir como parte integrante da família do constelante. Os representantes, posicionados nos locais dos entes da família, deverão confiar nos seus sentimentos e terem a liberdade de externá-los tranquilamente quando confrontados pelo terapeuta ou pelo constelante (SCHNEIDER, 2007).

O autor ainda destaca que o “cerne de todo trabalho com constelações consiste em acompanhar as reações dos representantes e aquilo que o terapeuta “vê” e sente, e em fazer as correspondentes alterações e complementações no contexto dos relacionamentos” (SCHNEIDER, 2013, p. 12).

O Ministério da Saúde (2018) destaca que a Constelação familiar é indicada para todas as classes sociais, idades e religiões. Além disso, Marino e Macedo (2018) destacam a presença dessa técnica não só no SUS mas também dentro de instituições privadas e sendo constantemente utilizadas no sistema judiciário brasileiro para a solução de conflitos no Direito de Família.

3.5.8 Cromoterapia

A palavra “cromoterapia” tem origem no Grego “kromus”, que significa cor e de “terapheia”, que significa tratamento, com o registro de sua aplicação terapêutica remontando de milênios atrás no Egito, na Grécia, na China e na antiga Índia. (GERBER, 2007). Conforme o Ministério da Saúde (2018), o uso da cromoterapia era realizado primordialmente por meio do uso da luz solar.

O Ministério da Saúde (2018) estabelece a cromoterapia como uma prática terapêutica que se utiliza de cores (comprimentos de onda do espectro visível) para o tratamento de doenças buscando a harmonização do corpo. Complementando esta definição, Bessa e Bernardes (2017, p. 51) conceituam ainda que a terapia “emprega diferentes cores para alterar ou manter as vibrações dos corpos na frequência que resulta em saúde, bem-estar e harmonia.”

A cromoterapia, por intermédio das cores, procura estabelecer e restaurar o equilíbrio físico e energético, promovendo a harmonia entre corpo, mente e emoções, pois o desvio da energia vibratória do corpo é responsável por

desencadear patologias. Pode ser trabalhada de diferentes formas: por contato, por visualização, com auxílio de instrumentos, com cabines de luz, com luz polarizada, por meditação. (BRASIL, 2018, p. 3)

Gaspar (2002) frisa que, em termos energéticos, as cores estão relacionadas aos chakras. O que é corroborado por Bessa e Bernardes (2017):

A cromoterapia pode ser aplicada para reestruturação dos padrões energéticos dos chakras nos seres humanos que as utilizam, pois estes se relacionam diretamente com todos os sistemas do corpo humano podendo, neste sentido, proporcionar equilíbrio das alterações de saúde das pessoas, com um menor custo para o usuário e as instituições de saúde[...] (BESSA; BERNARDES, 2017, p. 54-55)

Neste sentido, Bessa e Bernardes (2017) ainda descrevem cada uma das associações conforme a seguir:

A cor vermelha relaciona-se ao chakra raiz (básico) o qual, dentre outros efeitos, estimula a circulação sanguínea, permite a liberação de adrenalina e atua no sistema nervoso em casos de depressão e cansaço. É indicada para casos como os de má circulação, anêmicos, pressão baixa, resfriados e bronquites. Sua contraindicação é em casos de febre alta e hipertensão.

A cor laranja relaciona-se ao chakra esplênico ou sacral o qual, dentre outros efeitos, estimula o sistema respiratório, aumenta a tonicidade sexual e a fixação de cálcio, atuando contra câibras e dores relacionadas ao estresse. Indicado nas patologias relacionadas ao baço, rins e vesícula biliar. Também indicada em casos de torções, artrites, reumatismo, obesidade e problemas respiratórios, sendo contraindicada em indivíduos com insônia.

A cor amarela relaciona-se ao chakra solar o qual, dentre outros efeitos, age no sistema nervoso central e simpático influenciando na memória e no raciocínio. Ademais, atua na diminuição da preguiça funcional dos órgãos internos estimulando o fígado e os intestinos, bem como propicia o sistema de defesa imunológica do organismo. É indicada para, por exemplo, casos de depressão, fadiga mental, indigestão, constipação intestinal, diabetes e problemas no fígado e vesícula biliar. Sua contraindicação consiste em casos de diarreia, insônia, excitação mental, alcoolismo e gastrite.

A cor verde relaciona-se ao chakra cardíaco o qual, dentre outros efeitos, estimula a cicatrização, regeneração de tecidos e age como um antibiótico natural. A cor verde não possui contraindicação e pode ser utilizada em tratamentos oncológicos, no combate à

insônia, nas alterações emocionais, na revitalização dos órgãos do sistema digestivo e urinário, e estímulo do pâncreas e do sistema imunológico.

A cor azul relaciona-se ao chakra laríngeo. A cor azul é suavizante e calmante, portanto atua no sistema circulatório e nervoso. Ademais, possui propriedades antissépticas e bactericidas além de favorecer o equilíbrio das glândulas tireoide e paratireoide bem como dos órgãos da garganta.

A cor índigo (anil) relaciona-se com o chakra frontal. Assim como a cor azul, possui efeito relaxante. Dentre os seus efeitos pode-se destacar sua propriedade anestésica, anti-hemorrágica, cicatrizante e anti-inflamatória além de atuar no equilíbrio da hipófise e glândula pineal. Esta cor não possui contraindicações e pode ser utilizada no tratamento de dores em geral e nas enfermidades que afetam os olhos, nariz e ouvido.

A cor violeta relaciona-se com o chakra coronário o qual, dentre outros efeitos, aumenta o magnetismo pessoal e possui efeito calmante. Ademais, possui características antiinflamatórias, desinfecionante, além de atuar na cura de todas as formas de neurose e favorecer o metabolismo de cálcio e a formação hormonal. A cor violeta não possui contraindicações e pode ser utilizada no tratamento de enfermidades mentais, oncológicas, raquitismo além de ajudar na cura de perturbações no baço e problemas na bexiga.

Embora não estejam associadas a um chakra, Bessa e Bernardes (2017) ainda apontam mais duas cores para uso no tratamento da cromoterapia. São elas: o rosa - cor sem contraindicação que acena o amor, o desejo e favorece a circulação de todas as outras cores - e a cor branca, indicada para energizar e purificar o corpo, principalmente no trabalho de uma cura energética, uma vez que é a junção de todas as outras cores. Os autores reforçam que a cor branca não deve ser utilizada em excesso pois o seu uso exagerado pode ocasionar depressão e apatia uma vez que o indivíduo ficará com déficit de estímulo das outras cores, que são essenciais para o equilíbrio do organismo.

Dentre as formas de aplicação da cromoterapia, pode-se destacar o método de água solarizada, o uso de lâmpadas e roupas coloridas e janelas coloridas (BESSA; BERNARDES, 2017).

Cabe ressaltar que a cromoterapia não é usada em substituição às terapias convencionais, mas sim como um recurso, em associação ou não a outras modalidades terapêuticas, a fim de atingir os resultados desejados (BRASIL, 2018).

3.5.9 Dança Circular

As Danças Circulares (DC) sempre estiveram presentes na história da humanidade pois correspondem às manifestações artísticas que espelhavam a necessidade de celebração, comunhão ou qualquer forma de reunião dos indivíduos mediante acontecimentos ou períodos marcantes como nascimentos, plantio, colheita, chegada das chuvas, dentre outros. Porém, foi somente em 1976 com Bernhard Wosien, bailarino e coreógrafo prussiano, que essas danças foram sistematizadas e readaptadas com a adição de novos ritmos, coreografias, melodias e movimentos (WACHEKOWSKI et al., 2021).

Prática expressiva corporal que utiliza a dança de roda, o canto e o ritmo para promover a integração humana, o auxílio mútuo e a igualdade visando ao bem-estar físico, mental, emocional e social. Originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. As pessoas dançam juntas, em círculos, e aos poucos começam a internalizar os movimentos, “liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito”. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos, os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades. (BRASIL, 2018, p. 48-49)

Wachekowski et al. (2021) apontam que a DC é praticada em grupo e em círculo, onde os integrantes atuam de modo uniforme, sem hierarquia, e com o mesmo objetivo: a busca da consciência do coletivo, do todo.

Ainda conforme os autores, para que a DC ocorra de maneira correta são necessários alguns elementos como o focalizador, o centro, o círculo e as mãos. O focalizador é aquele que sente as vibrações presentes no ambiente, nos indivíduos e no grupo, conseguindo assim ditar e manter a ordem bem como repassar com clareza as informações para que o grupo realize a dança de forma efetiva. Já o centro é de onde vem a luz e a força, do universo e do sol. Nele é por onde fluem as energias e onde são depositados os desejos e as intenções dos indivíduos fazendo com que ocorram neste elemento criação de canais de comunicação entre os participantes. O terceiro elemento, o círculo, significa eternidade e a dança pode ocorrer tanto em sentido horário como anti-horário, a depender da intenção.

No círculo, tudo é uma coisa só, e você parte, vai a algum lugar e depois retorna novamente. A direção da dança pode acontecer no sentido horário ou anti-horário. Nesse interim, quando se dança no sentido horário, vai-se ao encontro do fluxo das lembranças, e no anti-horário, para o conhecimento e a iluminação. (WACHEKOWSKI et al., 2021, p. 2)

Wachekowski et al. (2021) destacam que as mãos, o quarto elemento, representam a união céu-terra, com a direita sendo a responsável por receber a energia através da palma da mão virada para cima e a esquerda com a palma da mão virada para baixo sendo a doadora. Ressalta-se que toda esta troca pode ocorrer juntamente a movimentos de braços para o alto, para baixo e na altura dos ombros, cada qual com seu significado.

Quanto aos movimentos de braços e mãos, eles podem acontecer de três maneiras: para o alto, na altura dos ombros ou para baixo. A primeira referência a conexão das forças superiores; a segunda lembra a nossa dimensão humana e o local de troca entre o céu e a terra; e a última é a conexão da matéria para a realização humana concreta. (WACHEKOWSKI *et al.*, 2021, p. 3)

A prática da DC é liberada para todas as faixas etárias, pois não se faz necessária experiência progressa ou habilidades especiais, porém, conforme SILVA et al. (2021), percebe-se uma procura pela prática relativamente maior em faixas etárias mais avançadas. Vieira et al. (2017) atribuem a maior procura da DC por idosos ao fato de que esta prática engloba várias modalidades de atividades físicas, contribuindo para uma maior interação emocional e social entre os praticantes.

Vieira et al. (2017) apontam que, fisicamente, a DC promove, dentre outros benefícios, a melhora postural e na coordenação motora, fortalecimento muscular e ósseo. Quando utilizada numa abordagem de conscientização corporal, a DC favorece o reconhecimento do próprio corpo pelo indivíduo, melhora a percepção espacial e visual, o equilíbrio e, por consequência, aumenta o desempenho mental.

Nesse sentido, afere-se que a DC a dança é uma prática que favorece o bem-estar e qualidade de vida dos integrantes uma vez que atua sobre aspectos emocionais, sociais e físicos dos indivíduos.

3.5.10 Geoterapia

A Geoterapia nada mais é do que uma técnica baseada na utilização terapêutica da argila por meio de sua aplicação direta em partes acometidas por enfermidades (CARVALHO, 2019).

Ressalta-se que “a argila é uma rocha, e as rochas são misturas de minerais, e os minerais são uma mistura química natural”²⁰ (CAMPANYA, 2000, p. 28, tradução nossa)

²⁰ "La arcilla es una rocca, y las roccas son mezclas de minerales, y los minerales son una mezcla química natural".

e a sua utilização para os mais diversos fins remota de séculos atrás no Egito, China e Índia, seja para fins curativos ou não, como por exemplo a conservação de alimentos ou embalsamentos. Registros antigos mencionam que as argilas eram utilizadas para o tratamento ou prevenção de doenças, principalmente daquelas de cunho osteomuscular, ferimentos, lesões dermatológicas e processos inflamatórios (BRASIL, 2018).

A geoterapia é prática relativamente simples, na qual a argila (cor selecionada de acordo com o objetivo de tratamento) é diluída em água e manipulada até formar um material homogêneo, de textura colóide para ser aplicada no corpo. (BRASIL, 2018, p. 4)

As compressas de argila podem ser utilizadas em quaisquer partes do corpo e a escolha específica de uma argila irá depender de sua composição química e mineralógica (MATTIOLI et al., 2016). Ressalta-se que estes requisitos são regulados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a ANVISA (CARVALHO, 2019).

[...] a argila apresenta substâncias químicas como o magnésio, zinco, ferro, cobre e titânio que tem propriedades limpantes, hidratantes, anti-inflamatórias a pele além de melhorar a reconstrução dos tecidos, reprodução celular e desintoxicação. (NAEH; FALCÃO, 2020, p. 3)

Figura 5 – Tipos de Argila

TIPO	COMPOSIÇÃO MINERALÓGICA	OLIGOELEMENTO	EFEITOS NA PELE	USO NA ESTÉTICA
Verde	Quartzo, Esmectita, Illita e Caolinita	Óxido de Ferro, Silício e Zinco	Desinfiltra o interstício celular	Desintoxicante; Adstringente; Cicatrizante. Pele acneica e celulite
Branca	Quartzo e Caolinita	Alumínio e Silício	Facilidade na circulação sanguínea	Revitalizante; Clareadora
Amarela	Montmorilonita, Calolinita e Mica	Silício e Potássio	Nutrição e reconstituição celular	Purificante; Regeneradora
Roxa	Montmorilonita, Calolinita e Mica	Magnésio	Estimulante da síntese do colágeno	Facial: Efeito Tensor e nutritiva; Corporal: Desintoxicante e Estimula a redução de medidas
Rosa	Quartzo, Esmectita, Illita e Caolinita	Alumínio Óxido de Ferro e Cobre	Facilita na circulação sanguínea, regula a microcirculação	Calmante; Purificante. Peles secas e sensíveis.
Preta	Montmorilonita, Calolinita e Mica	Silício, Alumínio e Titânio	Contribuir na renovação celular	Antiinflamatório; Desintoxicante
Vermelha	Quartzo, Esmectita, Illita e Caolinita	Óxido de Ferro e Cobre	Regula a microcirculação	Facial: Efeito Tensor e estimula a circulação sanguínea e lífática; Corporal: tensora

Fonte: SIMÃO, CONSUELO. Óleos Essenciais e Argiloterapia (Tipos de Argilas). Apostila do Curso de Aromaterapia do Centro de Treinamento e Desenvolvimento – CETREDE. Fortaleza, 2019.

A argila pode ser aplicada tanto externamente quanto internamente, sendo esta última possível apenas quando diluído em água mineral (SPETHMANN, 2004 *apud* CARVALHO, 2019).

Importante observar que somente as argilas secas, em pó, é que podem ser comercializadas para aplicação em geoterapias, por isso faz-se necessário a mistura com água mencionada anteriormente a fim de que se torne uma massa homogênea (NAEH; FALCÃO, 2020).

Ressalta-se, porém, que o uso da argila não se restringe somente à sua aplicação in natura, mas também por meio de medicamentos ou cosméticos, desde que respeitados os processos de limpeza e purificação da argila para a retirada de quaisquer impurezas. Naeh e Falcão (2020) apontam que já existe empresas e farmacêuticos que se utilizam da argila como parte das suas formulações a fim de aproveitar a sua função carreadora para administração dos princípios ativos dos medicamentos. Além disso, os autores destacam também a utilização da argila em cosméticos naturais para fins de hidratação, controle da oleosidade, em pasta de dentes, entre outros.

Neves (2010) indica duas teorias que explicariam o uso da geoterapia para fins de tratamento ou prevenção de enfermidades: a teoria mineralizante e a teoria microbiana. A teoria mineralizante baseia-se no fato da composição mineralógica da argila, ou seja, uma vez que a argila possui em sua composição minerais, quando ela é administrada via dermatológica ou via gastrointestinal, estes minerais entram em contato com o organismo agindo sobre o corpo. Por outro lado, a teoria microbiana assume que a argila é deficiente em substâncias que são essenciais para a sobrevivência de microrganismos logo, uma vez aplicada a argila, estaríamos privando estes seres de seus nutrientes, causando a sua morte.

O Ministério da Saúde (2018) corrobora a teoria mineralizante ao abordar as reações bioquímicas e vibracionais resultantes da aplicação dos minerais presentes na argila sobre o organismo.

Essa massa de argila é rica em elementos minerais e estruturas cristalográficas que permitem reações bioquímicas e vibracionais nos tratamentos de saúde. As reações bioquímicas são amplamente discutidas e fundamentadas pela presença de elementos minerais que cada tipo de argila compõe, do tipo de água utilizada para diluição, tempo de contato com pele, temperatura etc. As reações vibracionais, somadas ao contexto anterior, são resultantes da carga elétrica gerada pelas estruturas cristalinas que a formam a argila, instituindo assim, cristalografia como parte integrante da geoterapia. (BRASIL, 2018, p. 4)

Além de ser uma terapia barata, inclui-se aos seus benefícios o fato de que pode ser aplicada em associação a outras práticas terapêuticas, como a cromoterapia, a fitoterapia, a massoterapia, entre outros (BRASIL, 2018).

3.5.11 Hipnoterapia

A técnica da hipnose vem sofrendo constantes transformações ao longo dos séculos e sendo cada vez mais utilizada para diversos tipos de tratamentos.

Num breve histórico, Zevallos (2011) relata que as práticas identificadas como similares à hipnose foram historicamente iniciadas no século XVIII pelo médico alemão Friedrich Anton Mesmer. Já no século XIX vários autores debruçaram-se sobre o tema, destacando-se Charcot, Lièbeault, Bernheim e Braid.

Ressalta-se a contribuição de James Braid, oftalmologista inglês que foi o primeiro a usar o termo “Hipnotismo”, palavra que tem origem do grego Hypnos, “sono” e que simbolizava o deus do sono na Mitologia Grega. A à época entendia-se a hipnose como um “sono induzido” ou “sono do sistema nervoso”. Porém, James Braid, contradizendo inclusive seus primeiros trabalhos, identificou a impossibilidade de comparar este estado hipnótico com sono devido à alta atividade mental e psíquica detectada em seus experimentos. Logo, é correto inferir que somente a partir de Braid iniciou-se a fase de estudos científicos sobre a hipnose (PERCIA, 2017)

No século 20, a hipnose tornou-se extremamente popular, principalmente a partir dos anos 80 devido ao psiquiatra estadunidense Milton Erickson que criou novos métodos de indução à hipnose tendo como base a moderna hipnose médica. Este método ficou conhecido como Psicoterapia Ericksoniana ou Hipnose Naturalista. (PERCIA, 2017)

Dentre as inúmeras contribuições para o campo da Psicologia deixadas por ele, pode-se citar o conceito de utilização da realidade individual do paciente, levando sempre em consideração o indivíduo que está passando pelo processo terapêutico e sua realidade pessoal. Erickson trabalhava em cima do sintoma do paciente, entrando, através de uma hipnose naturalista, na forma em que a pessoa causava o problema a si mesmo. (PERCIA, 2017, p. 21)

Mas no que consiste a hipnose e a sua utilização como terapia, a hipnoterapia?

De acordo com Percia (2017, p. 22), a hipnose é um “estado mental ou um tipo de comportamento composto de uma série de instruções preliminares e sugestões. O uso da hipnose com finalidades terapêuticas é conhecido como “hipnoterapia.”.

Cardoso et al (2020) chamam a atenção para o conceito de hipnose concebido por Dave Elman, pai da hipnose médica, o qual diz que a hipnose ocorre quando uma sugestão

burla o fator crítico da mente consciente e passa a ser assimilada pela mente subconsciente.

Barros et al. (2022) mencionam que a hipnose pode abranger grupos de práticas diferentes entre si, cada qual com uma função: a hipnosedação (para obtenção de efeitos sedativos), a hipnoanalgesia (para diminuição da dor) e hipnoterapia (para fins psicoterapêuticos).

Em 1993, a *American Psychological Association* (APA) definiu a hipnoterapia como “procedimento através do qual um profissional de saúde conduz o indivíduo a experimentar sensações, mudanças, percepções, pensamentos ou comportamentos, com o seu uso indicado em diversas condições como transtornos depressivos, ansiedade, neurose depressiva, depressão, baseado em estudos anteriores.” (BRASIL, 2018, p. 4)

Porém, Elkins et al. (2015) ressaltam que, posteriormente em 2014, a própria APA revisou e aprovou por unanimidade as suas próprias definições relativas às técnicas de hipnose conforme a seguir:

- Hipnose: Foi definida como um estado de consciência no qual o indivíduo encontra-se com a sua atenção focada e consciência periférica diminuída, porém com capacidade de resposta às sugestões.

- Indução hipnótica: Definida como um recurso destinado à indução da hipnose.

- Hipnotizabilidade: Definida como o potencial que um indivíduo possui para experimentar alterações sugestionadas nas sensações, emoções, na fisiologia, no comportamento ou pensamentos durante a aplicação das técnicas de hipnose.

- Hipnoterapia: Refere-se o uso de fato das técnicas de hipnose para tratamento de acometimentos na saúde do indivíduo, sejam eles médicos ou psicológicos.

No Brasil, em 1999, o Conselho Federal de Medicina (CFM) regulamentou a utilização da hipnose por seus profissionais. O mesmo ocorreu em 2000, com o Conselho Federal de Psicologia (CFP) que passou a considerar a hipnose como recurso auxiliar ao trabalho do psicólogo. Ademais, por meio da Portaria nº 702, de 21 de março de 2018, a hipnoterapia foi definida como “um 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”. (BRASIL, 2018, p. 4)

As técnicas utilizadas na hipnose podem variar conforme as escolas ou linhas às quais pertencem, podendo ser classificada como hipnose clássica ou hipnose Ericksoniana.

De acordo com Cardoso et al. (2020, p. 3), “a hipnose clássica é formada a partir de um conjunto de técnicas que sugerem diretamente ao sujeito explorar de um estado de consciência/percepção diferenciado e testar mudanças comportamentais/cognitivas e alterações sensoriais.” O autor também ressalta que um dos principais pilares para que se obtenha sucesso no emprego da hipnose clássica é a crença em um indivíduo a ser hipnotizado e outro a hipnotizar.

Corroborando Cardoso et.al (2020), Barros et al. (2022) citam que são três as condições mínimas necessárias para a boa prática da hipnose: a cooperação do paciente, a motivação do paciente e a confiança do paciente no terapeuta

Sob outra perspectiva, a hipnose Ericksoniana compreendia-se no incitamento indireto e participativo a partir da observação do paciente e que podia se dar via comunicação verbal ou não (CARDOSO et al., 2020). Ademais, a escola Ericksoniana supunha que todos os indivíduos são capazes de ser hipnotizados, cabendo ao terapeuta encontrar a maneira como cada qual poderia acessar seu inconsciente a fim de obter os resultados desejados pela terapia.

Silva, Oliveira e Silva (2022) apontam que alguns pesquisadores relacionam a hipnose com um estado alterado de consciência, enquanto outros inferem que esses fenômenos podem ser esclarecidos por conceitos psicológicos, como expectativas clínico-paciente. Porém, entende-se que a hipnose tem a capacidade de modular circuitos cerebrais propiciando um tratamento eficaz e relevante na depressão, melhoria na memória, melhoria do sono, diminuição e controle da dor dentre outros. Diversos trabalhos já comprovaram a sua efetividade no auxílio terapêutico de diversas doenças, crônicas ou agudas, físicas ou psicológicas, dos mais variados sistemas.

Entretanto, Cardoso et al. (2020), destacam que há situações em que o emprego da hipnose não é recomendado, como por exemplo em abordagens “terapêuticas” em evidências clínicas e científicas atestadas ou sem estudos aprofundados, como nas terapias regressivas, ou então quando as técnicas de hipnose são realizadas por profissionais não credenciados alheios à área da saúde.

3.5.12 Homeopatia

A homeopatia é uma prática médica secular que ao longo da sua existência e aplicabilidade vem demonstrando resultados positivos no auxílio ao tratamento de diversos acometimentos, físicos ou psicológicos, mediante ao seu baixo custo, amplo alcance e grande permeabilidade e aceitação social.

Pustiglione, Goldenstein e Chencinski (2017) mencionam que embora exista alguma rejeição ou dificuldade na forma como a homeopatia interage com as outras terapias ditas tradicionais, ainda assim estima-se que, em 2016, cerca de 7% da população mundial fazia uso da homeopatia como forma terapêutica.

A homeopatia foi elaborada e sistematizada pelo médico alemão Samuel Hahnemann (1755 a 1843), foi trazida ao Brasil em 1840 pelo francês Benoit Mure (1809-1858). No ano de 1980 foi reconhecida como especialidade médica pelo CFM e, posteriormente, foi definida e adicionada à PNPIC por meio da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006.

Em 2018, o MS lançou o “Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS” que não só atualizou a definição para homeopatia como também ditou as diretrizes para a implementação dela e das outras Práticas Integrativas que compõem a política nacional.

Abordagem terapêutica de caráter holístico e vitalista que vê a pessoa como um todo, não em partes, e cujo método terapêutico envolve três princípios fundamentais: a Lei dos Semelhantes; a experimentação no homem sadio; e o uso da ultradiluição de medicamentos. Segundo a abordagem, as substâncias disponíveis na natureza têm potencial de curar os mesmos sintomas que produz. Tem três princípios fundamentais: a Lei dos Semelhantes; a experimentação no homem sadio e o uso da ultradiluição de medicamentos, mais conhecida como “doses infinitesimais”. Também utiliza, como recursos, a escuta do relato preciso do paciente, chamado de “anamnese homeopática”; o estudo da matéria médica relacionado aos medicamentos homeopáticos; e o manejo do repertório de sistemas homeopáticos, fundamentais na escolha das prováveis hipóteses medicamentosas. (BRASIL, 2018, p. 50)

Em adição à definição do manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS, Lira et al. (2020, p. 3) definem a homeopatia como “um método de cunho terapêutico, donde o médico adepto ao tratamento com o medicamento homeopático, prescreve ao paciente doses pequenas de determinado composto ou substâncias, que em doses altas promoveria sintomas, análogos ao da doença que pretendem combater”.

Ademais, Bellavite (2018) ressalta também que embora a homeopatia vise a ação no organismo como um todo, a sua ação também afeta e se manifesta à nível celular.

Ressalta-se que Morais et al. (2021) e Gemelli e Pereira (2018) descrevem e adicionam ainda um quarto princípio básico da homeopatia em adicional aos três do manual do MS: a “Prescrição de medicamentos individualizados”. Segundo Gemelli e Pereira (2018), Hahnemann defendia a ideia da administração de apenas uma única substância, sem fazer uso de associações medicamentosas, para que se pudesse diferenciar e estabelecer a terapêutica oferecida por cada medicamento.

A Lei dos Semelhantes é explicada por Bellavite (2018) ao apontar que, na interpretação dessa lei, há a possibilidade de cura de uma doença administrando-se ao indivíduo uma substância com capacidade de produzir sintomas análogos aos da doença numa pessoa sadia – conceito expressado originalmente por Hipócrates por meio da frase “*Similia similibus curentes*”.

Também chamada de “não linearidade” e “efeitos de altas diluições”, a ultradiluição de medicamentos remete à uma citação de Hahnemann: “Um medicamento bem dinamizado, com uma suposta pequenez adequada de sua dose, se torna tanto mais salutar, podendo quase beirar o milagre em sua eficácia, quanto mais homeopaticamente correta tenha sido sua escolha”. Embora não seja uma lei, mas um fenômeno - ou seja, que não é de possível aplicação em todas as hipóteses - a ultradiluição é um princípio válido e que pode ser confirmado em vários experimentos desde que o sistema-alvo apresente a capacidade e a sensibilidade de respostas adequadas (BELLAVITE, 2018).

Já a experimentação no homem sadio foi explicada, segundo Gemelli e Pereira (2018), por meio de experimentos executados por Hahnemann quando ele administrou em si mesmo algumas substâncias e, com isso, pôde observar os sinais e sintomas que sucederam à aplicação e como eles se diferenciavam de acordo com a substância que havia sido ingerida. Posteriormente Hahnemann aplicou este teste em outros indivíduos e assim pode confeccionar um estudo chamado Experimentação Patogenética onde as manifestações apresentadas pelos indivíduos submetidos ao estudo foram denominadas de patogenesia. A partir disso, diante da necessidade de intervenção homeopática, a medicina passou a ter condição de escolher e estabelecer uma conduta terapêutica mais adequada aos sinais clínicos apresentados pelo paciente.

Importante frisar que os medicamentos homeopáticos da farmacopeia homeopática brasileira estão listados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

Por fim, Pustiglione, Goldenstein e Chencinski (2017) relatam que a experiência e aplicação da homeopatia durante todos esses anos têm demonstrado que a integração da homeopatia e da terapêutica hegemônica é extremamente proveitosa e útil para a promoção da saúde e não só para os indivíduos acometidos por doenças crônicas mas também para aqueles que sofrem com doenças agudas. Em adição, os autores enumeram outras vantagens significativas do uso da homeopatia como: ser seguro e eficaz por se utilizar de substâncias naturais, simples e em doses pequenas - o que faz com que tenha baixa toxicidade e possa ser administrado inclusive em idosos, grávidas, lactentes e crianças -; poder ser utilizado em infecções pelo fato de que as substâncias não agem sobre os microrganismos mas sim sobre o sistema imune que combaterá a patologia; possui método de administração simples e não invasivo; a falta de um diagnóstico fechado não impede a administração da homeopatia; a abordagem homeopática é individualizada; as substância não induzem ao vício e possui um custo muito mais baixo em relação aos tratamentos terapêuticos tradicionais e hegemônicos.

3.5.13 Imposição de Mãos

Conforme Motta e Barros (2015), a imposição de mãos ou impostação de mãos são práticas integrativas nas quais se transfere energia de um indivíduo para outro a fim de se restabelecer o seu equilíbrio e harmonização do sistema energético.

Já a Portaria nº 702, de 21 de março de 2018 define a Imposição de Mãos como:

A imposição de mãos é prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano auxiliando no processo saúde-doença. Sem envolvimento de outros recursos (remédios, essências, aparelhos) faz uso da capacidade humana de conduzir conscientemente o fluxo de energias curativas multidimensionais para dentro do corpo humano e dos seus sistemas energéticos físicos e espirituais a fim de provocar mudanças terapêuticas. (BRASIL, 2018, p. 4)

Grande parte das formas de cura por imposição de mãos envolve o posicionamento das mãos sobre o indivíduo ou próximo ao seu corpo a fim de propiciar a transferência energética do agente de cura para o paciente. (BRASIL, 2018)

O modelo holístico explica o processo saúde-doença nas dimensões biopsicossociais-espirituais dos indivíduos. Enquanto a visão científica de campos energéticos expressa o homem como um ser que emite ondas e fluxos de energia, os quais se apresentam em constante mudança e interação com outros seres vivos. (MELLO; BRITO, 2015, p. 2)

Em linhas gerais, a imposição de mãos é regida pelo princípio de que existe um campo ordenado e equilibrado de energia no universo que sustenta todos os organismos vivos. No indivíduo saudável, esta energia consegue transitar livremente dentro, fora e através do campo de energia humano propiciando equilíbrio. O mesmo não ocorre em quadros patológicos onde este fluxo de energia encontra-se alterado, obstruído ou desorganizado, por consequência, desequilibrado.

Os conceitos da energia essencial da vida receberam vários nomes em diferentes partes do mundo e fazem parte de sistemas médicos milenares: na Índia, a palavra em sânscrito para energia vital é prana; na China, essa energia é descrita fluindo através de uma rede não física de meridianos, é chamada de qi ou chí; e no antigo Egito é denominado ká. Prática tradicional de saúde de uso integrativo e complementar a outras práticas e/ou terapias de saúde. (BRASIL, 2018, p. 4)

Ressalta-se que as práticas de imposição de mãos mais estudadas e difundidas atualmente são o Reiki, Toque terapêutico (TT) e Toque de cura (TC). À prática de Reiki caberá um tópico exclusivo enquanto que este focará nas outras duas práticas: o Toque terapêutico (TT) e o Toque de cura (TC).

Atendo-se à premissa das práticas de imposição de mãos, o TT teve seu método descrito na década de 70 por Dolores Krieger, doutora em enfermagem da Universidade de Nova Iorque, e é aplicado sobre o campo de energia humano objetivando a restauração da vitalidade e estabilidade. Mais especificamente, TT reorganiza o campo de energia a fim de regularizar o fluxo energético tanto em nível micro (moléculas, átomos, células e partículas) como em nível macro (tecidos, órgãos, aparelhos e sistemas), com isso consegue-se a ativação do metabolismo, aumento da regeneração celular, melhoramento da imunidade, alívio de dores localizadas ou generalizadas, ativação dos mecanismos de auto regulação, melhora da condução sináptica, aumenta a produção de enzimas, hemoglobina e neurotransmissores, propicia diminuição da ansiedade e do mal-estar com consequente redução dos efeitos do stress e depressão sobre o indivíduo, entre outros. (IGNATTI, 2018)

Conforme Roy e Kar (2019), o processo TT pode ser descrito em cinco fases:

- Centralização do Terapeuta - etapa onde o terapeuta se concentra e se recoloca em um estado de calma, alerta e interação com o ambiente;
- Avaliação do Campo Energético do Paciente - etapa onde o terapeuta sente o campo energético do indivíduo por meio de imposição de mãos a uma distância média de no mínimo 5 a no máximo 15 cm da pele do paciente, realizando movimentos ritmados e

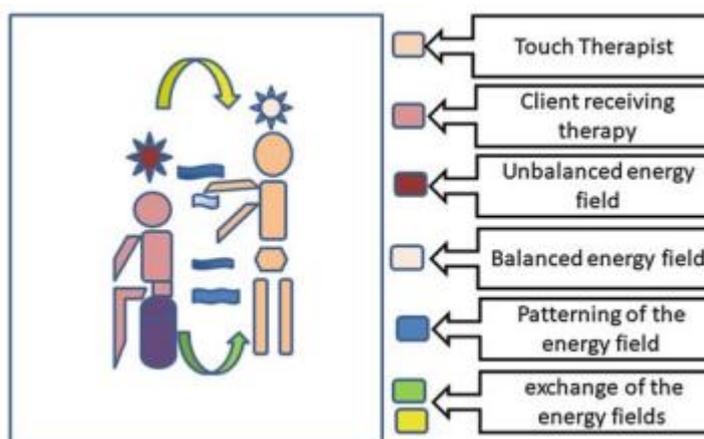
simétricos. Por meio desse procedimento o terapeuta conseguirá detectar alterações no campo energético, como diferenças de temperatura, formigamentos, pressão, dentre outros;

- Balanceamento e rebalanceamento da intervenção - etapa onde o terapeuta começa a descongestionar o fluxo energético por meio da troca de energia entre o terapeuta e o paciente ou troca de um lugar para o outro no próprio campo energético do paciente e por meio do direcionamento e modulação da energia, ambos em busca do equilíbrio (rebalanceamento).

- Reavaliação do Campo (Avaliação/fechamento) - etapa final em que o terapeuta reavalia o campo energético do paciente para averiguar os resultados da TT.

É importante observar que o TT é um processo terapêutico não-invasivo e individualizado. Ademais, alguns autores desmembram a fase de Balanceamento e rebalanceamento da intervenção em duas, totalizando as etapas da TT em 5 (cinco) fases. Motta e Barros (2015) a desmembram entre fase de tratamento e modulação do CE e fase de balanceamento final e estabelecimento do fluxo energético; enquanto Silva et al. (1991) desmembram em fase de Dinamização do Campo e fase de Direção e Modulação da Energia.

Figura 6 – Representação de uma sessão de Toque Terapêutico (TT)



Fonte: ROY, KAR. Therapeutic Touch. Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science. Cham: Springer International Publishing, 2019.

Por outro lado, criado pela enfermeira Janet Mentgen em 1989, o TC - assim como o TT - trata-se de uma terapia energética que também envolverá o uso das mãos do terapeuta, porém não só acima do corpo do paciente mas também no corpo, ou seja,

tocando o indivíduo. Da mesma forma que o TT, no TC o terapeuta deve estar concentrado e centrado a fim de conseguir perceber e avaliar o desequilíbrio no campo energético do paciente bem como desbloquear a energia do corpo, promovendo a cura tanto física como emocional, mental e espiritual do paciente. (MOTTA; BARROS, 2015)

3.5.14 Medicina antroposófica/antroposofia

A medicina antroposófica (MA) se baseia nos métodos, estudos e nos resultados cognitivos da antroposofia, doutrina estabelecida por Rudolf Steiner (1861-1925).

A antroposofia é uma visão sobre o ser humano e a natureza que é espiritual, mas que, ao mesmo tempo, se considera profundamente científica. Steiner considerava que a antroposofia era um passo evolutivo e consequente no desenvolvimento do pensamento ocidental. Na antroposofia, três tradições foram integradas e ampliadas: a tradição empírica da ciência moderna, iniciada por Copérnico, Kepler e Galileu; a tradição cognitiva da filosofia, iniciada por Platão e Aristóteles e trazida a um apogeu no assim chamado idealismo alemão por Hegel, Fichte, Schelling, Schiller e Goethe; e, finalmente, a tradição esotérica da espiritualidade cristã. (KIENLE *et al.*, 2013, p. 2)

Fundada na primeira metade dos anos 1920 por Steiner em conjunto com a médica holandesa Ita Wegman, a MA foi altamente difundida pelo mundo, especialmente na Europa Central, e consiste num sistema de tratamento multimodal integrativo, uma extensão da medicina dita convencional que abrange também uma visão holística sobre o homem e a natureza, e sobre a doença e a cura. (KIENLE *et al.*, 2013)

Entretanto, foi apenas na década de 60 que a MA chegou ao Brasil, somente nos anos 90 que ela foi reconhecida como prática médica pelo CFM e, posteriormente, tão-somente em 2007 os seus medicamentos (medicamentos antroposóficos) foram reconhecidos como categoria específica dentro dos medicamentos dinamizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (GHELMAN, 2018).

De acordo com o MS, a MA pode ser definida como:

A Medicina Antroposófica (MA) foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos e apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Considerada uma abordagem terapêutica integral com base na antroposofia, avalia o ser humano a partir dos conceitos da trimembração, quadrimembração e biografia, oferecendo cuidados e recursos terapêuticos específicos. Atua de maneira integrativa e utiliza diversos recursos terapêuticos para a recuperação ou manutenção da saúde, conciliando medicamentos e terapias convencionais com outros específicos de sua abordagem. (BRASIL, 2018, p. 4)

Kienle et al. (2013) apontam ainda que a MA provê subsídios para o tratamento de vários tipos de doenças, sejam agudas ou crônicas - especialmente em doenças pediátricas e medicina da família - e, para tal, dispõe de um rol de tratamentos e terapias específicas que podem ser utilizados para este fim, como o uso de medicamentos, massagens, arte, dentre outros.

Nesta abordagem interdisciplinar de cuidados sob a visão antroposófica, o Ministério da Saúde (2018) destaca:

- Terapia medicamentosa por meio de prescrição de medicamentos antroposóficos.

- Aplicações externas de substâncias por meio de toques na pele a fim de que haja uma maior absorção medicamentosa propiciando uma cura endógena.

Utiliza substâncias como chás medicinais, emulsões de plantas, pomadas de metais ou vegetais, óleos essenciais e raízes de plantas. Banho medicinal, cataplasma, compressa, enfaixamento, escalda-pés, fricção e massagem são exemplos de aplicação externa; (BRASIL, 2018, p. 5)

- Banhos terapêuticos

Técnica de base antroposófica que utiliza o banho como recurso complementar na promoção da saúde e pode ocorrer com ou sem uso de calor ou de substâncias, como óleos essenciais, emulsão de plantas e chás. Pode ser de escova, de fricção, de assento, entre outros, e obedece a uma sequência rítmica, respeitando-se um período de repouso após o banho. (BRASIL, 2018, p. 5)

- Massagens rítmicas a fim de que os tecidos corporais sejam manipulados de forma que haja melhoria no estado de saúde do indivíduo.

- Terapias artísticas

Prática expressiva que utiliza elementos artísticos (como cor, forma, volume, luz e sombra) na realização de exercícios específicos, orientados e acompanhados por terapeuta artístico antroposófico - de maneira individualizada, em função dos objetivos do tratamento - visando melhorar a vitalidade, a criatividade, a resiliência e, por consequência, a recuperação do equilíbrio entre corpo e alma na promoção da saúde. As modalidades mais frequentes incluem exercícios com aquarela aplicando pigmentos naturais; desenho de formas; modelagem em argila; ou desenho com carvão; (BRASIL, 2018, p. 5)

- Eúritmia, que se caracteriza por uma prática corporal de base antroposófica com movimentos relacionados a fonemas. Tais fonemas propiciam efeitos relaxantes, desintoxicantes ou anabolizantes.

- Quirofonética

Técnica terapêutica de base antroposófica na qual o terapeuta quirofonético entoa sons da própria fala (vogais, consoantes, versos) enquanto realiza deslizamentos manuais pelo corpo do paciente, para despertar as forças internas de regeneração da saúde. O toque corporal na quirofonética obedece a movimentos específicos realizados especialmente nas costas, braços e pernas e, em geral, com o auxílio de óleos medicinais. Foi desenvolvida pelo médico alemão Alfred Baur, em 1972, e pode ser aplicada em diversas situações de adoecimento físico, psíquico ou deficiências motoras e cognitivas; (BRASIL, 2018, p. 5)

- Cantoterapia, técnica que se utiliza do canto para atingir emoções.
- Terapia Biográfica, técnica na qual o terapeuta antroposófico apresenta ao indivíduo a sua própria biografia para que o paciente realize o que pode estar obstruindo o seu desenvolvimento pessoal.

Para Kienle et al (2013), a origem e a patogênese das doenças na MA são compreendidas como consequência das interações anormais entre os diferentes níveis do organismo humano e dos seus três subsistemas. Nessa concepção, o organismo humano seria formado por quatro níveis de forças formativas: as forças físicas (celulares, moleculares), as forças formativas de crescimento; uma classe adicional de forças formativas (anima, alma); e uma classe adicional de forças formativas (Geist, espírito). Há ainda os três subsistemas: dois polares um ao outro (sistema neurosensorial e sistema metabólico-motor) e um intermediário (sistema rítmico). Assume-se que os quatro níveis de forças formativas mencionados acima interagem diferentemente nesses três subsistemas. (KIENLE et al., 2013)

No sistema neurosensorial, os dois níveis superiores de forças (alma, espírito) estão relativamente separados dos dois outros níveis inferiores, e isso provê as condições que originam os processos de autoconsciência, de percepções conscientes, e de pensamento consciente. No sistema metabólico-motor, a interpenetração é mais próxima, provendo assim as condições à execução dos movimentos corpóreos intencionais. No sistema rítmico, as inter-relações entre os níveis superior e inferior flutuam em relação ao aumento ou à diminuição da conexão e isso se associa à origem das emoções; a interpenetração aumenta durante os processos rítmicos pulmonares da inspiração e diminui durante a expiração. O modelo da constituição humana trimembrada leva a reinterpretções distintas dos ensinamentos da fisiologia convencional. (KIENLE *et al.*, 2013, p. 3)

Em suma, a MA fundamenta-se em um entendimento de que tanto a saúde quanto a doença estão relacionados ao (des)equilíbrio do corpo, da mente e do espírito do indivíduo, partes que são indissociáveis. Logo, a abordagem via MA é estabelecida de forma holística, focando não só nos fatores que desencadeiam a doença em si mas também reforçando a fisiologia do paciente e sua individualidade.

3.5.15 Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura

A medicina tradicional chinesa (MTC), cuja natureza filosófica considera a interação do indivíduo e sua totalidade com o universo, consiste em um conjunto de práticas naturais milenares de saúde com origem na China. Dentre as práticas que a MTC abrange, podemos citar a ventosaterapia, práticas de meditação, moxabustão, a acupuntura (AP), dentre outros, sendo a AP a mais difundida mundialmente (PEREIRA; ALVIM, 2013).

Abordagem terapêutica milenar, de origem chinesa, que tem a teoria do yin-yang e a teoria dos cinco elementos como bases fundamentais para avaliar o estado energético e orgânico do indivíduo, na inter-relação harmônica entre as partes, visando tratar quaisquer desequilíbrios em sua integralidade. A 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 (Fitoterapia Tradicional Chinesa), práticas corporais (lian gong, chi gong, tui na, tai-chichuan) e mentais (meditação), dietoterapia chinesa, relacionadas à prevenção, aos agravos de doenças, à promoção e à recuperação da saúde. (BRASIL, 2018, p. 50)

A concepção taoísta, onde a doença é consequência de um desequilíbrio na harmonia entre o homem e o meio natural, embasa o modo como a MTC estabelece as relações do corpo, da mente e do universo, bem como do modo de adoecimento e manutenção da saúde (PEREIRA; ALVIM, 2013).

Ao encontro da concepção taoísta, Santos, Sperotto e Pinheiro (2011) reforçam que a visão oriental de saúde abrange três aspectos do ser humano: o corpo físico, a energia vital e a mente espírito. Ademais, nesse sentido, a MTC baseia-se em alguns pilares a fim de avaliar e promover a saúde: a teoria do yin-yang, dos Zang Fu (órgãos/vísceras) e dos cinco movimentos.

De acordo com Pereira e Alvim (2013), a teoria do Yina-Yang emerge como uma principal condição para a origem de todos os fenômenos naturais existentes. Caracteriza-se por representar a divisão do mundo (o todo) em duas forças ou princípios fundamentais contraditórios - o Yin e o Yang - onde esse dualismo leva à origem de tudo na natureza. Nesse sentido, o Yang somente pode existir na presença do Yin e vice-versa (SANTOS; SPEROTTO; PINHEIRO, 2011).

O yang representa todos os aspectos que se caracterizam por atividade, como calor, movimento, claridade, expansão, força, polaridade positiva, posição alto. Também são yang: o sol, o céu e o homem. O yin representa o oposto do yang, ou seja, pelos aspectos que se caracterizam pelo grau de atividade menor,

como o frio, o repouso, a escuridão, retração, implosão, polaridade negativa, posição baixa. Também são yin: a lua, a terra e a mulher. (PEREIRA; ALVIM, 2013, p. 3)

Já a Teoria dos Zang Fu (órgãos/vísceras) constitui-se em uma teoria onde os órgãos (Zang), que mantêm relação com o Yin, e as vísceras (Fu), que mantêm relação com o Yang, possuem qualidade energética. Na MTC, as funções fisiológicas de um Zang ou Fu são estudadas e compreendidas com outra abordagem, não é utilizada a sua finalidade orgânica, mas sim a sua função energética (SANTOS; SPEROTTO; PINHEIRO, 2011).

Esta teoria aborda a fisiologia energética dos órgãos, das vísceras e das vísceras curiosas do ser humano, que constituem o alicerce para a compreensão da fisiologia e da propedêutica energética, e da fisiopatologia das doenças e seus tratamentos. Zang são os órgãos maciços de natureza yin, responsáveis pela produção e armazenamento de substâncias vitais, compreendidas sinteticamente, como Qi ou energia; Xue ou sangue; Jing ou essência/energia ancestral; Shen ou espírito/consciência e Jin Ye ou líquidos orgânicos. São Eles: o fígado (Gan), o coração (Xin), o baço-pâncreas (Pi), Pulmão (Fei) e Rim (Shen). Fu são as vísceras ocas de natureza yang, responsáveis por receber e digerir os alimentos, absorver substâncias e nutrientes e excretar resíduos. São eles: a vesícula biliar (Dan), o intestino delgado (Xiao chang), o estômago (Wei), o intestino grosso (Dan Chang), a bexiga (Pangguang). (PEREIRA; ALVIM, 2013, p. 4)

A teoria dos cinco elementos ou cinco movimentos que designa a todas as coisas ou acontecimentos, tanto na natureza como no corpo, um dos cinco elementos (madeira, fogo, terra, metal, água) que, além de se interrelacionarem, são interpretados como movimentos ou fases das energias Yin e Yang e estabelecem conexões com o sistema Zang-Fu. Toda esta interação acaba por originar um ciclo dinâmico produtor de energia vital. (SANTOS; SPEROTTO; PINHEIRO, 2011).

O movimento água representa os fenômenos naturais que se caracterizam por retração, profundidade, frio, declínio, queda e eliminação. É de natureza yin; estabelece relação com o sistema Zang-Fu pelo rim e bexiga. É o ponto de partida e chegada da transmutação do movimento. O movimento madeira representa os aspectos de crescimento, movimento, florescimento, síntese. É de natureza yang; estabelece relação com o sistema zang fu pelo fígado e vesícula biliar. O movimento fogo representa todos os movimentos naturais que se caracterizam por ascensão, desenvolvimento, expansão e atividade. É de natureza yang; estabelece relação com o sistema zang-fu pelo coração e intestino delgado. O movimento terra representa os movimentos naturais que se traduzem por transformações e mudanças. É de natureza yin; estabelece relação com o sistema zang fu pelo baço-pâncreas e estômago. O movimento metal representa os movimentos naturais que se traduzem por purificação, seleção, análise e limpeza. É de natureza Yin estabelece relação com o sistema Zang Fu pelo Pulmão e Intestino grosso. (PEREIRA; ALVIM, 2013, p. 4-5)

Ainda de acordo com Santos, Sperotto e Pinheiro (2011), o tratamento em MTC é composto por três etapas: a Natureza ajudando o paciente (por meio da administração de naturoterápicos de origem vegetal, mineral ou animal); o terapeuta ajudando o paciente (por meio das práticas terapêuticas da MTC); e o próprio paciente ajudando a si mesmo (por meio da prática de exercício energéticos pelo indivíduo, como por exemplo o Tai-Chi-Chuan).

São diversas as práticas existentes de MTC, porém as mais difundidas no mundo ocidental são a Acupuntura e a Auriculoterapia e, por isso, ambas têm maior destaque dentro da PNPIC.

A Acupuntura (AP) é uma das práticas de MTC mais aceitas no ocidente principalmente pelo fato dos seus efeitos poderem ser verificados, aferidos, por meio de técnicas científicas. Nesta técnica há o estímulo por meio da inserção de finas agulhas metálicas em pontos pelo corpo do paciente, ao longo dos meridianos.

A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da medicina tradicional chinesa (MTC), a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças. (BRASIL, 2006, p. 4)

Já a auriculoterapia é uma prática que caracteriza-se pelo estímulo a pontos energéticos localizados na orelha, podendo ser realizado com diversos materiais, de agulhas até sementes.

A auriculoterapia é uma técnica terapêutica que promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo por meio de estímulos nos pontos energéticos localizados na orelha – onde todo o organismo encontra-se representado como um microssistema – por meio de agulhas, esferas de aço, ouro, prata, plástico, ou sementes de mostarda, previamente preparadas para esse fim. A auriculoterapia chinesa faz parte de um conjunto de técnicas terapêuticas que tem origem nas escolas chinesa e francesa, sendo a brasileira constituída a partir da fusão dessas duas. Acredita-se que tenha sido desenvolvida juntamente com a acupuntura sistêmica (corpo) que é, atualmente, uma das terapias orientais mais populares em diversos países e tem sido amplamente utilizada na assistência à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022, online)

3.5.16 Meditação

Tendo como origem filosofias contemplativas orientais, a meditação foi introduzida no Brasil a partir da década de 60 e se consolidou como uma das práticas mais

bem sucedidas e difundidas no país e, por conta disso, tornou-se objeto de incontáveis estudos na área.

Tais estudos constituíram um plantel de evidências que demonstram os efeitos benéficos da meditação sobre os indivíduos. Efeitos como reorganização dos circuitos neurológicos, maior retenção de atenção, maior capacidade de aprendizagem, maior equilíbrio emocional, dentre outros (SANTOS et al., 2020).

Silva, Valsoler e Storti (2021) ressaltam ainda um outro efeito importante da prática da meditação que é a ação no eixo do hipotálamo-hipófise-suprarenal o que desencadeia um melhor controle dos níveis de cortisol, agindo inclusive de forma similar a alguns antidepressivos, sendo bem aproveitada no tratamento de depressão e outras doenças psiquiátricas.

A meditação foi definida pelo Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS (2018, p.51) como uma “prática mental que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior.”

A meditação pode ser classificada de diversas maneiras, como por exemplo: (a) concentrativa (quando a atenção é focada em apenas um objeto, como por exemplo a respiração); (b) mindfulness (quando o indivíduo é o observador do seu interior, monitorando seus pensamentos e sentimentos, sem julgamentos ou; e (c) meditação de compaixão ou bondade amorosa (que tem por objetivo fomentar a empatia e o altruísmo) (SILVA; VALSOLER; STORTTI, 2021).

3.5.17 Musicoterapia

Embora não com a nomenclatura de “terapia” ou, muitas vezes, sem a intenção de ser utilizada como tal, a música sempre foi utilizada por algumas civilizações em processos para, mesmo que de modo transitório, amenizar dores, para auxiliar em processos de educação e, até mesmo, em processos de reeducação de indivíduos debilitados, dentre outros. Logo, há que se entender que a musicoterapia é resultado de uma construção de mais de 30 mil anos do uso da música para fins de cura porém, o grande destaque e capilaridade da musicoterapia como conhecemos nos tempos atuais, bem como a sua sistematização, se iniciou após a sua utilização em feridos e veteranos

de guerra do exército americano após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) (BARCELLOS, 2016).

Na ocasião, o corpo médico percebeu que os pacientes se acalmavam assim que eram submetidos à música (BOTSARIS; MEKLER, 2004).

No Brasil, a sua introdução e disseminação se deu principalmente a partir da fundação em 1968 de duas associações de Musicoterapia: Associação Brasileira de Musicoterapia e a Associação Sul Brasileira de Musicoterapia. Estas instituições eram compostas por membros de diferentes formações, mas que utilizavam da música para fins terapêuticos (ROMÃO, 2015).

A musicoterapia foi definida e incluída na PNPIC por meio da Portaria nº 849, de 27 de março de 2017.

É a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida. (BRASIL, 2017, p. 3)

É importante observar que diversas são as formas, técnicas e métodos pelos quais a musicoterapia pode ser empregada pois ela depende primordialmente do próprio paciente e do interlocutor ou terapeuta. dentre as técnicas mais utilizadas, cita: a Improvisação Musical, a Recriação, a Audição Musical e a Composição (OLIVEIRA; GOMES, 2014).

Barcellos (2016) elenca os motivos pelos quais a musicoterapia pode ser considerada uma alternativa terapêutica, dentre os quais destacam-se o fato de que a música é uma forma de expressão universal sendo um elemento não verbal, é ritmada, possui o instrumento musical como elemento integrador, é de natureza plurívoca e pode ser imbuída do significado que o indivíduo quiser ou precisar, inclusive metafórico. Dessa forma, infere-se que a musicoterapia se vale dos instrumentos musicais, dos sentidos como a audição e a vocalização, ou de ações como a recriação, a improvisação e a composição, para propiciar a comunicação, estabelecer a conexão terapêutica e ajudar na prevenção ou restauração da saúde, seja ela fisiológica, psicológica, social ou espiritual.

3.5.18 Naturopatia

Reconhecida pela OMS e instituída na PNPIC por meio da Portaria Ministerial nº 849, de 27 de março de 2017 do Ministério da Saúde, a Naturopatia abrange uma gama de recursos terapêuticos e está definida na referida portaria como:

É entendida como abordagem de cuidado que, por meio de métodos e recursos naturais, apoia e estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se. Tem sua origem fundamentada nos saberes de cuidado em saúde de diversas culturas, particularmente aquelas que consideram o vitalismo, que consiste na existência de um princípio vital presente em cada indivíduo, que influencia seu equilíbrio orgânico, emocional e mental, em sua cosmovisão. A Naturopatia utiliza diversos recursos terapêuticos como: plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, fitoterapia, massagens, recursos expressivos, terapias corpo-mente e mudanças de hábitos. (BRASIL, 2017, p. 4)

O Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS (2018) complementa a definição dada pela Portaria Ministerial nº 849, de 27 de março de 2017 do Ministério da Saúde.

Apoia e estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se, que se propõe a restaurar o bem-estar e a qualidade de vida por meio da educação em saúde, adequações do estilo de vida e por meio de terapias naturais, reintegrando aspectos do corpo, da mente e da emoção com a natureza e a sociedade. (BRASIL, 2018, p. 52)

A maior parte dos princípios e teorias utilizados pela Naturopatia advém da Europa dos séculos XVI e XVII já as suas raízes filosóficas vem de várias civilizações, como dos gregos, dos indianos, dos árabes, dos chineses, dentre outros. A Naturopatia moderna foi originada nos EUA por meio dos estudos de Benedict Lust no início do século XX (RODRIGUES, 2017).

Botsaris e Mekler (2004) a descrevem como a “clínica geral” das terapias naturais e seus tratamentos como não agressivos ou invasivos e tampouco tóxicos aos indivíduos.

De acordo com a *World Naturopathic Federation* (WNF), em 1989 foi estabelecida não só uma definição para a medicina naturopática como também pautados os princípios neuropáticos que norteiam a prática, sendo eles:

- Primeiro, não faça mal (*primum non nocere*) - O neuropata deve evitar ou mitigar quaisquer efeitos secundários prejudiciais decorrentes da terapia e evitar ou fazer uso da menor força na hora de avaliar e tratar o indivíduo;
- Poder de Cura da Natureza (*vis medicatrix naturae*) - Visa fortalecer o poder de cura de cada organismo;

- Trate a causa (tolle causam) - Tratar a causa em vez de focar apenas nos sintomas;
- Trate a pessoa como um todo (tolle totum) - Por meio de um tratamento individualizado, fazer com que todos os aspectos do indivíduo (sociais, físicos, psicológicos, dentre outros) sejam levados em consideração no tratamento;
- Doutor como Professor (docere) - O naturopata deve compartilhar com o indivíduo saberes e dicas sobre vida saudável a fim de que a pessoa possa se responsabilizar pela própria vida;
- Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde - O naturopata deve promover a prevenção de doenças e promoção da saúde como agente de mudança na condição e estilo de vida do indivíduo;
- Bem-estar - Independente do estado do indivíduo, o naturopata deve propiciar o seu bem-estar.

Logo, em consonância com os princípios da Naturopatia, Rodrigues et al. (2017) menciona que o tratamento naturopático ocorre de maneira multidimensional e individualizada, abrangendo desintoxicação, revitalização, estabilização e regeneração.

3.5.19 Osteopatia

No Brasil, a osteopatia é definida como uma especialidade do fisioterapeuta por meio da Resolução Coffito 220/2001, sendo disponibilizada no SUS por meio da Portaria nº 145 de 11 de janeiro de 2017 do Ministério da Saúde. Posteriormente, passou a fazer parte da PNPIC por meio da Portaria 849 de 27 março de 2017.

É um método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos. Esta prática parte do princípio que as disfunções de mobilidade articular e teciduais em geral contribuem no aparecimento das enfermidades.

A abordagem osteopática envolve o profundo conhecimento anatômico, fisiológico e biomecânico global, relacionando todos os sistemas para formular hipóteses de diagnóstico e aplicar os tratamentos de forma eficaz. Desta forma, a osteopatia diferencia-se de outros métodos de manipulação pois busca trabalhar de forma integral proporcionando condições para que o próprio organismo busque o equilíbrio/homeostase. (BRASIL, 2017, p. 4)

A osteopatia tem sua origem nos EUA, no final do século XIX, por meio dos estudos de Andrew Taylor Still (1828-1917). A sua prática é baseada no princípio de que todos os sistemas do organismo estão interligados e relacionados logo, todos eles serão

requeridos para o desenvolvimento de alguma função, por conseguinte, quaisquer disfunções de um sistema afetará o restante (VASCONCELOS, 2019).

Ainda segundo Vasconcelos (2019), outro pilar importante da osteopatia diz respeito à interrelação entre a anatomia (estrutura do organismo) e a fisiologia (função). Nessa ótica, entende-se estrutura como os órgãos, ossos, músculos, dentre outros, e a função é tida como a atividade a qual cada estrutura está relacionada, como função digestória, respiratória, dentre outras, onde toda a estrutura é relacionada a uma função. Sendo assim, para Still, quaisquer doenças seriam desencadeadas por alguma disfunção na harmonia da estrutura.

Um terceiro princípio da osteopatia refere-se ao fato de que, conforme esta prática, todo o corpo é organizado e envolvido por uma fásia, tecido conjuntivo, criando um continuum estrutural que moldará e estipulará a cada tecido e órgão uma função. Sendo o indivíduo considerado como uma única unidade funcional com todas as suas áreas interligadas por meio desse continuum, pressupõe-se então um perfeito equilíbrio em um organismo saudável (VASCONCELOS, 2019).

A osteopatia também defende que o nosso corpo (organismo) tem a capacidade de se autorregular, podendo reencontrar por si só a harmonia (“Princípio da Imunidade”). Still utiliza o termo homeostasia para qualificar esta capacidade desse sistema miofascioesquelético. Esta recuperação ocorreria pelo fato de que esse sistema teria guardada uma memória corporal que seria acessada na presença de um trauma ou estresse em cima desse sistema, iniciando assim o seu processo de recuperação.

O tratamento osteopático requer uma avaliação individual e global do paciente, ou seja, a avaliação deve considerar todos os aspectos relativos à saúde física, mental, e social do indivíduo. Ademais, após a avaliação, o tratamento osteopático se utiliza de técnicas que preconizam a manipulação articular e manobras de liberação fascial a fim de se obter, dentre outros benefícios, o ganho de mobilidade e a diminuição da dor (GURGEL et al., 2017).

3.5.20 Ozonioterapia

O gás ozônio - do grego “ozein”, que significa cheiro - possui odor forte, similar ao cloro, é instável, incolor e é o componente utilizado na prática de ozonioterapia. Quimicamente, o ozônio é uma molécula formada por três átomos de oxigênio (O₃) e a sua produção pode ser realizada de duas maneiras: naturalmente, por meio dos raios ultravioletas do sol, ou artificialmente, por meio de geradores que são submetidos a

descargas elétricas de alta voltagem e frequência (SILVA; SHIOSI; RANIERI NETO, 2018).

Embora o gás ozônio tenha sido descoberto em 1785 por Martins Van Marum, somente a partir de 1857 foi possível a sua utilização, após Siemens descobrir como obtê-lo de forma sintética. Na I Guerra Mundial o ozônio foi utilizado para o tratamento de queimaduras, fístulas infectadas, gangrena gasosa e feridas, por meio de insuflagem direta nos tecidos. Devido a infecções anaeróbias muito sensíveis ao gás, averiguou-se as suas propriedades bactericidas e o seu uso clínico passou a ganhar destaque (GUTIERREZ et al., 2018).

Em 1975 esta prática foi introduzida no Brasil e desde então a ozonioterapia vem sendo utilizada na medicina humana, principalmente para a terapia de alterações circulatórias (SILVA; SHIOSI; RANIERI NETO, 2018).

A ozonioterapia é prática integrativa e complementar de baixo custo, segurança comprovada e reconhecida, que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica, já utilizada em vários países como Itália, Alemanha, Espanha, Portugal, Rússia, Cuba, China, entre outros, há décadas. (BRASIL, 2018, p. 5)

Gutierrez et al. (2018) adicionam que o gás que é utilizado na ozonioterapia não é o gás ozônio na sua forma pura, mas uma mistura de ozônio e oxigênio (O₃/O₂), estando o O₃ presente na concentração máxima de 5% do total.

A ação bioquímica do ozônio é muito veloz devido a sua responsividade quando em contato com o sangue e a sua administração pode ser realizada subcutânea (SC), intramuscular (IM), Intradiscal, intracavitária (espaços peritonal e pleural), intravaginal, intrauretral, vesical e por auto-hemoterapia ozonizada (SILVA; SHIOSI; RANIERI NETO, 2018).

Gutierrez et al. (2018) elencam algumas ações da ozonioterapia, dentre as quais a sua ação germicida, já que o ozônio é considerado um potente desinfetante da água, o que faz com que ela fique potável sem a formação de resíduos; e a sua ação oxidante, pois o ozônio é um poderoso agente oxidante que, quando em contato com o material orgânico de bactérias, fungos e vírus, o oxida sendo capaz de atacar estes organismos (efeito antimicrobiano). Ademais, a sua capacidade de oxidação propicia a oxigenação e reparação tecidual.

Ainda conforme os autores, por propiciar a reparação tecidual, a ozonioterapia tem sido amplamente utilizada com sucesso para o tratamento de doenças, afecções e

lesões na pele, como psoríase e dermatites, abscessos fistulosos, queimaduras, úlceras, dentre outros. Ademais, as ações elencadas anteriormente possibilitam a aplicação do ozônio no tratamento do câncer metastático para que os efeitos colaterais da radioterapia e da quimioterapia sejam amenizados; no tratamento de dores musculares, artralgias, cervicalgias e lombalgias; e, na área odontológica, para a higienização dos equipamentos utilizados, para o tratamento de cáries e da cavidade oral.

Por fim, ressalta-se que atualmente sabe-se que a ozonioterapia pode ocasionar alguns efeitos indesejáveis. Se inalado, pode provocar irritação pulmonar, já no caso de má administração, pode acarretar alterações fisiológicas. Logo, é evidente o fato de que a ozonioterapia só deve ser administrada por profissionais capacitados (GUTIERREZ et al., 2018).

3.5.21 Plantas medicinais – Fitoterapia

Ao longo da história da humanidade as plantas vêm sendo utilizadas como recurso medicinal. Inicialmente sem estudos ou comprovação científica, este conhecimento popular empírico acerca das propriedades curativas das plantas era repassado de geração a geração. Com o advento da tecnologia e o avanço das pesquisas, procurou-se comprovar estes conhecimentos de modo científico, baseado em evidências e com segurança. Deste modo, o reconhecimento da utilização terapêutica dos vegetais e seus derivados veio se desenvolvendo e sendo inserido no contexto da medicina moderna.

A fitoterapia é uma prática terapêutica que tem por base a utilização de diversas formas de plantas medicinais e seus derivados, sem que seja utilizado substâncias ativas isoladas (MARIN, 2017).

Terapêutica caracterizada pelo uso das plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. As formas farmacêuticas de plantas medicinais disponibilizadas no SUS são: planta fresca (in natura), planta seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado. A prática da fitoterapia, por exemplo, no caso do programa Farmácias Vivas, incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social. (BRASIL, 2018, p. 53)

Conforme aponta Marin (2017), a fitoterapia pode ser preparada e administrada de várias formas, dentre as quais pode-se utilizá-la via chá, via decocção (ebulição da droga vegetal em água), via utilização de derivados vegetais (extrato, óleo fixo e volátil, cera, exsudato e outros), via drogas vegetais (plantas medicinais, ou suas partes,

processadas ou não, que contenham as substâncias responsáveis pela atividade terapêutica), via infusão, via maceração com água, dentre outros.

Para a prescrição de plantas medicinais e/ou fitoterápicos, não se faz necessária a prescrição médica, podendo ser efetuada por quaisquer profissionais da área da saúde desde que permitido e regulamentado pelo respectivo conselho de classe. Porém, algumas informações básicas são necessárias para qualquer prescrição de plantas medicinais e drogas vegetais. Marin (2017, p. 79) as elenca como: “legibilidade e ausência de rasuras e emendas; identificação da instituição e do profissional prescriptor com o número de registro no respectivo Conselho Profissional; identificação do paciente; nomenclatura botânica, concentração/dosagem, forma farmacêutica, quantidades e respectivas unidades; posologia e modo de usar; duração do tratamento; local e data da emissão e assinatura e identificação do prescriptor.”

Atualmente, de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) do ano de 2022, há 12 medicamentos fitoterápicos sendo ofertados pelo SUS, sendo eles a Alcachofra (*Cynarascolymus L.*), Aroeira (*Schinusterebinthifolia raddi*), a Babosa (*Aloe vera* (L.) Burm. f.), a Cáscara-sagrada (*Rhamnus purshiana DC.*), a Espinheira-santa (*Maytenus ifficiolia Mart. ex Reissek.*), a Garra-do-diabo (*Harpagophytum procumbens DC. ex Meissn.*), o Guaco (*Mikania glomerata Spreng.*), a Hortelã (*Mentha x piperita L.*), a Isoflavona-de-soja (*Glycinemax (L.) Merr.*), o Plantago (*Plantago ovata Forssk.*), o Salgueiro (*Salix alba L.*), a Unha-de-gato (*Uncaria tomentosa* (Willd. ex Roem. & Schult.)).

A depender do medicamento utilizado, o fitoterápico pode agir na cicatrização, na ação antiinflamatória, antiséptica, minimizar dores, dentre outros.

3.5.22 Quiropraxia

Assim como a osteopatia, a quiropraxia é definida como uma especialidade do fisioterapeuta por meio da Resolução COFFITO 220/2001, também sendo disponibilizada no SUS por meio da Portaria nº 145 de 11 de janeiro de 2017 do Ministério da Saúde. Posteriormente, passou a fazer parte da PNPIC por meio da Portaria 849 de 27 março de 2017.

É uma abordagem de cuidado que utiliza elementos diagnósticos e terapêuticos manipulativos, visando o tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e dos efeitos destas na saúde em geral. São utilizadas as mãos para aplicar uma força controlada na articulação,

pressionando além da amplitude de movimento habitual. É comum se ouvir estalos durante as manipulações, isso ocorre devido à abertura da articulação, que gera uma cavitação. O ajuste articular promovido pela Quiropraxia é aplicado em segmentos específicos e nos tecidos adjacentes com objetivo de causar influência nas funções articulares e neurofisiológicas a fim de corrigir o complexo de subluxação, cujo modelo é descrito como uma disfunção motora segmentar, o qual incorpora a interação de alterações patológicas em tecidos nervosos, musculares, ligamentosos, vasculares e conectivos. (BRASIL, 2017, p. 4)

A quiropraxia foi criada nos EUA, no fim do século XIX, por David Daniel Palmer (1845-1913) e preconiza o tratamento conservador do sistema neuromúsculoesquelético com utilização de terapias manuais e a manipulação articular (ajustamento), sem lançar mão do uso de medicamentos ou cirurgias, com o objetivo de reaver a saúde e propiciar a auto-cura do organismo (VASCONCELOS, 2019).

Embora a quiropraxia tenha o mesmo pilar da osteopatia, no qual a relação do corpo com as suas estruturas e respectivas funções é regulada pelo sistema nervoso (SOUSA FILHO; SANTOS; ALMEIDA, 2019), elas se diferem pelo fato de que a primeira é mais simples, tendo como principal meta o tratamento de patologias do sistema esquelético, já a osteopatia é mais ambiciosa e se propõe a tratar qualquer enfermidade por meio de manipulações, inclusive de partes com pouca mobilidade, como o crânio (BOTSARIS; MEKLER, 2004).

Ademais, a quiropraxia prima por tentar aliviar o quanto antes os sintomas do paciente, com alívio da dor, por meio de manipulações que reaveem rapidamente a amplitude de movimento de determinada articulação, estrutura ou músculos desse sistema neuromúsculoesquelético (SOUSA FILHO; SANTOS; ALMEIDA, 2019).

Logo, corroborando Sousa Filho, Santos e Almeida (2019), Vasconcelos (2019) afere que para um bom funcionamento das estruturas e suas respectivas funções, se faz necessário um bom funcionamento do sistema nervoso uma vez que ele comanda o fluxo de informações para as estruturas do corpo. Assume-se, portanto, a essencial importância do sistema nervoso na prática da quiropraxia uma vez que quaisquer lesões ou interferências nesse fluxo neural, ocasionará consequências nas articulações corporais. Tais consequências nada mais são do que um conjunto de alterações morfofuncionais e bioquímicas denominadas de Complexo de Subluxação Vertebral (CSV). O CSV leva o indivíduo a apresentar alterações na fisiologia muscular que, numa reação em cadeia, propiciam alterações articulares, de deambulação, com consequente quadro de diminuição de energia e força, aumento das dores, dentre outros, o que afeta a qualidade

de vida do indivíduo uma vez que ele deverá aumentar o seu gasto de energia para realizar as suas atividades (VASCONCELOS, 2019).

A quiropraxia, por meio de um sistema nervoso saudável, possui como princípio a capacidade de adaptação e recuperação do organismo mediante ao estresse. À medida que os eventos estressantes ocorrem, seus reflexos vão se acumulando, e a capacidade de adaptação e recuperação do organismo vai sendo aos poucos reduzida logo, cabe ao quiropraxista, a partir dos ajustes terapêuticos necessários, promover a reestruturação corporal, melhorando assim o funcionamento do sistema nervoso (VASCONCELOS, 2019).

Vasconcelos (2019) aponta que as práticas de ajuste terapêuticos se dividem em dois tipos gerais, para recuperação da mobilidade regional, e específicos, na produção de micromovimentos dentro da articulação.

Assume-se, portanto, que a técnica da quiropraxia quando bem utilizada proporciona benefícios ao indivíduo, principalmente ao restabelecer o equilíbrio do seu organismo, devolvendo o seu quadro de bem-estar.

3.5.23 Reflexoterapia

Há divergências sobre a origem da reflexoterapia, terapia também chamada de reflexologia. Alguns estudiosos apontam o seu surgimento na China, há mais de 5 mil anos, porém, há registros desta prática no Egito antigo e até mesmo pelos índios americanos. De qualquer forma, é consenso que esta técnica remonta à antiguidade.

De acordo com Leite e Zângaro (2005) a reflexologia deu seus primeiros passos após a formulação da Terapia das Zonas (Zonoterapia) por William Fitzgerald. Nesta teoria, o corpo seria dividido em dez zonas verticais, as quais, por sua vez, correspondem aos dez dedos dos pés e das mãos. Ademais, Fitzgerald descobriu o surgimento de um efeito anestésico por meio da pressão sob alguns pontos específicos dos pés. Porém, foi somente por volta de 1930 que a Dra. Eunice Ingham, considerada a mãe da Reflexologia Moderna, transformou esse conhecimento das zonas de pressão em uma técnica detalhada conhecida como reflexologia (reflexoterapia).

Também conhecida como reflexologia, é uma prática que utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões. Cada uma destas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. São massageados pontos-chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de

bloqueio ou inconveniente. As áreas do corpo foram projetadas nos pés, depois nas mãos, na orelha e também em outras partes do corpo, passando a ser conhecida como microssistemas, que utiliza o termo "Terapias Reflexas", Reflexoterapia ou Reflexologia. (BRASIL, 2017, p. 4)

De acordo o Ministério da Saúde (2017), a planta do pé, por exemplo, apresenta-se como um ponto de encontro de cerca de 72 mil terminações nervosas que, mediante a um quadro patológico, recebem grandes descargas elétricas advindas do sistema nervoso central (SNC). Estas descargas elétricas formam um campo eletromagnético que aumenta a concentração sanguínea na área e, quanto maior essa concentração, mais grave e crônica é a patologia. Logo, uma vez estimulados os receptores pressóricos nessas áreas podais, mensagens seriam enviadas ao SNC e, conseqüentemente, a eferência de regulação chegaria ao local desejado para restabelecimento do equilíbrio. Ademais, além deste efeito, haveria a diminuição da tensão, do estresse, melhora da circulação sanguínea e promoção do bem-estar (COSTA et al., 2022).

3.5.24 Reiki

Com origem Tibetana e redescoberta no século XIX por um monge japonês chamado Mikao Usui, esta prática é uma das práticas mais antigas que a humanidade tem conhecimento.

O Reiki é uma prática caracterizada pela imposição das mãos, ou por meio do toque suave, baseadas na matéria e no espírito e que tem como meta o restabelecimento do equilíbrio corporal.

Prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Baseado na concepção vitalista de saúde e doença, considera-se a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral. Estimula a energização dos órgãos e centros energéticos. (BRASIL, 2018, p. 54)

A palavra japonesa rei-ki é composta por duas sílabas: "rei", que representa a energia vital, a essência energética cósmica que permeia tudo e todos, e "ki", que representa a força vital fundamental intrínseca a todos os seres vivos (energia básica). A prática do Reiki é caracterizada pela potencialização da absorção da energia vital por meio da imposição de mãos, onde o reikiano direciona a energia de cura para o corpo do paciente a fim de se alcançar o reequilíbrio da energia do ser humano. Ressalta-se que o

reikiano serve apenas de canalizador da energia e não sofre perdas na sua energia vital. (JACOBSEN et al., 2017)

Jacobsen et al. (2017) ressaltam o fato de, ao chegar no ocidente, a prática foi desmembrada em diversas vertentes, porém na Usui Shiki Ryoho, chamada escola tradicional, o reiki possui três níveis: nível I, nível II e nível III.

No nível I, chamado “o despertar”, o reikiano é apresentado a história da terapia reiki e recebe um símbolo chamado CHO KU REI, capaz de ativar a energia. No nível II, chamado “a transformação”, o reikiano aprende a enviar reiki, à distância, e preparar o envio também à distância de seus projetos pessoais e comunitários e recebe mais dois símbolos de reiki: o SEI HE KU e HON SHA ZE SHO NEN. No nível III, há uma divisão de em dois níveis (IIIA e IIIB). No nível IIIA, chamado “mestre de si”, o reikiano aprende a ser mais flexível diante das adversidades da vida, recebe os mesmos símbolos de reiki dos níveis anteriores. No nível IIIB, chamado “mestre professor”, o reikiano aprende a iniciar novos reikianos e recebe os símbolos dos níveis anteriores e os símbolos que o mestre utiliza para as iniciações DAI KOO MIO, RACU e SERPENTE DE FOGO. É necessário que haja um espaçamento entre as iniciações, que depende da decisão do mestre ao avaliar seu aprendiz, e a formação do terapeuta pode demorar cerca de dois anos ou mais. (JACOBSEN et al., 2017, p. 135)

Sendo o Reiki parte da técnica de imposição de mãos já descrita neste trabalho anteriormente, esta prática também é utilizada para restabelecer o equilíbrio físico, mental e espiritual do indivíduo, mostrando bom desempenho no tratamento de distúrbios do estresse e ansiedade.

3.5.25 Shantala

A Shantala é uma técnica de massagem em bebês que teve sua origem no sul da Índia e chegou ao Brasil na segunda metade da década de 70.

A prática proporciona o bem-estar e desenvolvimento do bebê, por meio do toque e da estimulação da pele. (NALDO; SILVA; MARIN, 2014)

Prática terapêutica que consiste na manipulação (massagem) do corpo do bebê pelos pais, favorecendo o vínculo entre estes e proporcionando uma série de benefícios em virtude do alongamento dos membros e da ativação da circulação. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, a confiança, a criatividade, a segurança, o equilíbrio físico e emocional. Exemplos de benefícios proporcionados pela shantala: alívio de cólicas, melhoria no sono, fortalecimento do sistema imunológico, entre outros. (BRASIL, 2018, p. 54)

Além dos efeitos já destacados, Jacobsen et al. (2018) enumeram mais alguns benefícios, dentre os quais: diminuição dos níveis de epinefrina, norepinefrina e cortisol,

ativação da produção de endorfina, relaxamento, diminuição das cólicas, fortalecimento do vínculo mãe e filho, melhora do funcionamento do trato gastrointestinal, da coordenação motora, melhora da circulação linfática, dentre outros.

Salienta-se também que esta prática pode ser praticada em bebês de no mínimo um mês de idade até crianças de 5 anos. A Shantala não é indicada para bebês com menos de um mês de vida, pois esses tendem a perder muito calor e a técnica tem que ser aplicada sem roupa. (JACOBSEN et al., 2018)

3.5.26 Terapia Comunitária Integrativa

Segundo Normann, Normann e Chassot (2018, p. 18), “a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é destinada à promoção de encontros interpessoais e comunitários”, nesses encontros os indivíduos compartilham conhecimentos, vivências e histórias em uma roda de conversa.

É uma prática coletiva, realizada em espaços abertos, a fim de se estabelecer uma rede de conexão para promoção da vida, troca de experiências, mobilização de recursos e competências entre os indivíduos e sua comunidade. Assim, são desenvolvidos laços afetivos, sociais, emocionais que promoverão a saúde e o bem-estar dos cidadãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Prática terapêutica coletiva que envolve os membros da comunidade numa atividade de construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades. Objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. A TCI é desenvolvida em formato de roda, visando trabalhar a horizontalidade e a circularidade. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que a comunidade e as pessoas possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. A partilha de experiências visa à valorização das histórias pessoais, favorecendo assim, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção e da possibilidade de resolução dos problemas. (BRASIL, 2018, p. 54)

Os encontros ou rodas de TCI possuem etapas a serem cumpridas: o acolhimento, a escolha do tema, a contextualização, a problematização e o encerramento (NORMANN; NORMANN; CHASSOT, 2018).

A TCI pode ser considerada uma ferramenta importante no caminho para se atingir os diferentes sentidos da integralidade de cada indivíduo, uma vez que o foco não está na doença mas sim no sofrimento da pessoa. A TCI é prática inclusive, um espaço

de escuta, socialização e humanização, que torna possível o reconhecimento e o enfrentamento dos problemas pelo indivíduo.

3.5.27 Terapia de Florais

A terapia floral, que faz parte de um campo de terapias vibracionais, surgiu na década de 1930 e foi criada pelo médico homeopata Edward Bach (1886-1936).

A terapia de florais é uma prática complementar e não medicamentosa que, por meio dos vários sistemas de essências florais, modifica certos estados vibratórios auxiliando a equilibrar e harmonizar o indivíduo. (BRASIL, 2017, p. 5-6)

Para Bach, o ser humano era composto por dois elementos: a alma (imortal), que faz parte da energia cósmica; e a personalidade (material), que é transitório. A saúde seria o estado harmônico entre estes dois componentes, o equilíbrio, já a doença ou enfermidade seria a desarmonia, o desequilíbrio de energia entre os dois e que fora consequência de pensamentos negativos ou conflitos entre a alma e a personalidade. (COSTA; GONÇALVES, 2021).

Bach focou a sua pesquisa em métodos mais puros de cura, dessa forma percebeu que as flores tinham um padrão vibratório que coincidiam com o padrão da alma humana e, concomitantemente, que as particularidades botânicas da flor eram similares à personalidade. Com isso, Bach elaborou um sistema de tratamento por meio do uso de 38 essências florais, onde cada uma delas era direcionada a um estado emocional e mental específico. Posteriormente, Bach dividiu as 38 essências em sete grupos de atuação dos florais e que correspondem às sete emoções básicas do psiquismo humano. São eles: “medo, incerteza, falta de interesse nas circunstâncias presentes, solidão, hipersensibilidade a influências e ideias, desespero e excessiva preocupação com o bem-estar dos outros” (GUTIERREZ; LIMA, 2017, p. 87).

As essências florais são extratos líquidos naturais, sem cheiro e demasiadamente diluídos, feitas a partir de flores silvestres no auge da floração e colhidas pela manhã quando ainda estão úmidas devido ao orvalho. Ressalta-se que as essências não são um produto fitoterápico, nem homeopatia, não são um tipo de fragrância e tampouco uma droga. Logo, não podem ser usados por quaisquer pessoas, em quaisquer idades e não interferem na ação de medicamentos que podem estar sendo administrados (BRASIL, 2017).

3.5.28 Termalismo Social/Crenoterapia

Por mais que no país exista abundância de fontes de água mineral, o termalismo e a crenoterapia ainda são práticas de valor terapêutico pouco exploradas no Brasil.

Hellmann e Drago (2018) ressaltam que o uso terapêutico da água para a saúde pode ser denominado de várias formas a depender do tipo de água utilizado, da sua composição química, temperatura, modo de utilização, dentre outros. Porém, a PNPIC contempla somente o Termalismo Social e a Crenoterapia. Justamente a essa variabilidade na composição química (que pode ser classificada como sulfurada, radioativa, bicarbonatada, ferruginosa etc.), à sua temperatura e ao modo como a água será utilizada é que se deve à eficiência do termalismo.

O Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS (2018), define o Termalismo Social e Crenoterapia respectivamente como:

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. Consideram as águas termominerais em seus aspectos ecológicos, históricos, sociais, e garantindo o acesso universal a estabelecimentos termais da Rede de Atenção à Saúde para fins preventivos, terapêuticos e de manutenção da saúde. (BRASIL, 2018, p. 55)

A crenoterapia, por sua vez, consiste em prática terapêutica que utiliza águas minerais com propriedades medicinais, de modo preventivo ou curativo, em complemento a outros tratamentos de saúde. Tem por base a crenologia, ciência que estuda as propriedades medicinais das substâncias físico-químicas das águas minerais e sua utilização terapêutica. (BRASIL, 2018, p. 6)

No Brasil, o termalismo/crenoterapia foi introduzido junto com a colonização portuguesa, que tinham o hábito de utilizar as águas minerais para tratamento de saúde.

Atualmente, a prática do Termalismo é procurada para fins de cura de doenças, socialização e espiritualidade, ademais, esta técnica estimula o dito turismo de saúde para spas e instâncias naturais. (LOPES et al., 2018)

Sobre os efeitos destas práticas, Zonta e Beltrame (2015) apontam benefícios dobrados (como redução da dor, melhora no condicionamento físico, dentre outros), já que além da água, o indivíduo está exposto também à ação da composição química e da temperatura do líquido.

3.5.29 Yoga

Patanjali foi um filósofo brâmane, gramático e médico, conhecido também por “O Pai do Yoga” já que, embora não tenha inventado a prática, foi o responsável por reunir e sistematizar toda a tradição de 2000 anos de existência da filosofia da técnica. Ademais, partiu de Patanjali a criação do “Yoga Sutras”, também chamado de Astaanga yoga (yoga dos oito passos), yoga clássico ou Raja yoga. São eles: 1. Yamas; 2. Niyamas; 3. Asana; 4. Pranayama; 5. Pratyahara; 6. Dharana; 7. Dhyana; e 8. Samadhi. (QUEVEDO; MASCARENHAS, 2017)

O Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS (2018) define a Yoga como:

Prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação. Combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. Fortalece o sistema musculoesquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo. (BRASIL, 2018, p. 55)

Existem diferentes técnicas de Yoga, como por exemplo a hatha-yoga, mantra-yoga e laya-yoga, cada qual oriunda de uma tradição específica. Ademais entre os vários benefícios atingidos por meio pela prática do Yoga, o Ministério da Saúde (2022) cita a regulação do sistema nervoso e respiratório, o equilíbrio da produção hormonal, o equilíbrio do sono, melhoria na postura, o fortalecimento do sistema imunológico, o aumento da capacidade de concentração, diminuição do estresse e a promoção da reeducação mental com conseqüente melhoria dos quadros de humor.

Quevedo e Mascarenhas (2017) relatam também menor hospitalização entre indivíduos hipertensos que praticam yoga, inclusive mulheres grávidas.

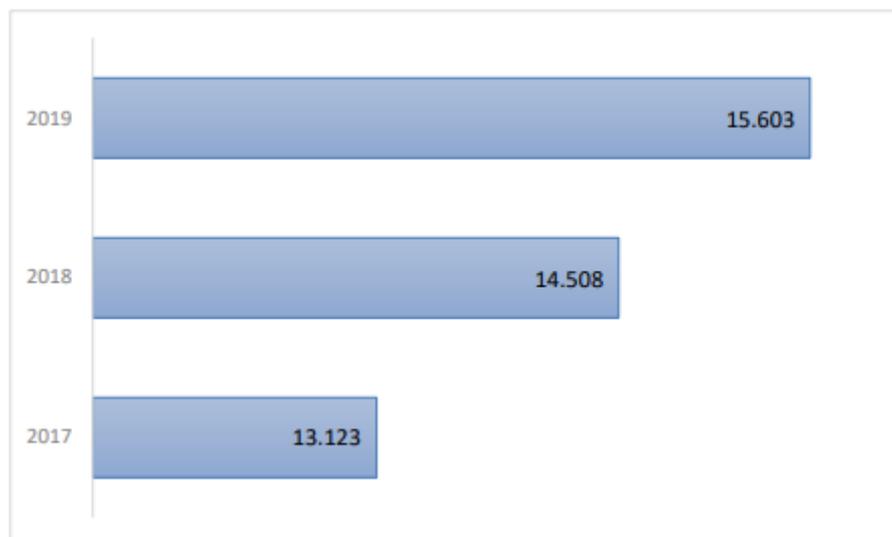
3.6 PICS: Panorama de oferta no país

A implementação da PNPIC demandou a incrementação dos sistemas de monitoramento de saúde com inclusão de variáveis relativas a estas práticas. Com isso, sistemas como o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (Órteses, próteses e materiais especiais) do SUS (SIGTAP), Sistema de Informação Ambulatorial/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIA/DATASUS), Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

(SCNES), Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH), puderam subsidiar a administração pública com dados referentes à oferta de PICS para melhor desenvolvimento das políticas públicas. Em especial, o Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde de 2020, que expõe uma série histórica da oferta de PICS no país, obtém as informações que necessita dos sistemas de informação SISAB, SIA e SCNES.

Conforme o último relatório divulgado em 2019 pelo Ministério da Saúde, com dados parciais, as PICS são ofertadas por 77% dos municípios brasileiros (4.297 municípios), incluindo todas as capitais. Ainda de acordo com o relatório, as PICS estão presentes em 17.335 serviços de saúde do SUS, sendo 90% (15.603) referentes à da APS, conforme averiguado na Figura 7.

Figura 7 - Demonstrativo do aumento do número de estabelecimentos da APS com oferta de PICS ao longo dos anos de 2017, 2018 e parciais para o ano de 2019.



Fonte: Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde (2020).

Em análise aos dados das ofertas de PICS na APS, o Ministério da Saúde (2020) aponta que o número de procedimentos disponibilizados no país cresceu de 148.152 registros em 2017 para 628.239 em 2019, o que corresponde a um aumento de 324%. Neste cenário, a Auriculoterapia e a Acupuntura são as PICS com o maior crescimento de oferta, vide Figura 8.

Figura 8 - Demonstrativo do total de procedimentos realizados em PICS na APS ao longo dos anos de 2017, 2018 e parciais para o ano de 2019

PROCEDIMENTOS	2017	2018	2019 Parcial
Sessão Acup. Aplic. Ventosas/Moxa	2.596	6.107	13.027
Sessão Acup. Inserção Agulhas	101.020	117.898	129.207
Sessão Eletroestimulação	1.772	3.794	21.556
Sessão Auriculoterapia	40.818	217.973	423.774
Sessão Massoterapia	777	2.966	8.012
Trat. Termal/Crenoterápico	7	9	881
Tratamento Naturopático	152	1.772	2.747
Sessão Tratamento Osteopático	37	494	1.160
Sessão Tratamento Quiroprático	125	473	1.046
Sessão Reiki	848	5.669	6.306
Sessão de Antroposofia Aplicada à Saúde	-	-	2.395
Sessão de Bioenergetica	-	-	707
Sessão de Constelação Familiar	-	-	1.838
Sessão de Termalismo	-	-	428
Sessão de Apiterapia	-	-	7
Sessão de Aromaterapia	-	-	1.405
Sessão de Cromoterapia	-	-	669
Sessão de Geoterapia	-	-	168
Sessão de Hipnoterapia	-	-	130
Sessão de Imposição de Mãos	-	-	3.810
Sessão de Ozonioterapia Aplicada à Odontologia	-	-	4
Sessão de Terapia de Florais	-	-	1.345
Tratamento Homeopático	-	-	326
Tratamento Fitoterápico	-	-	44
Tratamento Antroposófico	-	-	44
Tratamento Ayurvedico	-	-	14
Tratamento em Medicina Tradicional Chinesa	-	-	7.139
TOTAL	148.152	357.155	628.239

Fonte: Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde (2020).

Já com relação aos dados referentes às ofertas de PICS na APS com aplicação coletiva, podemos verificar na Figura 9 que o Ministério da Saúde (2020) aponta que o número de procedimentos registrados foi de 104.531, o que corresponde a um aumento de 314% em relação aos números de 2017 (25.206 registros). Este aumento equivale a

um número total de participantes submetidos às práticas coletivas de 942.970 indivíduos, sendo a prática mais realizada a MTC, seguida pelas Plantas Medicinais/Fitoterapia.

Figura 9 - Demonstrativo de oferta de atividades/procedimentos coletivos e de número de participantes por PICS na APS ao longo dos anos de 2017, 2018 e parciais 2019

PICS	2017		2018		2019 (PARCIAL)	
	Total	Número de Participantes	Total	Número de participantes	Total	Número de participantes
Plantas medicinais/fitoterapia	12.348	271.005	13.357	303.701	14.977	337.157
Práticas Corporais da MTC	8.606	25.745	42.109	185.136	48.646	355.788
Terapia Comunitária	988	6.278	6.933	38.461	6.326	56.093
Dança circular/Biodança	573	6.439	3.077	35.300	2.934	37.675
Sessão de Biodança	-	-	-	-	3	-
Sessão de Dança Circular	-	-	-	-	2.044	-
Yoga	565	3.870	2.997	24.878	7.732	43.459
Oficina Massagem/automassagem	734	3.536	3.298	24.608	5.271	35.607
Sessão Arteterapia	613	2.450	3.628	10.827	4.036	16.224
Sessão Meditação	438	1.813	3.567	18.648	8.818	35.152
Sessão Musicoterapia	341	1.514	2.552	24.294	3.744	25.815
Total de Atividades	25.206	322.650	81.518	665.853	104.531	942.970

Fonte: Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde (2020).

Já com os atendimentos individuais houve uma redução dos números, de 1.416.607 em 2017 para 693.650 em 2019, conforme demonstrado na Figura 10. Porém, o relatório do Ministério da Saúde (2020) justifica esses dados principalmente devido a diminuição do registro de Antroposofia aplicado à Saúde e o registro de “Outras” práticas. Ainda assim os números totais de atendimento são bastante significativos.

Figura 10 - Demonstrativo da quantidade de atendimentos individuais em PICS na APS ao longo dos anos de 2017, 2018 e parciais 2019

PICS	2017	2018	2019 Parcial
Medicina Tradicional Chinesa	92.283	161.317	208.739
Antroposofia aplicada à saúde	446.327	268.621	13.369
Ayurveda	814	925	678
Homeopatia	21.059	28.707	22.091
Plantas medicinais/Fitoterapia	60.741	72.202	45.024
Termalismo/Crenoterapia	1.027	140	60
Práticas corporais e mentais em PICS	7.833	13.328	9.728
Técnicas manuais em PICS	5.187	437	333
Outras	781.336	444.027	393.628
Total Geral	1.416.607	989.704	693.650

Fonte: Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde (2020)

Apesar de predominantemente presentes na APS, durante os anos percebeu-se um crescimento nos serviços de PICS cadastrados nos sistemas de Média e Alta Complexidade (MAC) a ponto de no ano de 2019 termos registro de 1.734 serviços cadastrados. Ademais, levando-se em consideração o número de procedimentos das práticas realizadas nos serviços de MAC, houve um aumento de 55,65% em 2019 com relação à 2017, totalizando um número de 1.463.183 procedimentos. Nesse sentido, a auriculoterapia foi a prática mais realizada, sendo seguida pela acupuntura (Figura 11).

Figura 11 - Demonstrativo da quantidade de total de procedimentos realizados em PICS na MAC em ao longo dos anos de 2017, 2018 e parciais 2019

PROCEDIMENTOS	2.017	2.018	2.019
PRÁTICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	143.121	91.027	91.907
TERAPIA COMUNITÁRIA	22.000	23.595	17.313
DANÇA CIRCULAR/BIODANÇA	22.266	24.586	142
YOGA	34.161	25.933	35.853
OFICINA DE MASSAGEM/ AUTO-MASSAGEM	18.458	24.204	44.223
SESSÃO DE ARTETERAPIA	3.202	10.664	17.092
SESSÃO DE MEDITAÇÃO	1.366	6.027	16.475
SESSÃO DE MUSICOTERAPIA	1.687	3.270	8.025
SESSÃO DE ANTROPOSOFIA APLICADA À SAÚDE	-	-	62
SESSÃO DE BIODANÇA	-	-	5.184
SESSÃO DE BIOENERGÉTICA	-	-	304
SESSÃO DE CONSTELAÇÃO FAMILIAR	-	-	581
SESSÃO DE DANÇA CIRCULAR	-	-	13.853
SESSÃO DE TERMALISMO	-	-	10
SESSAO DE ACUPUNTURA APLICACAO DE VENTOSAS / MOXA	50.305	59.518	83.670
SESSAO DE ACUPUNTURA COM INSERCAO DE AGULHAS	463.093	449.288	483.554
SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO	19.193	40.812	45.591
SESSÃO DE AURICULOTERAPIA	140.001	266.421	492.005
SESSÃO DE MASSOTERAPIA	14.874	23.466	53.177
TRATAMENTO TERMAL/CRENOTERÁPICO	1.057	2.747	2.156
TRATAMENTO NATUROPÁTICO	151	1.191	4.174
TRATAMENTO OSTEOPÁTICO	1.357	2.202	10.041
TRATAMENTO QUIROPRÁTICO	471	1.360	3.243
SESSÃO DE REIKI	3.315	9.855	85
SESSÃO DE APITERAPIA	-	-	3
SESSÃO DE AROMATERAPIA	-	-	3.835
SESSÃO DE CROMOTERAPIA	-	-	3.191
SESSÃO DE GEOTERAPIA	-	-	185
SESSÃO DE HIPNOTERAPIA	-	-	300
SESSÃO DE IMPOSIÇÃO DE MÃOS	-	-	11.059
SESSÃO DE OZONIOTERAPIA APLICADA À ODONTOLOGIA	-	-	2.834
SESSÃO DE TERAPIA DE FLORAIS	-	-	2.719
TRATAMENTO HOMEOPÁTICO	-	-	301
TRATAMENTO FITOTERÁPICO	-	-	1.380
TRATAMENTO ANTROPOSÓFICO	-	-	250
TRATAMENTO AYURVÉDICO	-	-	29
TRATAMENTO EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	-	-	8.377
TOTAL	940.078	1.066.166	1.463.183

Fonte: Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde (2020)

Embora de maneira geral os números de estabelecimentos que ofertam as PICS bem como os números de atendimento realizados venham crescendo ao longo dos anos,

ainda assim, trabalha-se com a possibilidade desse montante ser maior do que o verificado no relatório parcial de 2020 (ano base 2019). Segundo o Ministério da Saúde (2020), isso se deve ao fato de haver subnotificação de dados devido a divergência nos cadastros utilizados pelos sistemas para obtenção dos dados e devido à baixa informação do número de participantes de práticas coletivas nesse sistema pelos profissionais que atuam com as técnicas.

3.7 O ensino da PICS nos cursos de graduação

Conforme descrito anteriormente, o saber e a terapêutica do modelo biomédico, privilegia o tratamento da doença, num modelo hospitalocêntrico e fragmentado de saúde, com baixa visão integral (integralidade) do indivíduo. Já nas racionalidades médicas e terapêuticas vitalistas, a integralidade é a base e fator delineador das práticas empregadas. Com isso, assume-se que um profissional capacitado nessas técnicas é capaz de obter uma abordagem mais humana, holística, menos invasiva e insensível ao paciente.

Nesse sentido, Nascimento et al. (2018) realizaram um estudo quantitativo descritivo em nível de graduação e pós-graduação sobre como as disciplinas e cursos em PICS estavam sendo ofertadas nos cursos de saúde de 06 (seis) IES públicas do Estado do Rio de Janeiro. Foram 15 (quinze) as áreas analisadas pelos autores: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional.

Como resultado dos estudos, Nascimento et al. (2018) perceberam que, embora o número de disciplinas que abordam as PICS tenha aumentado com o passar do tempo nos cursos de graduação, ainda assim esse número é reduzido na pós-graduação. Nesse cenário, os autores alertam para a necessidade de ampliação da especialização em PICS em nível de pós-graduação e comprometida com o SUS pelas IES públicas. Tendo em vista que grande parte da pesquisa no país é realizada por IES públicas, essa constatação acaba por dar visibilidade ao fato de que há pouca informação organizada sobre a oferta de ensino em PICS, não importando o nível, graduação ou pós-graduação.

A maioria dos estudos envolve temas específicos das PICS em uma ou duas instituições locais, com informações mais concentradas na área médica e de enfermagem, o que não permite uma abordagem mais abrangente e demonstra a necessidade de ampliar as pesquisas nessa temática. (NASCIMENTO et al., 2018, p. 6)

A partir dos dados coletados, Nascimento et al. (2018), corroborado por SILVA et al. (2021) em seu trabalho sobre a formação profissional em PICS, evidencia que a formação em PIC no país é essencialmente vinculada ao setor privado por meio de seus cursos de pós-graduação lato sensu.

Silva et al. (2021) observam ainda que essa predominância de formação profissional por IES particulares não necessariamente atenderá aos objetivos traçados pela PNPIC uma vez que o enfoque do ensino se dará pela ótica privada e não do serviço público.

Outro fator importante identificado pela pesquisa foi que a oferta de ensino de PICS não foi averiguada nas 15 (quinze) áreas pesquisadas, mas sim em 12 (doze) delas, sendo as três exceções as áreas de Serviço Social, Nutrição e Fisioterapia. Ademais, observou-se a predominância de um caráter eletivo ou opcional, além de informativo em vez de formativo, dessas disciplinas que abordam as PICS (NASCIMENTO et al., 2018).

As disciplinas que contemplam as PICS nas IES estudadas no Estado do Rio de Janeiro são, em sua maioria (67%), informativas. As disciplinas formativas (33%), que habilitam o aluno para o exercício prático de uma ou mais PICS, mostraram-se concentradas nas subáreas de Farmácia, Terapia Ocupacional, Medicina, Medicina Veterinária e Enfermagem. A UFRJ oferece a maior parte das disciplinas formativas, seguida da UFF, Unirio e Uerj. (NASCIMENTO et al., 2018, p. 6)

Nascimento et al. (2018) apontam que durante a formação na graduação, a abordagem do conteúdo relacionado às PICS é realizada de forma a ressaltar as diferenças paradigmáticas entre as PICS e o modelo biomédico de cuidado, sempre focando no combate à doença ou aos seus riscos.

Silva et al. (2021) evidenciam que parte da formação dos profissionais que atuam com as PICS é realizada por meio de cursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde ou pelos próprios conselhos de categoria profissional. Ademais, os profissionais de saúde entrevistados em sua pesquisa afirmaram que faltam opções educacionais em PICS no SUS, situação que os deixa inseguros quando se deparam com o trabalho no sistema único de saúde. Os profissionais também consideram de alta complexidade a formação e a prática das PICS e, por isso, elencam críticas aos cursos de curta duração, muitas vezes disponibilizados pelas entidades mencionadas anteriormente. Nesse sentido, Silva et al. (2021) ressaltam que mesmo as formações de caráter introdutório aos conceitos das PICS e da integralidade conseguem estimular o pensamento crítico e mudanças no padrão hegemônico do cuidado em saúde.

Os autores também ressaltam como fatores que dificultam a formação do profissional durante a sua graduação: (1) a carência de tempo nos currículos da graduação, uma vez que no Brasil a formação em uma RM, como a MTC, exige cursos específicos de longa duração; (2) a necessidade de professores qualificados; (3) a forte predominância do modelo biomédico no ensino.

Diante dos dados evidenciados, Silva et al. (2021, p. 6) afirmam que “o preparo do profissional de saúde atualmente não tem acompanhado a oferta das PIC nas unidades de saúde, o que pode aumentar a fragilidade do seu atendimento.”

Tal conclusão pode ser aferida também por Smaniotto et al. (2019) em seu trabalho no qual entrevistaram fisioterapeutas com experiência no uso das PICS, atuantes em consultórios, domicílio e em clínicas privadas e, também, no NASF. Sua pesquisa buscou conhecer o nível de conhecimento destes profissionais quanto às PICS, o seu uso e a formação acadêmica acerca destas práticas.

A inserção das PICS durante a graduação é indispensável, pois é assim que os acadêmicos terão maior conhecimento e, depois da formação, sentirão mais segurança para utilizá-las. Estudar as PICS durante a formação inicial potencializa o atendimento, inovando as práticas e possibilitando várias opções terapêuticas, baseadas na integralidade e no autocuidado. Apesar da importância da abordagem ainda na formação profissional, são poucas instituições que oferecem disciplinas relacionadas. Dessa forma, uma grande parcela de profissionais está concluindo a graduação sem nenhum contato com tais práticas [...] (SMANIOTTO et al., 2019, p. 10)

O autor ainda adiciona que a falta de informação e a formação inadequada nas PICS, acaba não só por formar profissionais inseguros com relação à prática dessas técnicas, assim como mencionaram Silva et al. (2021), mas também leva a acreditar na impossibilidade das PICS serem inseridas no SUS, afetando diretamente a sua oferta no sistema de saúde.

Smaniotto et al. (2019) mencionam que as PICS mais utilizadas pelos fisioterapeutas entrevistados são: auriculoterapia, osteopatia e acupuntura. Curiosamente algumas das primeiras especialidades a serem reconhecidas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Logo, o autor ressalta que, para que não só essas, mas outras práticas sejam utilizadas no seu cotidiano por estes profissionais, é necessário que o seu ensino seja incluído no processo de formação profissional.

3.8 A visão de Fisioterapia Integrativa

A Fisioterapia Integrativa não figura no rol de especialidades reconhecidas pelo COFFITO que é composto pela Fisioterapia Aquática, Fisioterapia Cardiovascular, Fisioterapia Dermatofuncional, Fisioterapia Esportiva, Fisioterapia em Gerontologia, Fisioterapia do Trabalho, Fisioterapia Neurofuncional, Fisioterapia em Oncologia, Fisioterapia em Reumatologia, Fisioterapia Respiratória, Fisioterapia Traumatológica, Fisioterapia em Osteopatia, Fisioterapia em Quiropraxia, Fisioterapia em Saúde da Mulher e Fisioterapia em Terapia Intensiva (COFFITO, [s. d.]).

Porém, o termo “Fisioterapia Integrativa” é relativamente recente e, conforme Salgado (2019, p. 20), nessa modalidade o “fisioterapeuta busca integralizar os “links” que existem entre as patologias interdependentes dos órgãos, do sistema musculoesquelético, das neurociências, da nutrição, do sono, da poluição eletromagnética, da geobiológica, dentre outros fatores.”.

O conceito de Fisioterapia Integrativa vai ao encontro da Resolução COFFITO nº 380 de 03/11/2010 (DOU nº. 216, Seção 1, em 11/11/2010, p. 120) que autoriza o fisioterapeuta a atuar na prática dos atos complementares ao seu exercício profissional, regulamentado nos termos desta resolução e da portaria do MS de nº 971/2006. Nesse contexto, conforme parágrafo segundo da Resolução COFFITO nº 380 de 03/11/2010, o fisioterapeuta pode atuar em todas as práticas integrativas

Parágrafo segundo: Considerar-se-á também autorizado ao fisioterapeuta a prática de todos os atos complementares que estiverem relacionados à saúde do ser humano e que vierem a ser regulamentados pelo Ministério da Saúde por meio de portaria específica. (COFFITO, 2010, p. 1)

Nesse sentido, é importante que o fisioterapeuta saiba que tudo está interligado e por isso deve-se buscar constantemente o equilíbrio entre os fatores emocionais, químicos e físicos a fim de se alcançar o estado saudável.

A Fisioterapia Integrativa, além de possuir como alicerce a integralidade e fazer uso de técnicas e práticas disponíveis na PNPIC de maneira complementar às técnicas tradicionais, ainda lança mão da aplicação de outras práticas naturais, como a microfisioterapia, fotobiomodulação (FBM) ou magnetoterapia.

A magnetoterapia parte do princípio de que as frequências de Schumann, ondas eletromagnéticas que atuam na biosfera, oscilam na mesma frequência que o nosso hipotálamo, órgão de ligação entre os sistemas nervoso e endócrino, e que possui

frequência de 7,8 Hz, sendo sensível às frequências fundamentais da Terra. Nesse contexto, em qualquer local do planeta a ressonância de Schumann se manifesta como micropulsões elétricas e magnéticas (SALGADO et al., 2019).

Conforme Tano e Silvério-Lopes (2013) e Salgado et al. (2019), essa terapia consiste em um sistema de restabelecimento da saúde por meio da aplicação externa de magnetos estáticos ou eletromagnéticos no corpo, sejam em áreas afetadas ou nas extremidades, com finalidades terapêuticas. Salgado et al. (2019) aponta que as frequências de Schumann possuem grande sobreposição com campos biomagnéticos produzidos por órgãos do nosso corpo, mas com uma ressonância muito maior. Nesse sentido, vários distúrbios comportamentais estariam correlacionados aos distúrbios desse campo biomagnético.

Entre os efeitos da magnetoterapia, cita-se os efeitos antiinflamatórios e analgésicos, a melhora do fluxo sanguíneo e metabolismo celular, aumento ao estímulo à excitação nervosa, melhora o sistema osteomuscular, nervoso, digestivo, respiratório e urinário. Ademais, a magnetoterapia vem sendo utilizada para amenizar a dor (inclusive dores de cabeça e musculares), insônia, artrite e para aumentar a energia vital do corpo (TANO; SILVÉRIO-LOPES, 2013).

A fotobiomodulação (FBM), conhecida também como Terapia Luminosa de Baixa Intensidade, tem sido aplicada principalmente com a finalidade de regeneração tecidual no tratamento de úlceras e feridas crônicas com significativos resultados positivos. Seus efeitos fotoquímicos, fotofísicos e fotobiológicos são capazes de modular as funções celulares, como a proliferação e migração, resultando na reparação tecidual e diminuição da dor e inflamação (MACEDO et al., 2021).

A FBM foi descoberta há mais de 50 anos e, originalmente, era uma técnica que se utilizava de LASERs de infravermelho e ou LASERs “near-infrared” (próximos do espectro infravermelho). Atualmente, outros comprimentos de onda e LEDs não coerentes vem sendo utilizados. As indicações médicas para a FBM que vem sendo estudadas referem-se à: (1) condições inflamatórias, como acnes, tendinites, dermatites, dentre outros; (2) modulação da dor, sejam elas inflamatórias, como em tendinopatias, ou dores neuropáticas e miopatias; (3) lesões de pele e ulcerações; (4) condições crônicas, como osteoporose; e (5) patologias relacionadas ao cérebro, como Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE), ou patologias crônicas como Parkinson e Alzheimer (CIDRAL-FILHO, 2019).

A microfisioterapia, técnica criada na década de 80 pelos fisioterapeutas e osteopatas franceses Daniel Grosjean e Patrice Benini, consiste num dos diversos ramos da terapia manual e trata-se de um tratamento por meio de pequenos movimentos. Nesta prática as diferentes estruturas (tecidos) são mobilizadas e estimuladas de acordo com a característica da agressão a qual aquele tecido foi submetido, sejam elas químicas, físicas, tóxicas ou emocionais. Ademais, a microfisioterapia possui quatro pilares principais: (1) a auto-cura: todo ser vivo possui a capacidade de se autogerir e autocorriger a fim se livrar de lesões; (2) a cicatriz patológica: todo agente agressor que entra no organismo deixa uma marca (cicatriz) rastreável que gera distúrbio no ritmo vital; (3) a correção homeopática: o terapeuta buscará pela cicatriz patológica a fim de utilizá-la para informar e obter dos mecanismos de defesa as ações necessárias contra a lesão e suas características; e a (4) micropalpação: capacidade do terapeuta de conseguir palpar os ritmos vitais necessários para o seu trabalho a fim de realizar o diagnóstico e corrigir as disfunções (SALGADO, 2019).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar o a grade curricular, ementas e Projetos Pedagógicos dos cursos de Bacharel em Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior Públicas do país a fim de identificar os conteúdos ofertados sobre as PICS, a PNPIC e Fisioterapia Integrativa.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar a existência e como se dá a abordagem da PNPIC, PICS e da Fisioterapia Integrativa nos cursos de Bacharel em Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior Públicas por meio de coleta de dados e análise documental;
- Verificar se é possível detectar lacunas na disponibilização dos conteúdos sobre PNPIC, PICS e de Fisioterapia Integrativa nos currículos de formação profissional do fisioterapeuta por meio da coleta de dados da pesquisa e análise documental;
- Propor uma disciplina de caráter obrigatório e informativo acerca da PNPIC, PICS e Fisioterapia Integrativa.

5 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Neste capítulo estão descritas as metodologias adotadas para consecução dos objetivos traçados para a presente dissertação.

Conforme descrito anteriormente, este trabalho constitui-se de uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva e exploratória por meio de coleta de dados e análise documental.

Na fase de levantamento bibliográfico, necessária para a confecção do arcabouço teórico, foram verificados e empregados como referência livros e publicações científicas referentes à temática, sendo os quais obtidos nas bases de dados eletrônicas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library* (SCIELO) e por meio do compilador *Google Scholar*.

Foram priorizados artigos de língua portuguesa e com estudos realizados no Brasil, tendo em vista a especificidade do tema: uma política pública nacional. Ademais, deu-se preferência aos artigos mais recentes, de 2015 até 2022. Quando pertinentes ao tema, as dissertações de mestrado e teses de doutorado disponibilizadas no portal da CAPES seguiram o mesmo padrão de temporalidade.

Já com relação aos documentos de regulação e legislação, não foi utilizado o critério temporal, uma vez que a letra das leis possui eficácia prolongada, embora a existência de alterações ou atualizações na regulamentação tenham sido averiguadas constantemente durante a confecção deste trabalho.

Definidas as referências bibliográficas, uma segunda etapa foi realizada: a identificação das Universidades, Institutos e Faculdades públicas que ofertam o curso de Bacharel em Fisioterapia no país.

Para o cumprimento desta etapa utilizou-se o site do e-MEC (<http://emec.mec.gov.br/>), que é um sistema eletrônico do MEC de acompanhamento dos processos que regulam a educação superior no Brasil. Neste sistema, quaisquer indivíduos conseguem os dados de quaisquer IES regulamentadas e seus respectivos cursos, desde que devidamente autorizados. Dentre os dados disponibilizados no e-MEC podemos elencar: Nome da instituição, código da instituição, endereço da instituição, cursos disponíveis, dentre outros.

Devido à grande quantidade total de instituições que oferecem o curso de Bacharel em Fisioterapia no país, decidiu-se que este trabalho focaria nas IES públicas do país, sejam elas federais ou estaduais, pois embora sejam responsabilidades de entes distintos

(governo federal e governo estadual) ainda assim é possível encontrar algumas similaridades nas gestões financeira e administrativa dessas Instituições. Além disso, estas IES estão sob o guarda-chuva de leis e sistemas de acesso à informação, fato que foi útil à metodologia deste trabalho, especialmente em sua terceira etapa de coleta de dados.

Para filtragem dos dados no site e-MEC (<https://emec.mec.gov.br/>) das IES públicas do país, sejam elas federais ou estaduais, foram utilizados os parâmetros:

- Buscar por: Curso de Graduação
- Curso: Fisioterapia
- Gratuidade do Curso: Sim
- Grau: Bacharelado
- Situação: Em atividade

Ressalta-se que para ambas as situações foram considerados somente os cursos “Em atividade”, ou seja, por mais que ainda possuam estudantes, cursos que se encontram em fase de extinção de acordo com o MEC não foram considerados na metodologia deste trabalho.

De posse dos nomes das IES com cursos de Bacharel em Fisioterapia ativos, procedeu-se a terceira etapa: a consulta às grades curriculares e/ou dos Projetos Pedagógicos do dos Cursos (PPC) destes cursos a fim de se conseguir discriminar as disciplinas que versavam sobre conteúdo de PNPIC, quaisquer uma das PICS ou sobre Fisioterapia Integrativa. Esta etapa foi dividida em 2 (duas) subetapas conforme a seguir: (1) leitura de uma a uma das grades curriculares ou PPC disponibilizados on-line pelos cursos de Bacharel em Fisioterapia das IES a fim de localizar conteúdos expressos nas ementas de seus componentes curriculares (disciplinas) sobre a PNPIC, quaisquer uma das PICS ou sobre Fisioterapia Integrativa; e, na falta de clareza da documentação ou indisponibilidade deste conteúdo on-line, (2) consulta via Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC).

Na subetapa (1) foram procuradas as ementas das disciplinas que traziam explicitamente o conteúdo de Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNIPC), de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) ou sobre Fisioterapia Integrativa.

Na subetapa (2), quando não havia a possibilidade de consulta às grades curriculares, PPC ou ementas das disciplinas, recorreu-se a consulta às IES via sistema e-SIC. Neste sistema qualquer pessoa, física ou jurídica, consegue obter informações acerca de quaisquer órgãos ou entidades públicas de quaisquer esferas (municipal, estadual ou

federal) desde que não seja informação decretada como sigilosa ou que ponha em risco a segurança nacional. Cada esfera e cada ente da federação possui seu próprio e-SIC.

Os questionamentos encaminhados via e-SIC foram práticos e objetivos com relação à oferta ou não de conteúdo na grade curricular/PPC, sem que houvesse a necessidade de juízo de valor, conforme a seguir:

“Gostaria de saber se a referida Instituição oferece para o curso de Bacharel em Fisioterapia, em sua matriz curricular:

1) disciplina(s) sobre a PNPIC (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares). Se sim, qual seria esta disciplina, sua Carga Horária, modalidade, caráter (obrigatório ou optativa) e ementa?

2) disciplina(s) sobre as Práticas Integrativas e Complementares (seja abrangendo todas as PICS ou alguma PIC específica). Se sim, qual seria esta disciplina, sua Carga Horária, modalidade, caráter (obrigatório ou optativa) e ementa?

3) disciplina(s) sobre “Fisioterapia Integrativa” (conceituação, atuação e aplicabilidade). Se sim, qual seria esta disciplina, sua Carga Horária, modalidade, caráter (obrigatório ou optativa) e ementa?

4) disciplina que aborde as técnicas: microfisioterapia, fotobiomodulação ou magnetoterapia? Se sim, qual seria esta disciplina, sua Carga Horária, modalidade, caráter (obrigatório ou optativa) e ementa?”

Os questionamentos foram respondidos juntamente com o envio das ementas ou do PPC, que foram analisados a fim de averiguar conteúdos expressos sobre a PNPIC, quaisquer uma das PICS ou sobre Fisioterapia Integrativa conforme descrito anteriormente na subetapa (1).

6 RESULTADO E DISCUSSÃO

Em levantamento realizado em junho/2021 e revisado em novembro/2022, ao aplicarmos os parâmetros de filtros no site e-MEC a fim de obtermos o número total de IES públicas que ofertam o curso de Bacharel em Fisioterapia no Brasil na modalidade presencial, chegamos a um total de 48 (quarenta e oito) instituições (Figura 12). Destas instituições, 34 (trinta e quatro) referem-se a IES públicas federais e 14 (quatorze) a IES públicas estaduais.

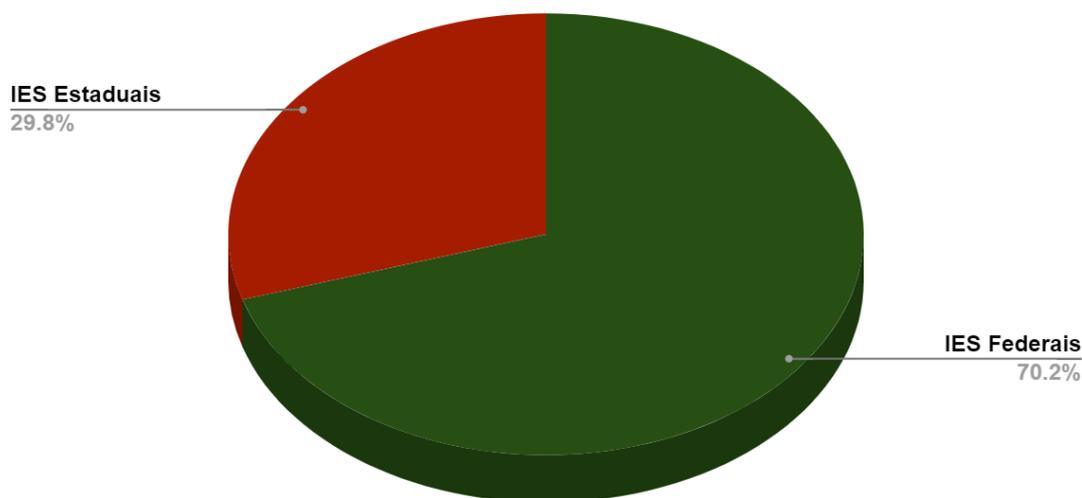
Figura 12 – Demonstrativo das IES públicas que ofertam o curso de Fisioterapia no Brasil

Código da IES	Nome Da Instituição - IES	Sigla da IES	Código do curso	Campus / Unidade Acadêmica de oferta
2	Universidade De Brasília	UNB	112796	Campus UnB Ceilândia
3	Universidade Federal De Sergipe	UFS	99411	Campus da Saúde Prof João Cardoso Nascimento Júnior (Aracaju)
			1108163	Campus Universitário Prof. Antonio Garcia Filho (Lagarto)
4	Universidade Federal Do Amazonas	UFAM	112290	Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF (Unidade Sede - Manaus)
			101651	Campus Universitário do Pólo Médio Solimões (Instituto de Saúde e Biotecnologia - ISB - Coari)
7	Universidade Federal De São Carlos	UFSCAR	627	Unidade Sede (São Carlos)
9	Universidade Estadual De Londrina	UEL	759	CCS/HU - Centro de Ciências da Saúde
17	Universidade Federal De Uberlândia	UFU	115800	Campus Educação Física
32	Universidade Estadual De Ciências Da Saúde De Alagoas - Uncisal	UNCISAL	2351	Centro de Ciências da Saúde – CCS
38	Universidade Do Estado Do Pará	UEPA	2393	Campus II - CCBS
			74298	Campus XII - Santarém
			1518034	Campus XIII - Tucuruí
40	Universidade Do Estado Da Bahia	UNEB	91533	Campus I (Salvador)
43	Fundação Universidade Do Estado De Santa Catarina	UDESC	2544	Centro de Ciências da Saúde e do Esporte - CEFID Campus I
47	Universidade Estadual De Goiás	UEG	21782	Campus Goiânia - ESEFFEGO
55	Universidade De São Paulo	USP	2916	Faculdade de Medicina/SP (Fisioterapia/Fonoaudiologia/Terapia Ocupacional)
			51966	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FMRP
56	Universidade Estadual Paulista Jiljo De Mesquita Filho	UNESP	3206	Campus de Presidente Prudente / Faculdade de Ciências e Tecnologia
			71069	Campus de Marília / Faculdade de Filosofia e Ciências
409	Universidade De Pernambuco	UPE	103496	Campus Petrolina
550	Universidade Estadual Da Paraíba	UEPB	11608	UEPB - Sede - Campus I
569	Universidade Federal Do Pará	UFPA	1113541	Cidade Universitária Jospe da Silveira Netto (Belém)
570	Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte	UFRN	12331	Campus de Natal
			116752	Campus de Santa Cruz
571	Universidade Federal Do Paraná	UFPR	1263181	Campus Centro Politécnico (Curitiba)
572	Universidade Federal Fluminense	UFF	1303364	Polo Universitario de Nova Friburgo
573	Universidade Federal Do Espírito Santo	UFES	116572	Centro Ciências da Saúde - Campus Thomaz Tomazzi
575	Universidade Federal De Minas Gerais	UFMG	12964	Campus Pampulha
576	Universidade Federal De Juiz De Fora	UFJF	13118	Universidade Federal de Juiz de Fora - CAMPUS SEDE
			1178689	Campus Governador Valadares - UNIPAC
578	Universidade Federal Da Bahia	UFBA	1110894	Campus Canela
579	Universidade Federal Da Paraíba	UFPB	13422	Unidade sede (João Pessoa)
580	Universidade Federal De Pernambuco	UFPE	13614	Campus Universitário Cidade do Recife
581	Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul	UFRGS	116400	Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança - Campus Olímpico
582	Universidade Federal De Santa Maria	UFSM	13862	Campus - Santa Maria - Camobi
583	Universidade Federal Do Ceará	UFC	1122966	Campus Fortaleza
585	Universidade Federal De Santa Catarina	UFSC	1126962	Campus Araranguá - Jardim das Avenidas
586	Universidade Federal Do Rio De Janeiro	UFRJ	14373	Cidade Universitária - Ilha do Fundão (CCS)
591	Universidade Federal De São Paulo	UNIFESP	94102	Campus Baixada Santista - Unidade Silva Jardim
595	Universidade Federal De Alfenas	UNIFAL-MG	119916	Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG (Sede)
596	Universidade Federal Dos Vales Do Jequitinhonha E Mucuri	UFVJM	48919	Campus Diamantina - Campus JK
597	Universidade Federal Do Triângulo Mineiro	UFTM	96204	Centro Educacional da UFTM (CE)
609	Universidade Estadual Do Oeste Do Paraná	UNIOESTE	20896	Reitoria (Cascavel)
634	Universidade Federal De Pelotas	UFPEL	1515612	Unidades Dispersas - ESEF
688	Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia	UESB	20274	Campus de Jequié
694	Universidade Federal De Mato Grosso Do Sul	UFMS	115542	Campo Grande
717	Fundação Universidade Federal De Ciências Da Saúde De Porto Alegre	UFCSA	116586	Campus Central
756	Universidade Estadual Do Piauí	UESPI	19085	Campus - Teresina - Pirajá
830	Universidade Federal Do Amapá	UNIFAP	1267516	Campus Marco Zero - UNIFAP
1036	Universidade Do Estado De Minas Gerais	UEMG	63978	Unidade Divinópolis
1126	Universidade Estadual Do Centro Oeste	UNICENTRO	21535	Campus CEDETEG
3163	Instituto Federal De Educação, Ciência E Tecnologia Do Rio De Janeiro	IFRJ	121007	Campus Realengo
5322	Fundação Universidade Federal Do Pampa - Unipampa	UNIPAMPA	103461	Campus Uruguiana
15015	Universidade Estadual Do Norte Do Pará	UENP	66655	Campus de Jacarezinho
25277	Universidade Federal Do Delta Do Parnaíba	UFDPAR	102564	Unidade Sede
25282	Universidade Federal De Jataí	UFJ	1111227	Unidade Sede

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados obtidos no site governamental e-MEC (2022)

Entretanto, o curso de Bacharel em Fisioterapia da Universidade Federal Fluminense (UFF), embora autorizado e ativo no sistema e-MEC, ainda não foi de fato ofertado pela instituição. Logo, não participou da análise de dados. Sendo assim, chegou-se ao quantitativo de 47 IES: 33 Federais e 14 Estaduais (Figura 13).

Figura 13 – Distribuição das 47 IES públicas com oferta de curso de bacharel em Fisioterapia no Brasil



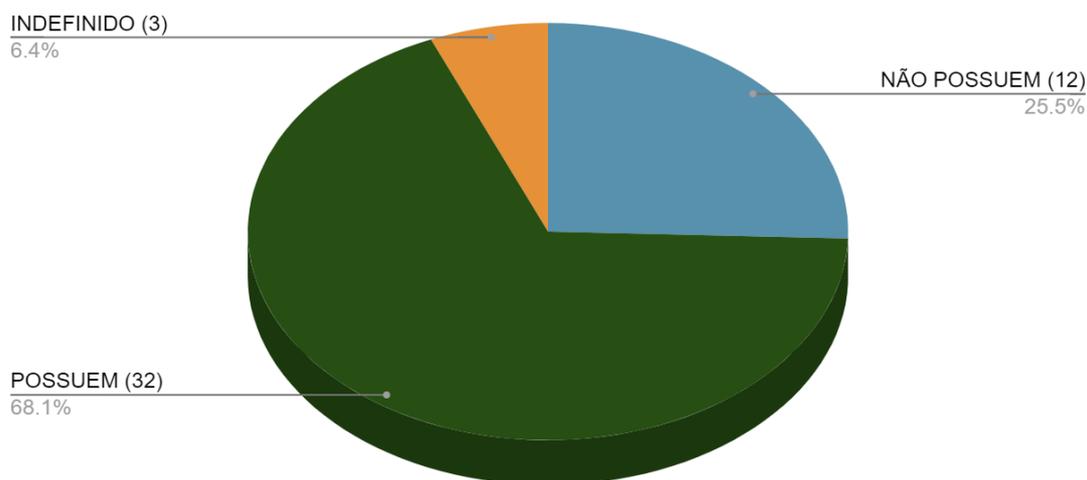
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados obtidos no site governamental e-MEC (2022)

A partir da análise das informações coletadas observou-se que dentre as 47 (quarenta e sete) IES, 12 (doze) não contemplavam nas ementas de sua grade curricular quaisquer disciplinas ou conteúdo que remetesse à PNPIC ou as PICS, enquanto em 32 (trinta e duas) delas, esta temática é abordada de maneira específica ou tangenciada em disciplinas variadas. Observou-se também que a abordagem da PNPIC se dá transversalmente em disciplinas como Saúde Coletiva, não havendo uma cadeira específica para tal. Essa particularidade vai ao encontro das conclusões realizadas por Silva et al. (2021), que imputa a sua existência à tradição e cultura biomédica enraizada no sistema de saúde brasileiro, além do cooperativismo profissional e do ensino pautado por conteúdos segmentados, não integrais.

Importante observar a importância e o potencial que algumas PICS possuem para serem ofertadas como curso de graduação à parte. Durante a pesquisa averiguou-se, por exemplo, a oferta do curso de graduação de Musicoterapia em quatro universidades públicas: a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a Universidade de Goiás (UFG), a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Universidade Estadual do Paraná (UNEPAR).

Ademais, informações de 3 (três) IES não puderam ser analisadas devido a falta de material disponível on-line nos sites oficiais para consulta ou falta de resposta às demandas de informação pelo e-SIC (Figura 14).

Figura 14 – IES com conteúdo explicitamente relacionados à PNPIC ou PICS



Fonte: Elaboração própria a partir do cruzamento dos dados obtidos no site governamental e-MEC e análise documental (2022)

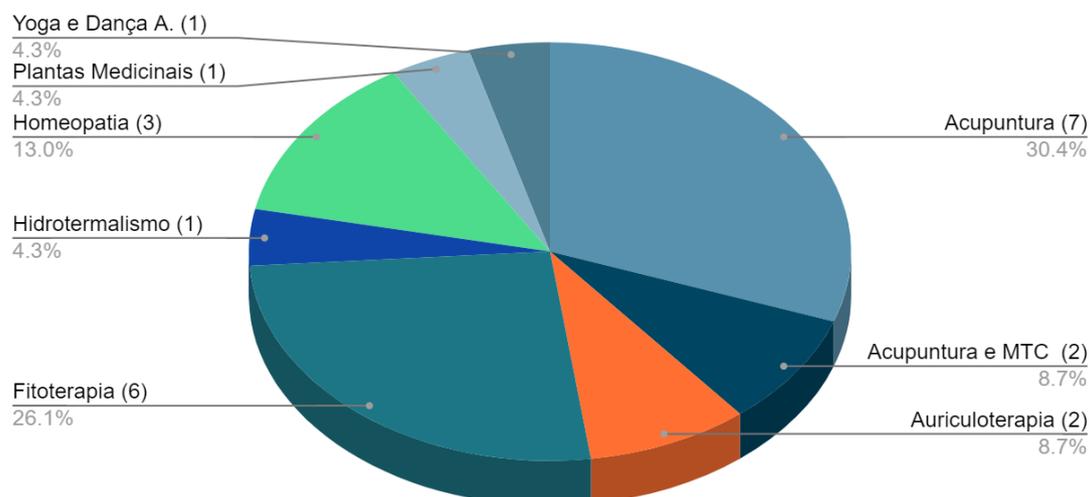
Das 32 (trinta e duas) IES que abordam de alguma forma o tema, 20 (vinte) possuem disciplinas focadas especificamente no ensino das PICS ou em alguma PIC específica, enquanto as outras 12 (doze) abordam o tema dentro de disciplinas afins. Embora o MS tenha atendido às normativas da OMS e das diversas categorias profissionais do país ao planejar e implementar a PNPIC, esse tipo de abordagem tangenciada faz com que os resultados obtidos não se mostrem suficientes para evitar quaisquer tipos de gargalo ou defasagem de profissionais com conhecimento de PICS no SUS (SILVA et al., 2021).

As disciplinas com ênfase no ensino das PICS ou que abordem no conteúdo de suas ementas alguma PIC em específico correspondem a 16 (dezesesseis) componentes curriculares. Ressalta-se que estas disciplinas focadas especificamente no ensino das PICS estão distribuídas nos currículos dos cursos entre optativas e obrigatórias, 6 (seis) e

10 (dez) respectivamente, e caracterizam-se por terem como objeto os fundamentos e noções básicas das práticas, sem aprofundamentos.

No mesmo contexto e ainda no escopo destas 20 (vinte) IES, há 23 (vinte e três) disciplinas que versam somente sobre uma PIC específica. Tais cadeiras abrangem as práticas de Acupuntura (7), Fitoterapia (6), Homeopatia (3), Acupuntura e MTC (2), Auriculoterapia (2), Hidrotermalismo (1), Plantas Medicinais (1) e Yoga (1). Destas, apenas 1 (uma) é uma disciplina obrigatória, referente ao ensino de acupuntura, as 22 restantes são de caráter optativo.

Figura 15 – Distribuição das PICS que são abordadas pelas disciplinas ofertadas



Fonte: Elaboração própria a partir do cruzamento dos dados obtidos no site governamental e-MEC e análise documental (2022)

Averiguou-se que as IES não dispunham de disciplinas que contemplassem especificamente do ensino da Fisioterapia Integrativa. Além disso, outras práticas naturais consideradas integrativas e não englobadas pela PNPIC, como a microfisioterapia, fotobiomodulação ou magnetoterapia, são abordadas dentro de disciplinas conexas, como por exemplo as de Eletrotermoterapia ou Recursos Fototermoterapêuticos no caso da fotobiomodulação.

Porém, conforme apontado na literatura e por meio da análise dos dados coletados nesta pesquisa, ainda é possível verificar que 16 anos após a criação da PNPICS, a oferta de disciplinas nos cursos de graduação de Bacharelado em Fisioterapia das IES públicas do país que abordam a PNPIC bem como as PICS ainda é relativamente insuficiente para suprir as necessidades de um país de dimensões continentais como o Brasil. Este resultado corrobora os estudos de Nascimento et al. 2018 que apontam para uma restrita oferta de ensino das PICS nos cursos de Fisioterapia, sendo Medicina, Farmácia e Enfermagem os cursos com maior oferta. Os autores observam também que esta indisponibilidade de ensino de PICS nos cursos de Fisioterapia chama a atenção principalmente pelo fato de que, por meio COFFITO em 1985, esta profissão foi a primeira a reconhecer o uso da Acupuntura – prática integrativa – pelos seus profissionais.

Além disso, pouco mais de 1/3 das disciplinas que versam sobre as PICS e a PNPIC, mesmo que em caráter introdutório dos conceitos, são eletivas ou optativas, ou seja, o estudante pode passar toda a sua graduação sem que o assunto seja abordado durante o curso. Tal característica pode desencadear um quadro de insegurança do profissional quando de encontro com a realidade do seu trabalho no SUS. Percepção essa que já fora apontada por Smaniotto et al. (2019) e que salientam ainda a necessidade de discutir as PICS na graduação e de se expandir os campos de pesquisas científicas sobre PICS para que o conhecimento acerca delas seja difundido, sua eficácia ratificada ou comprovada, fazendo com que a divulgação das PICS e a sua utilização seja potencializada.

Ressalta-se também que, embora o COFFITO tenha reconhecido a atuação dos profissionais de fisioterapeuta em todas as 29 práticas integrativas disponibilizadas pela PNPIC, somente 8 (oito) possuem disciplinas específicas ofertadas (Acupuntura, Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e MTC, Auriculoterapia, Hidrotermalismo, Plantas Medicinais e Yoga), entretanto somente uma delas possui caráter obrigatório (ensino de acupuntura). Com isso, afere-se que nem mesmo a disponibilização de disciplinas específicas para uma determinada prática garante que o graduado finalize o seu curso com conhecimentos básicos acerca do conteúdo oferecido. Esta peculiaridade também foi observada por Smaniotto et al. (2019) que verificaram que grande parcela de profissionais está concluindo a graduação sem nenhum contato com as PICS.

Em conjunto, esses resultados sugerem que os processos formativos em PIC não estão sendo suficientes para se assegurar a oferta no SUS, ademais, corroborando Silva et al. (2021), eles se dão de forma heterogênea, sem padrão e de forma deficiente e

limitada. Não ao acaso, os autores também apontam que a formação em PIC no país é considerada um entrave para o desenvolvimento e ampliação de sua oferta no SUS.

Silva et al. (2021) evidenciam também que a oferta de formação em PICS de maneira rasa pode implicar na submissão de uma racionalidade a outra, o que não é razoável uma vez que as PICS não são submissas a quaisquer outros tipos de racionalidade.

O cenário observado neste trabalho sugere uma brecha na formação profissional acerca das PICS o que, conforme Smaniotto et al. (2019), faz com que os profissionais não estejam aptos a ponderar todas as possibilidades de tratamento aos seus pacientes.

7 PROPOSTA DE DISCIPLINA

Neste capítulo será descrito o produto deste trabalho: uma proposta de disciplina sobre PICS e Fisioterapia Integrativa para o currículo dos cursos de Bacharel em Fisioterapia dos Institutos Públicos de Ensino Superior do país.

Nome proposto da Disciplina

Fisioterapia Integrativa e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

Público-alvo

Estudantes de Graduação em Bacharelado em Fisioterapia.

Objetivo Geral da Disciplina

Auxiliar na construção da formação profissional em Práticas Integrativas e Complementares dos futuros profissionais fisioterapeutas.

Objetivos Específicos da Disciplina

- Propiciar que o estudante do curso de bacharel em fisioterapia seja capaz de identificar e compreender os conceitos de integralidade e racionalidade médica;

- Possibilitar que o estudante do curso de bacharel em fisioterapia seja capaz de compreender a PNPIC;
- Assegurar que estudante do curso de bacharel em fisioterapia seja capaz de identificar as mais diversas Práticas Integrativas e Complementares ofertadas pelo SUS, suas elegibilidades e as suas características básicas;
- Permitir que estudante do curso de bacharel em fisioterapia seja capaz de compreender o conceito de Fisioterapia Integrativa e conhecer determinadas práticas integrativas ainda não elencadas na PNPIC;
- Ocasionar o interesse do discente de fisioterapia pelo estudo e pesquisa das PICS;
- Garantir que estudante do curso de bacharel em fisioterapia conheça e compreenda a regulamentação do seu conselho de classe (COFFITO) que rege a aplicabilidade das Práticas Integrativas e Complementares por Fisioterapeutas.

Programa da Disciplina

Os conceitos de Integralidade e Racionalidade Médica; a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e legislações correlatas; a PNPIC e o Sistema Único de Saúde (SUS); Histórico, princípios filosóficos e conceitos básicos das PICS constantes no rol da PNPIC; Fisioterapia Integrativa - conceito e outras práticas integrativas não contempladas pela PNPIC; Regulamentação do uso das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde pelo Fisioterapeuta - Resolução COFFITO.

Bibliografia Básica e Complementar Sugerida

BOTSARIS, Alex; MEKLER, Telma. Medicina Complementar: Vantagens e questionamentos sobre as terapias não-convencionais. Rio de Janeiro: Record: Nova Era, 2004.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 380/2010, de 3 de novembro de 2010. Regulamenta o uso pelo Fisioterapeuta das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 nov. 2010. p. 120

BRASIL. Ministério da Saúde. Conhecendo as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Bioenergética. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- 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 (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BUENO, Alexandre Pinto; BRIDI FILHO, Cesar. A arteterapia no atendimento psicológico: revisão sistemática. *Disciplinarum Scientia| Saúde*, v. 20, n. 2, p. 421-438, 2019.
- CAMPANYA, María Vila y. *Manual de Geoterapia Aplicada*. Lima: Organización Panamericana de La Salud, 2000. 200 p
- LUZ, Madel Therezinha; BARROS, Nelson Filice de. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. In: *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. 2012.
- MASCARENHAS, Marcello Avilla; JACOBSEN, Márcia da Silva (org.). *Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Fundamentos e Aplicabilidades* Porto Alegre: Editora Universitária Metodista IPA, 2017.
- MASCARENHAS, Marcello Avilla; JACOBSEN, Márcia da Silva (org.). *Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. PICS: o resgate do bem-estar*. Porto Alegre: Editora Universitária Metodista IPA, 2018.
- MATTOS, Ruben Araújo de; PINHEIRO, Roseni. *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.
- PERCIA, André. *A hipnose sem segredos: A Bíblia da hipnoterapia prática*. Rio de Janeiro: Jaguatirica Digital, 2018.
- ROY, Deblina; KAR, Sujita Kumar. *Therapeutic touch*. *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science*. Springer, Cham, 2019.
- SALGADO, Afonso Shiguemi Inoue. *Fisioterapia Integrativa: Como ter Saúde em um Mundo Doente*. Midiograf: Londrina, Brasil, 2019.
- SEIJAS, José Luiz Vazques. *Apiterapia: Verdade Incontestável*. Rio de Janeiro: Lombada, 2012.

Metodologia de Ensino

Em consonância com os dados e argumentos apresentados na presente dissertação, a disciplina em questão teria um caráter informativo e expositivo, sendo possível a sua oferta mesclando teoria e prática. A abordagem teórica pode ser complementada com seminários ou palestras com profissionais da área.

Em conformidade com os objetivos e justificativa deste trabalho, a disciplina proposta, com duração sugerida de 1 semestre (semestral), deveria ser cursada por todos os estudantes de um determinado curso de bacharelado em Fisioterapia, logo, seria de caráter obrigatório.

Ademais, a disciplina em questão não teria pré-requisitos, porém seria recomendável que fosse ofertada no período imediatamente anterior ao período de prática de estágio. Desta maneira, o estudante aproveitaria todo conhecimento prévio adquirido durante o curso para um melhor entendimento das práticas integrativas e de Fisioterapia Integrativa antes que frequente os ambientes profissionais nos quais elas são utilizadas, seja no SUS ou na rede particular. No currículo atual (2017/1 a 9999/9) do curso de bacharelado em Fisioterapia da UFRJ, por exemplo, o primeiro período de oferta de estágio é o 7º período (UFRJ, 2023), portanto, seria recomendável que esta disciplina fosse ofertada pela instituição e cursada pelo estudante no 6º período.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, ao procurar identificar a existência e como se dá a abordagem da PNPIC, PICS e da Fisioterapia Integrativa nos cursos de Bacharel em Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior Públicas, este trabalho reconhece lacunas na oferta deste conteúdo na graduação desses profissionais e propõe uma disciplina aos cursos de graduação em bacharelado em Fisioterapia, com ementa, objetivos e bibliografia, a fim de que esta se torne um mecanismo que viabilize a construção de uma formação mais robusta para os fisioterapeutas no que se refere às PICS, bem como favorecer a difusão do conhecimento acerca destas práticas e da PNPIC, que já são uma realidade no SUS.

Para tal, realizou-se primeiramente levantamento bibliográfico para a composição do arcabouço teórico de relatórios, legislações e conceitos como SUS, PNPIC, PICS, Integralidade, Racionalidade Médica, Fisioterapia Integrativa, dentre outros tópicos abordados, e que são extremamente necessários não só para o entendimento do cenário da oferta e da demanda destes serviços no sistema de saúde, mas também bem para a compreensão de como se verifica o arranjo vigente de formação de fisioterapeutas com conhecimento nessa área.

Posteriormente, deu-se também a análise dos currículos vigentes dos Institutos Públicos de Educação Superior do Brasil (federais e estaduais) que dispunham de cursos ativos de Bacharel em Fisioterapia a fim de se identificar de que modo o conteúdo sobre a PNPIC, PIC e Fisioterapia Integrativa eram ofertadas.

Lançando mão das informações e dados colhidos, foram discutidos os fundamentos que confirmam a relevância do tema abordado na pesquisa, como a falta de uma formação consistente em PICS e Fisioterapia Integrativa durante o curso de

graduação, o que pode fazer com que os profissionais formados por estas instituições se sintam inseguros em face à realidade do mercado de trabalho, especificamente no SUS uma vez que existe uma política pública (PNPIC) que já está ativa e ofertando serviços nas unidades de saúde, gerando demanda por estes profissionais. Ademais, os mesmos dados sugerem que, embora os conteúdos possam ser abordados por algumas disciplinas, eles nem sempre são suficientes ou não abrangem todas as PICS elencadas no rol da PNPIC.

Por fim, a sugestão da proposta de uma disciplina sobre PICS e Fisioterapia Integrativa para os cursos de graduação em Fisioterapia visa abranger não só conhecimentos acerca desses conteúdos, mas também sobre a regulamentação da profissão junto ao seu conselho de classe para o integral exercício destas práticas.

Salientou-se que a oferta dessa disciplina nos cursos fomentaria não só a uma formação mais robusta dos profissionais, como estimularia novos trabalhos e pesquisas nesta área de conhecimento, uma demanda corrente e atual deste campo sugerida pela literatura e dados colhidos.

Em suma, entende-se que os resultados da pesquisa confirmam a necessidade de encorpar e expandir a formação dos graduados em fisioterapeuta na área de Práticas Integrativas e Complementares em saúde. Ratificando-se a importância da oferta de tal disciplina para formação profissional da área de fisioterapia, espera-se que as reflexões e questionamentos levantados por este trabalho possam enriquecer o debate acerca das PICS e do desenvolvimento da Fisioterapia Integrativa.

É importante ressaltar também que, embora o estudo tenha sido realizado sob o guarda-chuva das Instituições de Ensino Superior Públicas, não há impeditivos que impeçam a aplicação desta proposta de disciplina em Instituições Privadas de Ensino.

Finalmente, é oportuno ressaltar que a formação do fisioterapeuta refletirá na sua postura mediante as adversidades e situações que lhe serão apresentadas quando no desempenho da sua atividade profissional. Por este motivo, considera-se que o conhecimento de PICS e Fisioterapia Integrativa devem permear a sua formação.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Francileuda Batista de *et al.* A utilização da apitoxina na apiterapia e seus efeitos no tratamento de patologias. **Acta Apicola Brasílica**, Paraíba, v. 5, n. 1, p. 16-20, 1 jun. 2017.
- ALMEIDA, Janaína Rocha de Sousa *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Revista da Abeno**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 7-15, 12 jul. 2016.
- AMARAL, Fernando. **Técnicas de aplicação de óleos essenciais**. São Paulo: Cengage Learning, 2017.
- ANAIS DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1963. **Situação Sanitária da População Brasileira**: apreciação geral do problema. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_01.pdf . Acesso em: 01 jun. 2021
- ANTUNES, Priscilla de Cesaro *et al.* Revisão sistemática sobre práticas corporais na perspectiva das práticas integrativas e complementar. **Motrivivência**, Santa Catarina, v. 30, n. 55, p. 227-247, 9 out. 2018.
- ARAR, Fabiano Cassaño *et al.* O uso da apiterapia no tratamento de câncer: uma revisão sistemática. **Revista F@Pciência**, Apucarana, v. 11, n. 9, p. 73-80, 2017.
- ASCENSÃO, João Pedro Janeiro. **Apitoxina: toxicidade e potencial terapêutico**. 2020. 72 p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Farmácia, Universidade de Coimbra. Coimbra, 2020.
- ASSUMPTÃO, Doria Tereza de Marco de. 2012. 57 p. **Treinamentos empresariais com a metodologia de Biodanza**. Trabalho de Conclusão de Curso (MBA) – Business School, Pós-Graduação em Gestão de Pessoas e Liderança Coach, Centro Universitário La Salle. Niterói, 2012. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/treinamentos-empresariais-com-a-metodologia-de-biodanza/101634> . Acesso em: 23 jul. 2022.
- ASSUMPTÃO, Patrícia Freitas Schemes; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Revisitando o conceito de integralidade em saúde a partir da teoria crítico dialética. **Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luís, v. 4, p. 1-9, 2009.
- BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. Musicoterapia em medicina: uma tecnologia leve na promoção da saúde: a dança nas poltronas! **Música Hodie**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 33-47, 2016.
- BARROS, Aline Leite Barros Leite *et al.* Hipnoterapia como tratamento analgésico: uma revisão sistemática. **Recima21** - Revista Científica Multidisciplinar, Jundiá, v. 3, n. 1, p. 1-10, 29 jan. 2022.
- BARROS, Mayra Fernanda; FERREIRA, Leonardo Carrijo. A arte como estratégia de intervenção psicoterapêutica. **Psicologia e Saúde em Debate**, Patos de Minas, v. 2, n. 1, p. 1-4, 6 nov. 2016.
- BELLAVITE, Paolo. As evidências a favor da homeopatia e as ciências básicas. **Revista de Homeopatia**, São Paulo, v. 81, n. 3/4, p. 1-15, 2018.

BESSA, José Henrique do Nascimento; BERNARDES, Margarida Maria Rocha. Cromoterapia: histórico e utilização. *In*: MASCARENHAS, Marcello Ávilla; JACOBSEN, Márcia da Silva (org.). **Práticas integrativas e complementares em saúde: fundamentos e aplicabilidades**. Porto Alegre: Universitária Metodista Ipa, p. 50-61, 2017.

BIRCK, Fátima Carine. Ayurveda: uma racionalidade médica vitalista. *In*: MASCARENHAS, Marcello Avilla; JACOBSEN, Márcia da Silva (org.). **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: pics: o resgate do bem estar**. Porto Alegre: Editora Universitária Metodista Ipa, p. 33-42, 2018.

BIRCK, Fátima Carine; LUZ, Madel Terezinha. Ayurveda como racionalidade médica: as seis dimensões que embasam a sua prática terapêutica. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares**, Palhoça, v. 9, n. 17, p. 43-51, 23 mar. 2021.

BOTSARIS, Alex; MEKLER, Telmer. **Medicina Complementar: vantagens e questionamentos sobre as terapias não-convencionais**. Rio de Janeiro: Nova Era, 2004.

BRASIL. Confederação Nacional de Municípios – CNM. **Mudanças no Financiamento da Saúde**. Brasília: 2018. 40p. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf> . Acesso em: 29 set. 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução Coffito nº 380, de 3 de novembro de 2010**. Regulamenta o uso pelo fisioterapeuta das práticas integrativas e complementares de saúde e dá outras providências [internet]. Diário oficial da União 11 nov 2010. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=1437> . Acesso em 02 dez 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conhecendo as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Bioenergética**. Brasília: 2018. 70p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_saude_bioenergetica_1_ed.pdf . Acesso em: 29 set. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2003. 248 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf . Acesso em 03 mar. 2021

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema único de saúde**. Brasília, 2011. 291 p. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, v. 1). Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf . Acesso em 03 mar. 2021

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html . Acesso em: 02 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, v. 128, n. 182, 20 set. 1990. p.18055-18059. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm . Acesso em 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 430 p. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf. Acesso em 11 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: MS; 2018. 58 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf. Acesso em: 29 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996). Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: MS; 2006. 60 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf. Acesso em: 29 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso**. Brasília: MS; 2006. 92 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 29 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Brasília: MS; 2015. 96 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 29 set. 2021.

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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n.39, p. 43, 23 fev. 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 22 de março de 2018, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n., p. 74, 04 maio 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n.60, p. 68, 28 mar. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 10 ago. 2021.

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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n.84, p. 20, 04 maio 2006. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html . Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022**. Brasília: 2022. 181p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/rename/20210367-rename-2022_final.pdf . Acesso em: 29 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, 1o. Relatório**. Brasília: 2009. 196p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_praticas_integrativas_complementares_saude.pdf . Acesso em: 29 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde**. Brasília: 2020. 19p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pics/Relatorio_Monitoramento_das_PICS_no_Brasil_julho_2020_v1_0.pdf . Acesso em: 29 set. 2022.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia/> . Acesso em: 25 out. 2021.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pics/praticasintegrativas> . Acesso em: 04 dez. 2021.

BRITTO, Sávio Guimarães; FERNANDES, Ludmila Souza. A Apitoxina na terapia da dor em cães. **Simpósio de Produção Acadêmica (SIMPAC)**, Viçosa, p. 1-6, 2016.

BUENO, Alexandre Pinto; BRIDI FILHO, Cesar Augusto. A arteterapia no atendimento psicológico: revisão sistemática. **Disciplinarum Scientia** Santa Maria, v. 20, n. 2, p. 421-438, 2019.

CAMPANYA, María Vila y. **Manual de Geoterapia Aplicada**. Lima: Organización Panamericana de La Salud, 2000.

CARDOSO, Thais Carolina Alves et al. Desafios clínicos da hipnoterapia no cenário médico atual. **Brazilian Journal Of Development**, Paraná, v. 6, n. 5, p. 29507-29516, 2020.

CARVALHO, Elza Vicente. Constelações Familiares Sistêmicas. **Revista Brasileira de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 43-45, 2012.

CARVALHO, Letícia Santos. **Caracterização tecnológica de argilas (rejeito da mineração de matérias-primas refratárias) para apl**. 2019. 54 p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciência e Engenharia de Materiais, Universidade Federal de Alfenas. Poços de Caldas, 2019.

- CASTRO, Rena Maria Martins de et al. Utilização da aromaterapia e auriculoterapia como métodos não farmacológicos para alívio da dor em i. **Brazilian Journal Of Development**, Paraná, v. 6, n. 8, p. 60770-60787, 2020.
- CAVAGLIERI, Marcelo; PADILHA, Tamara de Souza; PRADO, Jorge Moisés Kroll do. Implantação de uma aromateca de óleos essenciais em uma biblioteca especializada. **Incid: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 192-204, 4 out. 2017.
- CELUPPI, Ianka Cristina *et al.* 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 302-313, 2019.
- CIDRAL-FILHO, Francisco J. Terapia Fotônica de Baixa Intensidade - Fotobiomodulação. *In*: SALGADO, Afonso Shiguemi Inoue (org.). **Fisioterapia Integrativa: como ter saúde em um mundo doente**. Londrina: Midiograf, . p. 137-162. 2019.
- CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do sus. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, 2004.
- COSTA, Lalucy Martins Oliveira; GONÇALVES, Karin Anne Margaridi. Efetividade da terapia com Florais de Bach. **Brazilian Journal Of Development**, Paraná, v. 7, n. 11, p. 107027-107036, 22 nov. 2021.
- COSTA, Thatiane Monick de Souza et al. Glicose e reflexoterapia para alívio da dor durante punção arterial em neonatos: um protocolo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, p. 1-8, 2022.
- CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. Sistema Único de Saúde: princípios. *In*: CASTRO, Janete Lima de; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos; BELISÁRIO, Soraya Almeida (org.). **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, p. 285-304, 2001.
- CUNHA, Vanessa Bezerra da; BATISTA, Rose Danielle de Carvalho; FREITAS, Camila Siqueira Cronemberger. Fortalecimento da identidade e cuidado em saúde: perspectivas da biodança na comunidade. **Sanare - Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 19, n. 2, p. 7-15, 21 dez. 2020.
- DEVEZA, Antonio Cesar Ribeiro Silva. Ayurveda – a medicina clássica indiana. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 92, n. 3, p. 156-165, 30 set. 2013.
- ELKINS, Gary R. *et al.* Advancing Research and Practice: the revised apa division 30 definition of hypnosis. **American Journal Of Clinical Hypnosis**, Londres, v. 57, n. 4, p. 378-385, 7 abr. 2015.
- FLOR. Depoimento [Entrevista cedida a] Santos et al.. Diário de Campo. Entrevista concedida para a pesquisa intitulada **A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades**. Rio de Janeiro, 2018
- FRACOLLI, Lislaine Aparecida *et al.* Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011.

- FRAWLEY, David. **Uma visão ayurvédica da mente**: a cura da consciência. 10. ed. São Paulo: Pensamento, 2018.
- GASPAR, Eneida Duarte. **Cromoterapia**: cores para vida e para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Pallas, 2002.
- GEMELLI, Jéssica Luana; PEREIRA, Angélica Simone Cravo. Princípios e utilizações da homeopatia em bovinos de corte: uma revisão. **Revista Brasileira de Higiene e Sanidade Animal**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 327-341, 2018.
- GERBER, Richard. **Medicina Vibracional**: uma medicina para o futuro. São Paulo: Cultrix, 2007.
- GHELMAN, Ricardo. Abordagem da Antroposofia na Pediatria. **Jmphc | Journal Of Management & Primary Health Care**, Uberlândia, v. 8, n. 2, p. 233-265, 22 ago. 2018.
- GNATTA, Juliana Rizzo *et al.* Aromatherapy and nursing: historical and theoretical conception. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 127-133, 2016.
- GONZÁLEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José de. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010.
- GONZE, Gabriela Guerra; SILVA, Girlene Alves da. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 129-146, 2011.
- GURGEL, Fábio Firmino de Albuquerque *et al.* Reflexões sobre o emprego da osteopatia nas políticas públicas de saúde no Brasil. **Fisioterapia Brasil**, Petrolina, v. 18, n. 3, p. 374-381, 25 jun. 2017.
- GUTIERREZ, Lucila Ludmila Paula *et al.* Ozonioterapia. *In*: MASCARENHAS, Marcello Avilla; JACOBSEN, Márcia da Silva (org.). **Práticas integrativas e complementares em saúde**: pics: o resgate do bem estar. Porto Alegre: Universitária Metodista Ipa, p. 53-61, 2018.
- GUTIERREZ, Lucila Ludmila Paula; LIMA, Fabiano Suzin. Florais nas Práticas Integrativas e Complementares. *In*: MASCARENHAS, Marcello Avilla; JACOBSEN, Márcia da Silva (org.). **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**: fundamentos e aplicabilidades. Porto Alegre: Universitária Metodista Ipa, p. 84-90, 2017.
- HABIMORAD, Pedro Henrique Leonetti *et al.* Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Comple. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 395-405, 2020.
- HELLINGER, Bert. **A simetria ocular do amor**: por que o amor faz os relacionamentos darem certo. São Paulo: Cultrix, 2006.
- HELLINGER, Bert. **Ordens do amor**: um guia para o trabalho com constelações familiares. São Paulo: Cultrix, 2001.
- HELLMANN, Fernando; DRAGO, Livia Crespo. Termalismo e Crenoterapia: potencialidades e desafios para a saúde coletiva no brasil. **Jmphc | Journal Of**

Management & Primary Health Care, Uberlândia, v. 8, n. 2, p. 309-321, 22 ago. 2018.

IGNATTI, Carmencita. Resultados parciais da aplicação de toque terapêutico em portadores de dores crônicas. **Brazilian Journal Of Health Review**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 193-200, 2018.

INSTITUTO RUDOLF STEINER (Curitiba). **Antroposofia**. 2016. Disponível em: <http://institutorudolfsteiner.org.br/antroposofia/> . Acesso em: 04 dez. 2021.

JACOBSEN, Márcia da Silva *et al.* Prática do Reiki como tecnologia de cuidado da saúde. *In*: MASCARENHAS, Marcello Avilla; JACOBSEN, Márcia da Silva (org.). **Práticas integrativas e complementares em saúde: fundamentos e aplicabilidades**. Porto Alegre: Universitária Metodista Ipa, p. 133-143, 2017.

JACOBSEN, Márcia da Silva *et al.* Shantala: o poder do toque. *In*: MASCARENHAS, Marcello Avilla; JACOBSEN, Márcia da Silva (org.). **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: pics: o resgate do bem estar**. Porto Alegre: Universitária Metodista Ipa, p. 71-75, 2018.

KIENLE, Gunver S. *et al.* Anthroposophic Medicine: an integrative medical system originating in europe. **Global Advances In Health And Medicine**, Califórnia, v. 2, n. 6, p. 20-31, nov. 2013.

LEITE, Fernanda C.; ZÂNGARO, Renato A. Reflexologia: uma técnica terapêutica alternativa. **Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e V Encontro Latino Americano de Pós-graduação**, Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, p. 1310-1313, 2005.

LEITE, Rachel Azulay. A arte como recurso terapêutico. *In*: RODRIGUES, Adriano Conrado. **A interface da terapia ocupacional no contexto multiprofissional da educação, saúde, previdência e assistência social: práticas integrativas e complementares em saúde**. São Paulo: Crefito 3, p. 1-221, 2018.

LIRA, Iago Vilar *et al.* HOMEOPATIA E SUAS VERTENTES / HOMEOPATHY AND ITS ASPECTS. **Brazilian Journal Of Development**, Paraná, v. 6, n. 9, p. 65931-65939, 2020.

LOPES, Maria Carlos *et al.* A relação entre o termalismo e a qualidade de vida. **Congresso Internacional AECIT (Asociación Española de Expertos Científicos em Turismo)**, Roquetas de Mar, p. 1-22, 2018.

LOWEN, Alexander. **Bioenergética**. São Paulo: Summus, 2017.

LOWEN, Alexander; LOWEN, Leslie. **Exercícios de bioenergética: o caminho para uma saúde vibrante**. 8. ed. São Paulo: Ágora, 1985.

LUZ, Madel Therezinha; BARROS, Nelson Filice de. **Racionalidades e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: Cepesc-Ims-Uerj-Abrasco, 2012.

MACEDO, Suellén Pereira Rodrigues *et al.* Efeitos da fotobiomodulação no tratamento de úlceras por pressão: revisão integrativa. **Research, Society And Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 2, p. 1-10, 17 fev. 2021.

- MARIN, Rafaela. Fitoterapia. *In*: MASCARENHAS, Marcello Avilla; JACOBSEN, Márcia da Silva (org.). **Práticas integrativas e complementares em saúde: fundamentos e aplicabilidades**. Porto Alegre: Universitária Metodista Ipa, p.72-83, 2017.
- MARINO, Sueli; MACEDO, Rosa Maria Stefanini de. A Constelação Familiar é sistêmica? **Nova Perspectiva Sistêmica**, São Paulo, v. 27, n. 62, p. 24-33, dez. 2018.
- MATTA, Gustavo Correa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: MATTA, Gustavo Correa *et al.* **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Epsjv/Fiocruz, p. 61-80, 2007.
- MATTIOLI, Michele *et al.* Mineralogical characterization of commercial clays used in cosmetics and possible risk for health. **Applied Clay Science**, Amsterdã, v. 119, p. 449-454, jan. 2016.
- MATTOS, Ruben Araujo de; PINHEIRO, Roseni. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009.
- MELLO, Talita Cavalcante de Araújo; BRITO, Rosineide Santana de. Efetividade do Toque Terapêutico no alívio de sintomatologia do paciente. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n. 2, p. 45-52, 18 dez. 2015.
- MORAIS, Sheyliane Rego *et al.* Aplicação da homeopatia na Odontologia: uma revisão de literatura. **Research, Society And Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 8, p. 1-8, 11 jul. 2021.
- MOTTA, Pedro Mourão Roxo da; BARROS, Nelson Filice de. A aplicação de técnicas de imposição de mãos no estresse-ansiedade: revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 381-392, 2015.
- NAEH, Noah Lafer; FALCÃO, Cleire Lima da Costa. Geoterapia e o uso múltiplo da terra. **Homem, Espaço e Tempo**, Sobral, v. 14, n. 1, p. 65-78, 2020.
- NARDO, Luciana Rocha de Oliveira; SILVA, Suellen dos Santos; MARIN, Maria José Sanches. Massagem Shantala: uma revisão integrativa. **Investigação Qualitativa em Ciências da Saúde**, [s. l], v. 3, p. 273-278, 2014.
- NASCIMENTO, Alexandra; PRADE, Ana Carla Koetz. **Aromaterapia: o poder das plantas e dos óleos essenciais**. Recife: Observapics/Fiocruz, 2020. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/Cuidado-integral-na-Covid-Aromaterapia-ObservaPICS.pdf> . Acesso em: 03 fev. 2022.
- NASCIMENTO, Marilene Cabral do et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3595-3604, 2013.
- NASCIMENTO, Marilene Cabral do *et al.* Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 751-772, 16 abr. 2018.
- NEVES, Luciana Cohen Persiano. Terapias Naturais na Saúde Integral: uma abordagem holística de tratamento. **Saúde**, Guarulhos, v. 4, n. 3, p. 13-19, 2010.

NORMANN, Karina Amadori Stroschein; NORMANN, Carlos Augusto Borba Meyer; CHASSOT, Attico. Terapia Comunitária Integrativa como ferramenta do cuidado em saúde. In: MASCARENHAS, Marcello Avilla; JACOBSEN, Márcia da Silva (org.). **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: pics: o resgate do bem estar**. Porto Alegre: Universitária Metodista Ipa, p. 18-23, 2018.

OBERLAENDER, Yan. **Hidrolatos: o guia completo**. O Guia Completo, 2018. Disponível em: <https://infinitumnatureza.files.wordpress.com/2017/03/hidrolatos-guia-completo-yan-o.pdf> . Acesso em: 28 nov. 2021.

OLIVEIRA, Clara Costa; GOMES, Ana. Breve história da Musicoterapia, suas conceptualizações e práticas. **CONGRESSO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO (SPCE)**, Braga, p. 754-764, 2014. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/39982> . Acesso em: 29 nov. 2022.

OLIVEIRA, Janaísa Gomes Dias *et al.* Uso da eletroterapia associado a cinesioterapia no tratamento de pacientes com osteoartrite. **Revista Fisioterapia Ser**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 103-107, 2015.

OLIVEIRA, Pedro Henrique Martins de; HERNANDEZ, Daniel Pinheiro; BEGLIOMINI, Hélio. A história da urologia a partir do juramento de Hipócrates. **Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis**, Teresópolis, v. 2, n. 2, p. 125-141, 2018.

OLIVEIRA, Rose Kelli Batista de; SARMENTO, Ana Margareth Marques Fonseca. O uso dos óleos essenciais de gerânio e junípero no rejuvenescimento facial. **Revista Diálogos em Saúde**, Cabedelo, v. 2, n. 1, p. 38-52, 2019.

ONPA. Depoimento [Entrevista cedida a] Santos et al.. Diário de Campo. Entrevista concedida para a pesquisa intitulada **A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades**. Rio de Janeiro, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Genebra: OMS; 1986. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em 29 set. 2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. **Medicinas tradicionais, complementares e integrativas**. Disponível em: <https://www.paho.org>. Acesso em 29 set. 2021

PACHECO FILHO, Edivaldo Ferreira *et al.* Apitoxina e sua Atividade Anti-inflamatória e Anti-nociceptiva. **Acta Apicola Brasilica**, Paraíba, v. 2, n. 2, p. 11-16, 17 out. 2014.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109-114, 31 ago. 2010.

PEDROSO, Reginaldo dos Santos; PIRES, Regina Helena. Aromaterapia e Sistema imune - Revisão. **Recima21 - Revista Científica Multidisciplinar**, Jundiaí, v. 2, n. 6, p. 1-11, 21 jul. 2021.

PERCIA, André. **A hipnose sem segredos: a bíblia da hipnose prática**. Rio de Janeiro: Jaguatirica, 2017.

PEREIRA, Jullie Giacomini da Cruz. **Política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) e sua influência socioeconômica no modelo de gestão do SUS: revisão integrativa da literatura.** 2020. 33 p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Gestão de Organizações de Saúde, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2019.

PEREIRA, Raphael Dias de Mello; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Aspectos teórico-filosóficos da medicina tradicional chinesa: acupuntura, suas formas diagnósticas e relações com o cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 7, n. 1, p. 279-288, 2013.

PINHEIRO, Elisa Lopes. A educação em saúde a partir da experiência: o programa de residência multiprofissional em saúde da família. **Aps**, Juiz de Fora, v. 23, n. 3, p. 483-484, 2020.

PUSTIGLIONE, Marcelo; GOLDENSTEIN, Eduardo; CHENCINSKI, Y. Moisés. Homeopatia: um breve panorama desta especialidade médica. **Homeopatia**, São Paulo, v. 1/2, n. 8, p. 1-17, 2017.

QUEVEDO, Amanda; MASCARENHAS, Marcello. Prática da Yoga para uma melhora da saúde integral: yoga e seus benefícios para a saúde integral. *In*: MASCARENHAS, Marcello Avilla; JACOBSEN, Márcia da Silva (org.). **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: fundamentos e aplicabilidades.** Porto Alegre: Universitária Metodista Ipa, p. 144-153, 2017.

QUEVEDO, Claudia Altamirano; VIERA, Estefanía Castillo; PASCUAL, Iván Rodríguez. Biodanza: revisión sistemática sobre los beneficios de una práctica emergente en la promoción de la salud y el bienestar. **Retos: Nuevas Perspectivas de Educación Física, Deporte y Recreación**, Jaén, v. 0, n. 39, p. 844-848, 2021.

REIS, Bruna Martins; LIBERMAN, Flávia; CARVALHO, Sérgio Resende. Das inquietações ao movimento: um centro de atenção psicossocial (caps), a clínica e uma dança. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 275-284, 21 set. 2017.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela saúde.** Módulo Político Gestor. Especialização em Saúde da Família. 2019. UNASUS – UNIFESP. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf. Acesso em 23 set. 2021.

RODRIGUES, Angelo Giovanni *et al.* Práticas Integrativas e Complementares no SUS: ampliação do acesso a práticas de saúde e resolubilidade do sistema. *In*: BARRETO, Alexandre Franca (org.). **Integralidade e saúde: epistemologia, política e práticas de cuidado.** Recife: Universitária da Ufpe, p. 53-73, 2011.

RODRIGUES, Daniel Maurício de Oliveira *et al.* Afinal, Naturologia e Naturopatia são coisas distintas ou similares? **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares**, Palhoça, v. 6, n. 10, p. 9-12, 19 out. 2017.

ROMÃO, Suzanne Liselee Schulz. Os diferentes caminhos da música: um olhar sobre a musicoterapia. **Colloquium Humanarum**, Presidente Prudente, v. 12, p. 1713-1720, 20 out. 2015.

- ROY, Deblina; KAR, Sujita Kumar. Therapeutic Touch. **Encyclopedia Of Evolutionary Psychological Science**, Berlim, p. 1-4, 2019.
- RUVOLO-TAKASUSUKI, Maria Claudia Colla; SOUZA, Paula Martins de. Apitoxina: utilização do veneno da abelha *apis mellifera*. **Pubvet**, Maringá, v. 13, n. 8, p. 1-7, 2019.
- SALGADO, Afonso Shiguemi Inoue et al. Tecnologia Corpo-Mente. *In*: SALGADO, Afonso Shiguemi Inoue (org.). **Fisioterapia Integrativa: como ter saúde em um mundo doente**. Londrina: Midiograf, p. 109-136, 2019.
- SALGADO, Afonso Shiguemi Inoue. Microfisioterapia. *In*: SALGADO, Afonso Shiguemi Inoue (org.). **Fisioterapia Integrativa: como ter saúde em um mundo doente**. Londrina: Midiograf, p. 217-254, 2019.
- SANTOS, Ana Claudia Figueiredo dos; EL'AOUAR, Isadora Sebadelhe. Aromaterapia: uma nova tecnologia de cuidado, prevenção e promoção da saúde. **Revista Científico**, [s. l], v. 19, n. 39, p. 107-128, jun. 2019.
- SANTOS, Carla Targino Bruno dos *et al.* A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1233-1240, 2018.
- SANTOS, Dionei Ruã dos; SPEROTTO, Deise Ferrazza; PINHEIRO, Ursula Maria Stockmann. A Medicina Tradicional Chinesa no tratamento do transtorno de ansiedade: um olhar sobre o stress. **Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 11, n. 20, p. 103-112, 2011.
- SANTOS, Luciana Oliveira *et al.* Práticas integrativas como promoção de saúde: implementação da meditação com estudantes em um campus de uma universidade pública de ensino. **Brazilian Journal Of Development**, Paraná, v. 6, n. 7, p. 45984-45992, 2020.
- SANTOS, Thadeu Borges Souza; VIEIRA, Silvana Lima; TEIXEIRA, Cristiane Purificação de Oliveira. Rompendo o paradigma hospitalocêntrico na formação de enfermeiro(a)s: reestruturação de componente curricular técnico-profissionalizante com vistas ao princípio da integr. **Estudos Iat**, Salvador, v. 5, n. 2, p. 330-349, 2020.
- SCHNEIDER, Jakob Robert. **A prática da Constelação Familiar: bases e procedimentos**. Patos de Minas: Antman, 2007.
- SCHNEIDER, Jakob Robert. Sobre a Técnica das Constelações Familiares. **Instituto de Desenvolvimento do Potencial Humano**, 2013. Disponível em: http://www.idph.com.br/conteudos/artigos/novaeducacao/novaeducacao_201303301844.php . Acesso em: 17 maio 2021.
- SEIJAS, José Luiz Vazques. **Apiterapia: verdade incontestável**. Rio de Janeiro: Lombada, 2012.
- SILVA, Bruna Moura; OLIVEIRA, Sharon Shirley Well; SILVA, João Luis Almeida da. Hipnoterapia na redução da dor: prática baseada em evidências. **Brazilian Journal Of Development**, Paraná, v. 8, n. 1, p. 1073-1097, 7 jan. 2022.
- SILVA, Kelly Maciel et al. O significado da dança circular no imaginário da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1-10, 2021.

- SILVA, Luiza Santos e; VALSOLER, Renan Lucas Carminatti; STORTTI, Tyfani Miréia. Utilização das práticas integrativas e complementares (PICS) no tratamento da depressão: uma pesquisa bibliográfica / utilização das práticas integrativas e complementares (pics) no tratamento da depressão. **Brazilian Journal Of Development**, Paraná, v. 7, n. 7, p. 72935-72941, 21 jul. 2021.
- SILVA, Marcos Valério Santos da; MIRANDA, Gilza Brena Nonato; ANDRADE, Marcieni Ataíde de. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 589-599, 13 fev. 2017.
- SILVA, Maria Eduarda Feitosa Querino da; PAIVA, Francisca Juliana Castello Branco Evaristo de. Constelação Familiar: resistir não é a solução. **Recima21 - Revista Científica Multidisciplinar**, Jundiaí, v. 2, n. 4, p. 1-14, 19 maio 2021.
- SILVA, Pedro Henrique Brito da *et al.* Formação profissional em Práticas Integrativas e Complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 399-408, fev. 2021.
- SILVA, Thais Cristina da; SHIOSI, Reinaldo Kazuiti; RANIERI NETO, Roque. Ozonioterapia: um tratamento clínico em ascensão na medicina veterinária - revisão de literatura. **Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária**, [s. l], v. 2018, n. 31, p. 1-6, 2018.
- SILVANO, Alice Dias; SILVA, Kátia Ferreira da; FRADE, Rodrigo Itaboray; RIBEIRO, Miriam de Oliveira Alves. Uso da apitoxina como recursos terapêutico para a artrite reumatoide: uma revisão integrativa. **Revista Nbc: Periódico Científico do Núcleo de Biociências**, Belo Horizonte, v. 10, n. 19, p. 108-125, 19 jul. 2020.
- SMANIOTTO, Suyane et al. Conhecimento de fisioterapeutas quanto às práticas integrativas e complementares. **Revista Fisisenectus**, Chapecó, v. 7, n. 1, p. 34-48, 28 out. 2019.
- SIMÃO, CONSUELO. **Óleos Essenciais e Argiloterapia (Tipos de Argilas)**. Apostila do Curso de Aromaterapia do Centro de Treinamento e Desenvolvimento – CETREDE. Fortaleza, 2019. Il.color
- SOUSA FILHO, José Edson Santana; SANTOS, Emanuela Rocha dos; ALMEIDA, Marcos Rogério Madeiro. Quiropraxia: abordagem fisioterapêutica associada ao tratamento de hérnia discal lombar. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (Eedic)**, Quixadá, v. 6, n. 1, p. 1-10, 2019.
- SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.
- SOUZA, Renilson Rehem de. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. 2002. 103 p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração Pública, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.
- SRI SRI AYURVEDA. O que é Dathus: descubra! **Blog do Sri Sri Ayurveda**, 2018. Disponível em: <http://blog.srisriayurveda.com.br/o-que-e-dhatus-descubra/> . Acesso em: 13 jul. 2022.

- TANO, Simone Sayomi; SILVÉRIO-LOPES, Sandra. Magnetoterapia e Magnetopuntura. *In: SILVÉRIO-LOPES, Sandra (ed.). **Analgesia por Acupuntura***. Curitiba: Omnipax, p. 49-62, 2013.
- TESSER, Charles Dalcanale. Racionalidades médicas e integralidade: o que uma coisa tem a ver com a outra? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 1-7, 21 dez. 2006.
- TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Uma categorização analítica para estudo e comparação de práticas clínicas em distintas racionalidades médicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 1-23, 24 maio 2018.
- TIBÚRCIO, Regina Rocha Reynaldo; AMORIM, Maria Izabel de. Biodanza como Prática Integrativa Complementar do SUS (PIC) na Promoção de Saúde Biopsicossocial por uma Comunidade Usuária e Profissionais do Sistema Único de Saúde. **Repositório Universitário da Ânima**, Tubarão, p. 1-30, 2020.
- TORO, Rolando. **Biodanza**. 2. ed. São Paulo: Olavobrás, 2005.
- TORO, Rolando. **Biodanza**. São Paulo: Olavobrás/Epb, 2002.
- TRABALHADOR 1. Depoimento [Entrevista cedida a] Silva, Miranda e Andrade. Diário de Campo. Entrevista concedida para a pesquisa intitulada **Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar**. Botucatu, 2017.
- VASCONCELOS, Danilo. Osteopatia e Quiropraxia no Sistema Único de Saúde. *In: FERREIRA, Berenice (org.). **Práticas Integrativas e Complementares nos serviços públicos de saúde: um sonho, uma ideia, uma realidade***. Curitiba: Appris, p. 65-75, 2019.
- VERAS, Renata Meira; FEITOSA, Caio Cezar Moura. Reflexões em torno das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, n. 1, p. 1-14, 2019.
- VIEIRA, Silvani Vargas *et al.* Experiências com danças circulares. *In: MASCARENHAS, Marcello Avilla; JACOBSEN, Márcia da Silva (org.). **Práticas integrativas e complementares em saúde: fundamentos e aplicabilidades***. Porto Alegre: Universitária Metodista Ipa, p. 166-176, 2017.
- WACHEKOWSKI, Giovana *et al.* Dança circular: ampliando possibilidades no cuidado em saúde. **Revista de Aps**, Juiz de Fora, v. 23, n. 4, p. 923-932, 23 jun. 2021.
- WORLD NATUROPATHIC FEDERATION. About Naturopathy. **Site da World Naturopathic Federation**. Disponível em: <https://worldnaturopathicfederation.org/about-naturopathy> . Acesso em: 10 dez. 2023.
- ZEVALLOS, Jenny Quezada. Hipnoterapia Ericksoniana. **Temática Psicológica**, Lima, n. 7, p. 33-39, 1 dez. 2011.
- ZONTA, Cris Debora; BELTRAME, Vilma. Benefícios da água termal na qualidade de vida dos idosos município de Ipira–SC. **Secretaria de Educação de Santa Catarina**, Ipira, p. 1-7, 2015.