

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

FUNDAMENTOS DE UMA POLÍTICA MUNICIPAL

MARTHA PRISCILA BEZERRA PEREIRA

MARTHA PRISCILA BEZERRA PEREIRA

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

FUNDAMENTOS DE UMA POLÍTICA MUNICIPAL



CAMPINA GRANDE - PB

2024

P436p Pereira, Martha Priscila Bezerra.
Práticas integrativas e complementares: fundamentos de uma política municipal [recurso eletrônico] / Martha Priscila Bezerra Pereira. – Campina Grande: EDUFCC, 2024.
138 p. : il. color.

E-book (PDF)
ISBN 978-85-8001-295-8

1. Políticas Públicas - Brasil. 2. Práticas Integrativas e Complementares (PICS). 3. Política Municipal. 4. Saúde Pública. I. Título.

CDU 614(81)

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA MEIRE EMANUELA DA SILVA MELO CRB-15/568

Prof. Dr. Antônio Fernandes Filho
Reitor

Prof. Dr. Mario Eduardo Rangel Moreira Cavalcanti Mata
Vice-Reitor

Prof. Dr. Bruno Medeiros Roldão de Araújo
Diretor EDUFCC

Simone Cunha
Revisão

João Vitor Pereira da Silva
Projeto Gráfico

CONSELHO EDITORIAL

Erivaldo Moreira Barbosa (CCJS)
Janiro Costa Rego (CTRN)
José Wanderley Alves de Sousa (CFP)
Marcelo Bezerra Grilo (CCT)
Mário de Sousa Araújo Filho (CEEI)
Marisa de Oliveira Apolinário (CES)
Naelza de Araújo Wanderley (CSTR)
Andréa Maria Brandão Mendes de Oliveira (CCTA)
Rogério Humberto Zeferino Nascimento (CH)
Saulo Rios Mariz (CCBS)
Valéria Andrade (CDSA)

APRESENTAÇÃO.....	7
ELABORAÇÃO DE UMA POLÍTICA MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	13
ORIGENS DAS ARTES DE CURAR QUE SE TORNARAM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	21
DAS PISTAS AOS FATOS: CONTEXTUALIZAÇÃO DAS ARTES DE CURAR	27
BASE LEGISLATIVA NO USO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	39
EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA NO SETOR PRIVADO E PÚBLICO – ESTUDOS DE CASO	53
EM BUSCA DE UMA TEORIA PARA ENTENDER AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
APÊNDICE	101
ANEXOS	107

APRESENTAÇÃO

Durante um dos trabalhos de campo no período do doutorado em Recife – PE, no ano de 2007, pela primeira vez, ouvi com mais atenção e de maneira mais aprofundada uma experiência sobre a busca de cura a partir de parâmetros diferentes da biomedicina. Estava na comunidade Chão de Estrelas, onde os moradores, entre outras ações, organizaram um grupo na área da saúde por falta de acesso a esses serviços formais. Reuniram pessoas que sabiam fazer xarope, lambedor, pomadas, tinturas, elixir sanativo, Vick®, entre outros produtos. Também contaram com o auxílio de benzedeiros e de uma médica que morava no bairro próximo à comunidade, a qual ensinou o grupo a traçar o perfil epidemiológico de toda a comunidade e, por sua vez, aprendeu a lidar com plantas medicinais. A partir desse aprendizado mútuo, ela passou a prescrever tratamentos naturais para a população.

Com esse conhecimento, começaram a buscar treinamentos em produtos naturais e resolveram também cultivar plantas medicinais para que os tratamentos naturais pudessem ser isentos de custos, sendo acessível a todos. No ano de 1993, já havia 12 agentes de saúde voluntários atuando na área, utilizando ervas medicinais para a cura de várias enfermidades. Quando chegou ao local, o então Programa de Saúde da Família (PSF), no ano de 2002, essa forma de curar já estava consolidada e inicialmente foi difícil mesclar as formas de curar (científica e popular), além da dificuldade de adaptação por parte das agentes de saúde (antes voluntários e livres) às exigências burocráticas e hierárquicas comuns no serviço público de saúde. Situação que foi superada posteriormente com adaptação de ambos os lados (Pereira, 2011).

No ano de 2010, ocorreu um evento¹ do Programa de Pós-Graduação em História na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) para proferir uma fala em mesa-redonda sobre saberes médicos na área adscrita pela Estratégia de Saúde da Família. E no levantamento, esses saberes se multiplicaram em saberes formais (biomedicina), medicina tradicional, medicinas alternativas e complementares².

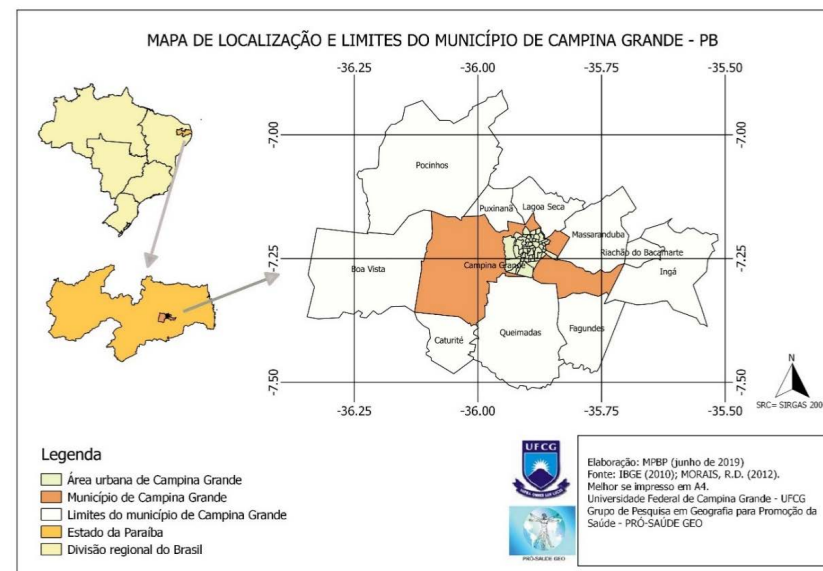
Com base nessa experiência, buscou-se entender um pouco sobre os agentes comunitários de saúde (ACS) que, além das atividades como elo entre o setor saúde e a comunidade, também passavam algum conhecimento das práticas consideradas tradicionais ou alternativas. Assim, esta pesquisa foi realizada com ACS a partir da aplicação de formulários junto à população atendida por esses agentes no município de Campina Grande – PB (Mapa 1). Percebeu-se certo receio em afirmar que o ACS trabalhava com alguma outra forma de cura que não fosse a do setor formal da saúde, para que ele não perdesse o emprego, sendo assim uma pesquisa que não obteve o resultado esperado (Souza; Pereira, 2013).

Posteriormente, foi iniciada uma pesquisa no sentido de identificar onde estavam os estabelecimentos particulares que oferecem serviços relacionados às práticas alternativas, complementares ou alternativas, sendo obtidas uma lista e algumas informações iniciais sobre a presença desse tipo de atividade na paisagem urbana da cidade de Campina Grande - PB (Silva, Pereira, 2017; Souza; Pereira, 2016).

[1]. O evento foi o Colóquio Internacional de História, ocorrido entre 18 e 22 de novembro de 2010 no Centro de Humanidades da UFCG (PPGH, 2010).

[2]. O termo “medicina” ou “medicinas” relacionado a terapias alternativas, entre outras, passou a ser proibido em documentos relacionados às políticas públicas voltadas à saúde no Brasil, passando a ser denominado oficialmente de terapia ou prática por ser considerado inconstitucional o uso do termo para práticas de cura que não tenham passado pelo mesmo currículo da medicina ou da biomedicina (Toniol, 2016).

MAPA 1 - MAPA DE LOCALIZAÇÃO E LIMITES DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB



A partir desses resultados, entenderam esses saberes como uma influência ideológica de uma série de formas de cura, provenientes de culturas heterônomas, sincretizadas com formas tradicionais de cura. Estas passaram a ser utilizadas de várias maneiras em paralelo ao uso da biomedicina (como terapia integrativa ou complementar), ou até mesmo de forma alternativa à biomedicina.

Um dos entendimentos importantes nesse processo foi que, dependendo de como forem utilizadas, as várias práticas de cura podem ser denominadas como tradicional, alternativa, complementar ou integrativa. Posteriormente percebeu-se que essas diferenças surgiram no próprio histórico do movimento de reconhecimento, em que

a medicina tradicional, originária de determinada cultura, passa a denominar-se alternativa para outra³.

De acordo com Barros, Siegel e Otani (2011), a partir da década de 1980, consolidou-se o movimento de incorporar essas práticas terapêuticas alternativas aos sistemas médicos oficiais, as quais passaram a ser entendidas como complementares ao sistema existente ou como sinônimas de medicina alternativa. Posteriormente esse termo foi entendido como integrativa, pois estaria integrado ao sistema de forma interdependente, territorializando cada vez mais os espaços (especialmente o urbano) e obrigando o Estado a definir normas específicas para a coordenação dessas práticas⁴. Tal expressão das práticas fundamenta a importância de sua análise pela perspectiva geográfica.

Este livro tem como objetivo fornecer um entendimento ao fenômeno da implantação das práticas integrativas e complementares no Brasil como apoio à formação de uma política municipal de práticas integrativas e complementares em saúde. Trata-se de um trabalho explicativo, bibliográfico e histórico, mas que também representa a síntese de pesquisas realizadas em campo e da participação cotidiana da elaboração de uma política municipal na década de 2010.

Além desta apresentação e das considerações finais, este livro está dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo, “Elaboração

[3]. De acordo com Barros, Siegel e Otani (2011), os saberes alternativos, ou como mencionam os autores, a medicina alternativa pode ser entendida como uma opção racional dentro da biomedicina, como uma crítica à medicina oficial, uma reformulação ou uma substituição dela; e um sistema de novas terapêuticas. A medicina alternativa trabalha com elementos não oficiais, abrindo-se para as “interações de saúde com os campos da religião, da cultura e da arte” (Barros; Siegel; Otani, 2011, p. 18). Seria uma prática substitutiva da medicina convencional.

[4]. Sobre se tornar integrativa, Toniol (2016) aponta que também tem relação com o holismo e a integração entre conhecimentos científicos e tradicionais, porém sem as “crendices” inerentes ao conhecimento tradicional. Situação que foi percebida em Campina Grande - PB, em que se retira a religiosidade, porém isso foi realizado principalmente para ser aceito pela sociedade, uma vez que o serviço neste local tem funcionado por meio da iniciativa particular.

de uma política municipal de práticas integrativas e complementares: um relato de experiência”, é explicitada a situação em que cada pesquisa foi gerada e que é exposta nos capítulos subsequentes do livro. O segundo capítulo, “Origens das artes de curar que se tornaram práticas integrativas e complementares”, trata de buscar um pouco do contexto em que surgiram essas artes de curar, as quais se tornaram posteriormente as práticas integrativas e complementares. No terceiro capítulo, “Das pistas aos fatos: contextualização das artes de curar”, busca-se entender como alguns fatos contribuíram para se chegar à base legislativa atual. No quarto capítulo, “Base legislativa no uso de práticas integrativas e complementares”, é tratado o que foi realizado até o ano de 2018 (último ano em que houve modificação na legislação federal) em relação às políticas relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. No capítulo cinco, “Efetivação da política pública no setor privado e público – estudos de caso”, busca-se entender como as práticas integrativas estão organizadas no município a partir de dois estudos de caso realizados no município de Campina Grande, estado da Paraíba - Brasil. O sexto capítulo, “Em busca de uma teoria para entender as práticas integrativas e complementares em saúde”, é apresentada uma tentativa de explicar esse fenômeno das práticas integrativas e complementares, pelo menos, no caso brasileiro.

Ainda em tempo, aproveito para agradecer a todos que, direta ou indiretamente, me influenciaram a elaborar o conteúdo deste livro, através de convites para participação em eventos e na elaboração da PMPICS – CG, bem como os alunos que fizeram o trabalho de campo e os professores que forneceram sugestões de referências sempre que solicitados.

Martha Priscila Bezerra Pereira

ELABORAÇÃO DE UMA POLÍTICA MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este capítulo contém um relato da vivência na Comissão Inter-setorial do Conselho Municipal de Saúde no município de Campina Grande – PB – Brasil, entre 2017 e 2019, para elaboração da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares.

No dia 11 de abril de 2017, às 14h, o Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande realizou o Seminário Práticas Integrativas e Complementares – PICs no Sistema Único de Saúde (SUS) no auditório da Vila do Artesão, em Campina Grande - PB. Este evento reuniu estudantes, representantes de várias instituições e profissionais de saúde (Foto 1). Teve como objetivo apresentar as características e a importância de algumas práticas integrativas para formar a Comissão Inter-setorial para elaboração da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (CIPMPIC) (CMSCG, 2016)¹.

Essa comissão teve como representantes iniciais: Alysso Lucena Lira (fisioterapeuta e acupunturista); Andrea Dantas (terapeuta de biomagnetismo); Berenice Ferreira Ramos (médica homeopata, médica do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS/UFCC e representante do Conselho Municipal de Saúde - CMS); Clau-

[1]. Segundo Toniol (2016), a etapa descrita para formação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares faz parte de uma agenda que se iniciou na década de 1990, no Brasil, e seguiu a seguinte sequência: a) emergência de sindicatos de terapeutas holísticos; b) surgimento de uma agenda política no Congresso Nacional para regulamentar a profissão; c) inclusão das terapias alternativas no ensino de cursos de ensino superior em universidades públicas; e d) apoio à promoção e à oferta dessas práticas no SUS.

dionor Vital Pereira (advogado e representante do Conselho Municipal de Saúde - CMS); Danilo de Almeida Vasconcelos (fisioterapeuta e docente na Universidade Estadual da Paraíba – UEPB), José Benedito dos Reis (padre na Paróquia da Imaculada Conceição – Ligeiro e homeopata popular), Joseilton Brito de Freitas (representante do Conselho Municipal de Saúde), Luiza Maria Marinho Leite Pinto (secretária da Secretaria Municipal de Saúde do município de Campina Grande); Maria Valquíria Nogueira Nascimento (psicóloga e docente na Universidade Federal de Campina Grande – UFCG); Martha Priscila Bezerra Pereira (geógrafa e docente na Universidade Federal de Campina Grande – UFCG); Mércio de Araújo Pinto (pedagogo e representante da Secretaria Municipal de Saúde); e Thúlio Antunes de Arruda (farmacêutico e docente na Universidade Estadual da Paraíba – UEPB) (CMSCG, 2016)². Em reuniões posteriores, outras pessoas foram incluídas nessa comissão.

FOTO 1 - PRIMEIRA EDIÇÃO DO SEMINÁRIO PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES – PICS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS



Fonte: Conselho Municipal de Campina Grande (CMSCG, 2016)/ Data: 11 de junho de 2017.

[2]. Apesar de o evento ter ocorrido em 2017, a edição do jornal foi elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde referente ao ano de 2016

Entre 2017 e 2018, foram realizadas em média duas reuniões por mês para a elaboração da política. Os assuntos discutidos foram vários, porém alguns deles delinearão a condução da elaboração do documento.

A **primeira grande decisão** foi entender qual a possível modalidade de gestão, seria multicêntrica ou isolada? Quais as consequências dessa decisão?

Caso fosse multicêntrica, haveria condições de as Unidades Básicas de Saúde (UBS) assumirem esses tipos de procedimento? Seriam construídos Centros de Referência por Distrito Sanitário ou apenas um para todo o município? Como ficaria o aproveitamento e a distribuição desses profissionais? Qual a infraestrutura necessária?

Em relação à existência das condições de infraestrutura para implantação das práticas integrativas e complementares em UBS, foi entregue pela Secretaria de Saúde uma lista das UBS que já tinham algum profissional atuando com essas práticas, mesmo de forma voluntária (Dantas, 2017). A partir dessa lista, foi realizada uma pesquisa entre 2018 e 2019 (Afuso, Souto; Pereira, 2019; Benício, Normando, Cavalcante *et al.*, 2019; Pereira; Pereira, 2019) (item 5.2).

Sendo a decisão por um modelo isolado, um Centro de Referência, todas as ações seriam concentradas neste local. A opção seria por escolher um local propício e conseguir tanto mobiliário quanto recursos humanos para dar apoio aos terapeutas. Posteriormente, como se observou que há maior prevalência de Centros de Referência em outros municípios, como João Pessoa, Recife e Natal (foram visitados dois em João Pessoa), esta foi a opção aceita pelo grupo.

O **segundo grupo de questionamentos** foi relacionado às seguintes questões: o que a população anseia ou precisa? Deveria ser implantada a ideia através de folhetos e cursos de curta duração? Seria

possível realizar capacitações contínuas pela prefeitura? Como está ocorrendo em outros lugares?

No que diz respeito ao anseio da população ou às necessidades, foi levantada a possibilidade de buscar resposta junto aos profissionais de saúde do município que já trabalham com essas práticas para entender melhor a demanda e a real necessidade de determinada prática (capítulo 5). Além disso, foram elencadas algumas práticas a partir da experiência de cada membro da Comissão Intersetorial, como a acupuntura o biomagnetismo e a homeopatia (Ferreira, 2019a); a osteopatia, as práticas integrativas complementares grupais (Nascimento; Oliveira, 2017) e a fitoterapia (santos; Pereira, 2017; Lima; Santos; Arruda, 2019; Souza Júnior; Pereira; Paiva, 2019).

No que diz respeito à implantação da ideia através de folhetos e cursos de curta duração ofertados à população, essa proposta foi debatida e aceita, apesar do questionamento sobre o custo dos folhetos e o alcance da população. Essa ideia gerou a necessidade de entender um pouco mais sobre as origens e os significados dessas práticas a partir de vários aspectos (Apêndice A e capítulos 2 e 3)

As possíveis capacitações contínuas realizadas pela prefeitura foram debatidas no sentido de como conseguir verba para trazer pessoas de fora, ou se seria suficiente a realização com profissionais que residem em Campina Grande - PB.

Em relação a ocorrer em outros lugares e com quais pessoas, buscou-se a resposta através da realização de visitas em alguns locais como: Centro de Educação Popular - CENEP (Nova Palmeira - PB) em junho de 2017; Centro de Práticas Integrativas e Complementares (CPICS) Canto da Harmonia (bairro de Valentina Figueiredo, em João Pessoa); e Centro de Práticas Integrativas e Complementares à Saúde (CPICS) Equilíbrio do Ser (bairro dos Bancários, em João Pessoa) no dia 12 de julho de 2017. Além de conhecer outros terapeutas, também foi

possível conhecer algumas questões administrativas relacionadas à implantação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPICS).

No CENEP, levou-se em consideração a experiência exitosa da visita à Oficina de Remédios Caseiros e ao Horto de Plantas Medicinais Prof. Ivan Coelho Dantas³. Neste local, é realizado o atendimento em variadas práticas; além disso, eles plantam as ervas medicinais e produzem fitoterápicos, incluindo os florais.

No Canto da Harmonia, foi possível verificar algumas possibilidades de práticas integrativas coletivas. No Equilíbrio do Ser (Foto 2), o foco foi o entendimento de como efetivar a parte administrativa e financeira de um Centro de Referência em PICS, ainda que se tenham observado mais algumas práticas integrativas e complementares que são oferecidas e conhecido alguns profissionais. Nos dois Centros de Referência, observou-se que as pessoas pareciam apenas querer resolver o problema de saúde, não exatamente estavam preocupadas com os significados de cada tipo de prática ou as origens religiosas dessas práticas. Em relação a esse tema, Toniol (2016) pondera que, no Brasil, houve grande preocupação em distanciar a crença relacionada à medicina tradicional da denominada prática complementar.

A **terceira etapa** foi sobre as políticas existentes em outros locais. Dessa pergunta, surgiu uma pesquisa sobre as leis e políticas existentes sobre PICS no Brasil, o que nos ajudou a entender quais tópicos seriam mais importantes, além de ideias sobre seu conteúdo (capítulo 4).

Após esse momento, foi possível passar para a **quarta etapa**, em que o grupo estava pronto para elaborar a política. Após terminada

[3]. O prof. Ivan Coelho Dantas nasceu em Nova Palmeira - PB e foi professor do curso de Farmácia da UEPB, no campus Campina Grande. Uma das obras mais importantes foi a publicação do livro *O raizeiro* (Dantas, 1997), além de ter auxiliado na implantação do Horto de Plantas Medicinais do CENEP.

esta fase, a proposta foi entregue à Secretária de Saúde, que a encaminhou à Câmara de Vereadores (Anexo A).

FOTO 2 - AÇÕES DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE - CIPICS



Fonte: Conselho Municipal de Campina Grande (CMSCG, 2018)/ Data: 12 de julho de 2017.

Terminada esta etapa, chegou-se à **quinta etapa**, que se constituiu de um conjunto de questões. O movimento passou a ter como foco algumas questões como: qual o local em que poderiSa ser implantado o Centro de Referência? De onde viria o mobiliário? Os recursos humanos de apoio e os terapeutas seriam realocados ou seria possível realizar um concurso específico? Caso esses profissionais fossem realocados, quem cobriria a falta desses funcionários? Quais os itens importantes para o regimento?

Até o ano de 2019, muito se conversava sobre a aprovação da lei e da política, bem como sobre o possível local. Enquanto isso, foi até elaborada uma coletânea por parte de uma das componentes da Comissão (Ferreira, 2019b). No primeiro semestre de 2019, foi escolhido como coordenador um dos integrantes da Comissão – Alysson Lucena Lira – e criada, a partir dessa eleição, uma câmara técnica de apoio à implantação. Os integrantes da câmara técnica foram os mesmos que já estavam elaborando a política. No segundo semestre de 2019, foi decidido o local, uma área do Complexo Esportivo Plínio Lemos. Foi apresentada a minuta da lei e da política no Conselho Municipal de Saúde, sendo entregue tanto ao Conselho Municipal de Saúde quanto à Câmara de Vereadores. Foram até aprovadas e iniciadas as reformas no local onde iria funcionar a partir do ano de 2020, assim que fosse aprovada a lei e a política como anexo à lei, e já se pensava até na elaboração do regimento.

Quanto ao mobiliário, houve uma reunião com a Secretaria de Saúde quando surgiu a possibilidade de o mobiliário ser procedente de bens do setor judiciário que não estavam sendo mais utilizados.

E, em janeiro de 2020, foi aprovada a lei com base na política, mas não se sabe se ela está anexa oficialmente, pois o link apresenta apenas a lei (Anexo A), sem o seu anexo, que seria a política propriamente dita (Anexo B). Em 17 de março de 2020, foi publicado o Decreto nº 40.128, que adotou medidas temporárias e emergenciais relacionadas à prevenção de contágio pela Covid-19, pandemia que havia chegado ao Brasil no mês anterior, as quais serviriam tanto para o setor privado quanto para o público em todos os municípios do estado da Paraíba, paralisando todas as atividades que não fossem relacionadas à Covid-19 (Barbosa, 2021; Paraíba, 2020). Mesmo esse decreto não estando mais em vigor, as atividades não foram retomadas até o momento de finalização deste livro (julho de 2023).

Diante dessa experiência, fez-se uma tentativa de organizar esses fatos em forma de teoria, a fim de, posteriormente, ser comparada e analisada para possíveis ajustes ou mesmo refutação em estudos futuros (capítulo 6).

ORIGENS DAS ARTES DE CURAR QUE SE TORNARAM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Este capítulo faz uma breve organização das informações das artes de curar que se tornaram práticas integrativas e complementares em saúde entre o final do século xx e o início do século XXI.

Antes da invenção da escrita, muitas concepções eram passadas de forma oral por várias gerações, em variadas culturas, sobre ambiente, doenças e formas de cura, entre outras situações relacionadas, mas somente após a invenção da escrita (por volta de 4.000 a.C.) e a possibilidade de deixar um registro mais consolidado, foi possível datar esse conhecimento. Entre os povos anteriores à escrita, estaria o povo da Mesopotâmia, que fica no atual sul do Iraque (sohistoria, 2019).

De acordo com Silva (2009), a primeira legislação reguladora da medicina que deixou registro para outras gerações através da escrita surgiu com os **sumérios** na Mesopotâmia, por volta de 3.500 a.C. Entre outras invenções e consolidação de noções sobre variadas áreas, entendeu-se a noção de astrologia, que viria a influenciar a **medicina greco-romana e a árabe**, assim como foi formulado um primeiro sistema de justiça fundamentado em um conjunto de leis, denominado Código de Ur-Nammu (antecedeu o código de Hamurabi). Em meio a esse código, encontra-se a primeira legislação reguladora da prática da medicina.

A maioria dessas placas, ou fragmentos de placa, em que estão mencionadas as práticas médicas, foi descoberta em **Nínive**, nas ruínas da Biblioteca de Assurbanipal II (destruída em 612 a.C., quando a Assíria foi invadida pelos Medos e Caldeus); outras placas foram encontradas em diferentes locais como: **Assur**, **Hatusa** (antiga capital

dos Hititas na Anatólia) e em **Ur** (antiga capital suméria). Esses textos eram cópias de documentos escritos por volta de 2.500 a.C. ou os mesmos documentos de 2.500 a.C., mas que, por terem sofrido um incêndio, tiveram os resultados da datação alterados para 612 a.C.1. Seu conteúdo abrangia diversas patologias, como doenças torácicas, intestinais e das vias urinárias, estas eram tratadas com processos e substâncias à base de plantas e preparados minerais. Havia também técnicas para tratamento de feridas (incluindo lavagem e aplicação de ligaduras ou gessos). Esse material se dividia entre dois grandes tipos de textos médicos: aqueles em que prevalecem os rituais mágicos (parecem ser os mais antigos) e aqueles em que prevalecem os procedimentos médicos em relação aos rituais mágicos (Silva, 2009).

Esses primeiros pictogramas eram gravados em uma espécie de tábua de madeira coberta de argila ou cera. Quando coberto de argila, usava-se um instrumento feito de algum tronco vegetal para empurrar a argila, posteriormente os símbolos eram gravados e levados ao forno para que o registro se tornasse permanente. Quando essa tábua de madeira era coberta de cera, os pictogramas podiam ser feitos com algum instrumento, podendo essas tábuas ser reaproveitadas, pois seus escritos podiam ser apagados sempre que necessário. Esses pictogramas, quando sistematizados, foram denominados cuneiformes (UFMG, 2010).

[1]. Os cristais de quartzo presentes na argila naturalmente acumulam uma radiação ambiental em forma de luminescência. No momento em que é feita uma peça de cerâmica, a queima natural para fazer esse artefato faz com que a luminescência seja apagada (zerada), eliminando a radiação acumulada nesses cristais. Essa é considerada a idade zero do objeto, quando é realizada a datação pelo método de datação por termoluminescência (TL), um dos métodos mais utilizados, segundo Azevedo (2011), para datação de cerâmica por considerar os materiais inorgânicos (no caso do quartzo) presentes na composição dos cerâmicos. Caso ocorra um incêndio, como ocorreu na Biblioteca Assurbanipal II, em Nínive, a cerâmica presente no local tem seus cristais de quartzo mais uma vez zerados de luminescência e, se for realizada uma datação, ela precisa considerar que o documento, ainda que aparentemente seja mais antigo, terá resultados objetivos de datação a partir da data da última queima.

Nesse mesmo período, por volta de 3.500 a.C., surgiram os hieróglifos na área do atual **Egito**, tipo de escrita dominada apenas pelos poderosos da sociedade, como escribas e sacerdotes. Essa forma de escrita foi utilizada posteriormente no período da formação do Império do Antigo Egito, que teve início por volta de 3.100 a.C. Em meados de 2.500 a.C., ainda na área territorial do Império Egípcio, surgiram os papiros (*cyperus papyrus*), que eram elaborados a partir da planta papiro, que tinha o miolo cortado em finas lâminas, secas, mergulhadas em água por seis dias, secas novamente, organizadas em fileiras horizontais e verticais, sobrepostas umas nas outras para formar uma longa fita e depois enroladas (UFMG, 2010).

Nesses papiros, foram escritos relatos sobre anatomia humana e técnicas cirúrgicas relacionadas à mumificação, permitindo um melhor conhecimento dos órgãos, como olhos, cabeça, dentes, fígado e intestino (papiro de Smith - ~1700 a.C.); também foram descritos usos de magia associada à religião (papiro de Ebers - ~1534 a.C.; e papiro de Berlim – entre 1350 e 1200 a.C.). O papiro de Ebers, em especial, foi denominado o papiro farmacêutico, pois os rituais religiosos serviam para descrever também a prescrição de determinado preparado. O ambiente considerado era, de fato, o sobrenatural, pois, segundo os egípcios, as doenças eram causadas pelos deuses ou espíritos ruins (Silva; Rufino, 2017).

Os poemas gregos de Homero, a *Ilíada* e a *Odisseia*, são os primeiros escritos a apresentar a **medicina grega**, ao narrarem os inúmeros ferimentos de guerra e descreverem suas formas de tratamento (Machado, 2015).

Na **China**, apesar de as primeiras referências escritas sobre sua forma de cura terem sido gravadas em ossos por volta de 6000 a.C. (Machado, 2015), somente por volta de 500 a.C. o modelo do que hoje se entende por Medicina Tradicional Chinesa começou a ser organiza-

do, ainda que já estivesse presente naquele povo há séculos. Durante o período dos Reinos Combatentes, surgiu uma filosofia natural, que evidenciava o caráter qualitativo da ciência chinesa, com conceitos como *Qi (ch'i)*, *Yin*, *Yang*, *Wu Xing* (cinco fases).

As primeiras elaborações teóricas surgiram com Jing Luo, que trabalhou os canais de circulação de *Qi* (que se popularizaram com a denominação de meridianos). Outras concepções também apareceram, como as dinâmicas vitais nos estados de saúde ou de enfermidade, a necessidade de realizar exercícios físicos e utilizar moxabustão, fármacos e agulhas para auxiliar na cura. Também nesse período passaram a ser trabalhadas as noções de *Zang Fu* (órgãos e vísceras) e de como estas são influenciadas pelo ambiente e pelas emoções (fatores patógenos externos e internos, respectivamente), além dos primeiros registros de diagnose através das noções de frio e calor, relacionadas à teoria do Yin e Yang (Magaldi, 2014).

Entre 500 a.C. e 200 d.C., a **medicina indiana *Āyurveda*** desenvolveu-se, e sua história está relacionada a Brahman, que foi o autor do livro *Caraka Samhitā* (compêndio de Caraka), o qual, junto a outras obras, é considerado o mais antigo registro descrito dessa tradição (Damião Neto, 2013). Essa tradição também influenciou o território do atual **Paquistão**.

Mota e Barros (2015) afirmam que a **medicina japonesa** tem sua origem por volta dos 3000 a.C., no território que atualmente se denomina Japão. Porém, Melo (2022) defende que a medicina japonesa se organizou apenas por volta de 500 d.C., influenciada inicialmente pelas medicinas chinesa e coreana; e, posteriormente, pela medicina europeia, em especial, a holandesa.

Essas são algumas referências antigas para o desenvolvimento de formas de cura que influenciaram algumas das atuais terapias integrativas, complementares ou mesmo naturais nos séculos xx e

xxi, como: acupuntura, apiterapia, ayurveda, fitoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, meditação, técnicas da medicina tradicional chinesa, reiki, shantala, termalismo social e yoga.

Outro grupo de práticas surgiu no final do século xviii (por volta de 1796), com ápice no século xx. Alguns países, como França, Inglaterra, Estados Unidos, Suíça, Áustria, Alemanha e Rússia, também contribuíram com algumas das práticas integrativas e complementares conhecidas e aceitas no Brasil atual, como: aromaterapia, arteterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, dança circular, homeopatia, medicina antroposófica, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, ozonioterapia, quiropraxia, reflexoterapia e terapia de florais.

Ainda no século xx (décadas de 1960-70), em meio ao movimento de contracultura, países da América do Sul, como o Chile e o Brasil, fizeram surgir a biodança e a terapia comunitária integrativa.

Amaral (2000 *apud* Toniol, 2016) afirma que essas fases e essas práticas foram unidas por um campo de discurso variado, que está relacionado: a) aos curiosos do oculto, do movimento esotérico, que se estabelecem. de fato, no século xix a partir da união de religiões orientais, populares e indígenas (mas a ideia já existia no século xviii); b) ao discurso do autodesenvolvimento interligado a experiências místicas e filosofias holísticas (século xix e xx); c) à contracultura e sua proposta, relacionada às comunidades alternativas (ápice na década de 1960); d) ao discurso ecológico (a partir da década de 1960); e e) à reinterpretação *yuppie* de uma espiritualidade centrada na perfeição interior, a partir do *new age*, e que servem para treinamento de recursos humanos em empresas capitalistas (teve seu ápice na década de 1980).

Ao se observar o Apêndice A, nota-se que essas práticas estariam relacionadas a três períodos peculiares, mas também a porções específicas do globo.

Inicialmente temos as antigas culturas orientais, com seus países de inspiração das PICS, entre os quais estão China, Índia, Egito, Grécia, Japão, Paquistão e Mesopotâmia (atuais Síria, Iraque e Turquia).

Em um segundo momento, os envolvidos com o ocultismo e os movimentos esotéricos de alguns países do continente europeu (França, Inglaterra, Suíça, Áustria, Alemanha, Rússia) e dos Estados Unidos da América, no continente americano, resgatam essas religiões orientais e as submetem a uma nova roupagem, a partir da junção com o discurso do autodesenvolvimento, o que corresponde a modernas teses de divulgação científica.

Em um terceiro momento, temos países da América do Sul (chile e Brasil) que unem as ideias do movimento de contracultura, do discurso ecológico e da reinterpretação *yuppie* (*young urban professional*) com os movimentos anteriores. Esse conjunto de ideias influencia a criação das práticas integrativas e complementares atuais.

DAS PISTAS AOS FATOS: CONTEXTUALIZAÇÃO DAS ARTES DE CURAR

Neste capítulo, serão apresentados os resultados das pesquisas em referências voltados à problemática para poder chegar a um olhar geográfico da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Entendam-se políticas públicas como um campo de conhecimento que coloca o governo em ação para propor mudanças no rumo ou curso de situações específicas (souza, 2006). Em acordo com Secchi, Coelho e Pires (2020), essa política é entendida como estatista, pois é oriunda de atores estatais, ainda que sirva para o setor público e o privado; entende-se também que possui uma orientação de ação ou inação, uma diretriz; e as diretrizes podem ser apresentadas em variadas escalas geográficas, ou seja, uma política federal, estadual ou municipal é considerada política pública.

A arte de cuidar da saúde no Brasil teve início com as práticas de cura dos pajés entre os indígenas, acrescidas às formas de cuidar europeias e africanas de cuidados com a saúde, após o século XVI. Em todo o período colonial, essas práticas conviveram, de forma pacífica ou conflituosa, a depender dos interesses vigentes (Chaloub; Marques; Sampaio; Galvão Sobrinho, 2003).

A primeira mudança significativa nesse contexto foi a vinda da Família Real para o Brasil, quando a medicina, então considerada científica (ou biomedicina), passou a ser considerada oficial, sendo as outras formas de cuidado com a saúde submissas ou mesmo entendidas como uma contravenção ou crime. No entanto, essa coibição não foi capaz de extinguir as várias artes de cuidar da saúde já existentes no país (Chaloub; Marques; Sampaio; Galvão Sobrinho, 2003).

No século xx, a biomedicina foi norteadora da organização do sistema de saúde no Brasil (pereira, 2001), que se utilizou de vários modelos assistenciais, dentre os quais se destacaram o assistencial sanitaria, o médico assistencial privatista e os alternativos (Paim, 1999), gerando paisagens e territorialidades específicas (pereira, 2011).

Percebe-se que, apenas nas últimas décadas do século xx, com a emergência do paradigma da promoção ou paradigma da saúde (Luz, 2009), a arte de cuidar da saúde passou a ser considerada pelo Estado em sua multiplicidade de influências, sendo mais um modelo alternativo de saúde, o que nos remete à indagação de como chegamos a esses paradigmas e aceitação dessas práticas. A resposta a essa questão pode ser fundamentada a partir de alguns eventos históricos (Tabela 1).

Essa tabela corresponde, como todo modelo esquemático, a uma leitura superficial da complexidade econômica, política e social existente em cada recorte temporal, sendo este também apenas uma simplificação.

TABELA 1 - SÍNTESE HISTÓRICA DOS EVENTOS QUE INFLUENCIARAM AS PRÁTICAS DA ARTE DE CUIDAR DA SAÚDE

(Continua...)

EVENTO	PERÍODO	SÍNTESE - MUNDO	SÍNTESE - BRASIL
PAZ DE WEST-FALIA	1648 - 1945	Período de expansão colonial, formação dos Estados-Nação, guerras religiosas e acúmulo de capital	Da colonização e formação do arquipélago mercantil à urbanização e às políticas sanitarias
GUERRA FRIA	1945 - 1991	Da emergência do domínio norte-americano à consolidação de uma economia global	Das políticas desenvolvimentistas e minimização da participação do Estado-Nação a gestões tecnicistas

EVENTO	PERÍODO	SÍNTESE - MUNDO	SÍNTESE - BRASIL
CHOQUE DE CIVILIZAÇÕES	1991 - 2009	Do desenvolvimento técnico-científico e informacional à flexibilização do capital (democracias liberais)	Do movimento glocalizante (ações locais definidas por órgãos globais – ONU, OMS, OMT, etc.) à emergência dos novos movimentos regionalistas
SOCIEDADES EM REDE	2010 - ATUAL	Da expansão das políticas neoliberais às gerações populistas (democracias iliberais ou democracia sem direitos ou direitos sem democracia)	Fragilização democrática (extremismo bipolar) e emergência de gestão populista com fragilização de movimentos sociais e ambientais

Fonte: Bauman (2001), Castells (2017), Castro (2009), Gomes (2002), Harvey (2010), Huntington (1997), Mendonça (1998), Mounk (2019), Souza (2015), Souza (2018), Vesentini (2009).

Esses períodos históricos lineares tiveram relação com, pelo menos, estes aspectos: a evolução dos direitos humanos e as mudanças na regionalização mundial e na legislação internacional, sendo as temporalidades propostas específicas, porém integradoras. Na primeira, a evolução do conceito e da legislação sobre direitos humanos permitiu que, a cada avanço, se expressasse uma maior pluralidade cultural, tendo como consequência uma gradual aceitação da diversidade das formas de cura. Na segunda, a partir de cada regionalização mundial, o intercâmbio entre culturas, saberes e valores fez com que determinada área do globo pudesse concentrar maior riqueza, causando uma grande concentração de renda. Essa situação gerou a necessidade de “permitir” que fossem institucionalizadas as formas de cura mais tradicionais e baratas, as quais diminuíssem o déficit de pessoas sem acesso a tratamento de saúde (WHO, 1978).

Já o terceiro aspecto impulsiona as discussões iniciadas na década de 1970 no âmbito da Organização Mundial de Saúde (OMS), as quais

recomendavam, de forma proativa, que as ideias fossem discutidas e implementadas em forma de legislação nos Estados.

DIREITOS HUMANOS

Um dos aspectos considerados, a evolução dos direitos humanos, teve início em 1648, com a assinatura de um acordo em que se reconheceram alguns direitos humanos, entre os quais, o direito ao culto religioso como algo individual no mundo ocidental. Esse acordo foi denominado a Paz de Westfalia e deu início ao conceito de direitos humanos (Reis, 2004). Após esse momento, surgem alguns desdobramentos, os quais Reis (2004) dividiu nas fases de positivação, generalização, internacionalização e especificação, explicadas como se segue no texto.

Na fase de positivação, há alguns documentos como a Declaração da Independência dos Estados Unidos da América - EUA (1776 - Declaração dos Direitos da Virgínia); a Revolução Francesa (1789 – Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão); e a Constituição dos EUA (1791 - 10 primeiras emendas da Revolução Francesa estavam contidas na Constituição). Esses documentos impulsionaram outros países a fazerem o mesmo posteriormente.

Na fase de generalização (séc. XIX), os direitos humanos passaram a ampliar-se por classes sociais, proporcionando igualdade entre todos por intermédio dos direitos de segunda geração (econômicos, sociais e culturais). A fase de internacionalização (séc. XIX até a primeira metade do século XX) fez com que a discussão passasse para uma agenda internacional, surgindo os primeiros tratados de direitos humanos. Já na fase da especificação (após 1945), houve a determinação seletiva de alguns direitos (deficientes físicos, mulheres, migrantes, refugiados, crianças, idosos, etc.).

Esses direitos continuam a ser debatidos para, em várias tentativas, fazer com que essas leis sejam executadas, ainda que haja enorme resistência por parte de quem não está incluído nas situações específicas.

MUDANÇAS NA REGIONALIZAÇÃO MUNDIAL E SEUS REBATIMENTOS NO BRASIL

A história vem sendo marcada por intensas mudanças nos direitos humanos, expressos em escalas regionais em diferentes regiões do globo (vesentini, 2009). No recorte iniciado com a Paz de Westfalia até os dias atuais, pode-se afirmar que tivemos, pelo menos, quatro grandes regionalizações mundiais, que podem ser denominadas de variadas formas a partir de critérios diversos.

A primeira delas (1648-1945) seria a da formação e do fortalecimento dos Estados Nacionais, os quais, além de se fortalecerem, ganharam novos territórios de denominação (vesentini, 2009). Passou-se a viver um padrão ocidental da história (conflitos entre reis/ depois entre nações/ entre interesses econômicos e ideológicos). Também se fez acreditar que as características locais influenciavam o modo como a humanidade se desenvolve, sendo a melhor explicação para as diferenças de riquezas e poder entre os lugares (castro, 2009).¹

A repercussão desse momento no Brasil se deu a partir de alguns eventos de conflitos étnicos decorrentes do processo de colonização (dizimação das etnias indígenas e escravidão indígena e negra) até a

[1]. Nesta fase histórica, vivia-se a perseguição da Igreja Católica através da inquisição aos que promoviam a cura através de plantas medicinais, pois era entendida como feitiçaria (Marques, 2003). Talvez por essa razão também fosse comum encontrar as famosas formulações secretas (preparos em que apenas o autor da formulação sabia a composição).

reestruturação produtiva expressa em relações de trabalhos precários, nos quais o direito à dignidade humana praticamente inexistia. Consoante a isso, o processo de urbanização e a conseqüente saturação desses espaços resultam na expansão de ocupações deficientes de serviços de saneamento, resultando na proliferação de doenças e mortalidade.

A segunda fase (1945-1991) teria como marco o final da Segunda Guerra Mundial até a dissolução da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS. Nesse período, a ordem mundial está ditada nas decisões relacionadas ao capitalismo e ao socialismo. Surge um mundo bipolar nas direções leste-oeste, que tem dois grandes centros de comando: os EUA e a URSS. Todavia, apesar da busca por um desenvolvimento econômico desenfreado por parte dessas duas grandes potências, surgem também iniciativas com o objetivo de preservar o meio ambiente, melhorar as condições de vida e garantir a paz, a exemplo dos movimentos ecológicos e do movimento *hippie* (Mendonça, 1998). No que diz respeito às ciências, um dos desdobramentos de tantas influências foi a abertura ao pluralismo temático e metodológico (Mendonça, 1998; Castro, 2009).

O rebatimento desses eventos para a realidade brasileira se materializou no campo econômico (implementação de planos de desenvolvimento voltados para a redução das desigualdades econômicas entre as regiões) e no campo político, expresso na participação mais efetiva do Estado no que concerne à promoção de políticas territoriais sustentadas em quatro prioridades (saúde, alimentação, transporte e energia). As questões de ordenamento territorial e equilíbrio ambiental são transferidas para a escala local, que passa a atuar a partir de um modelo tecnicista (decisões baseadas mais na razão do que na emoção).

Na terceira fase (1991-2009), há pelo menos duas grandes correntes explicativas da regionalização mundial, que podem auxiliar a entender a legislação vigente, sendo a primeira relacionada à expli-

cação do mundo bipolar socioeconômico (mundo bipolar norte-sul); e a segunda, ao mundo multipolar (choque das civilizações). Embora ambas auxiliem na explicação da problemática, a evidência do mundo múltiplo seria a mais propícia para explicar a evidência atual dos saberes tradicionais e alternativos na saúde coletiva.

De acordo com Huntington (1997), os conflitos deixaram de ser ideológicos (capitalismo *versus* socialismo) ou econômicos (disputa entre países ou blocos pelo domínio econômico), tornando-se principalmente culturais. Teríamos, por exemplo, a civilização ocidental contra a islâmica; a islâmica contra a hinduísta, que se revolta contra a chinesa – confuciana, entre outros conflitos.

Percebe-se, através da observação em noticiários da mídia, que esses conflitos de civilizações em escala mundial se reproduzem em escalas menores, fazendo com que a cultura dos vencedores prevaleça sobre a dos vencidos. Contudo, a evolução das ideias e ações dos direitos humanos rebatem na necessidade de aceitar o outro, o que também implicaria aceitar as medicinas tradicionais e alternativas, com o argumento de aumentar o acesso ao tratamento de doenças ou à cura.

A minimização do poder de decisão dos Estados-Nação no tocante a questões de princípios morais da dignidade humana exerce uma influência significativa nas definições das políticas públicas no Brasil. Esse movimento glocalizante – ações locais deliberadas por organizações mundiais (organização das Nações Unidas - ONU, Organização Mundial da Saúde - OMS, Organização Mundial do Turismo - OMT, Agenda 21, Agenda 2030, etc.) – incentiva, por um lado, a inclusão de novos sujeitos sociais na luta pela igualdade e dignidade da condição humana e pela sustentabilidade ambiental. A inclusão do Brasil nesse contexto materializa-se nos tratados assinados pelo chefe de Estado desde a Eco-92. A promoção da saúde (bem-estar social) torna-se uma responsabilidade de todos, mas dever do Estado. Para

isso, consolidam-se políticas de formação de agentes de saúde e de vigilância ambiental.

Na primeira década do século XXI e início da segunda (2010-atual), vivencia-se uma dualidade de pensamentos expressa em vários tipos de acontecimentos, explicados como reflexo de pensamentos que são apresentados por determinado grupo, aparentemente invisível, e apropriados por pessoas que estão mais vulneráveis a esses pensamentos e que utilizam as redes sociais. Apesar de inicialmente serem redes invisíveis, tornam-se visíveis, pois se concretizam repentinamente no espaço através de passeatas e movimentos reivindicatórios de mudanças do status atual (Bauman, 2001; Castells, 2017; Gomes, 2002; Mounk, 2019; Souza, 2015). Geralmente são movimentos em que o discurso das ruas é de cunho ideológico, fragmentado e superficial, mas que, devido a serem impulsionados por um grupo que possui controle das redes, estarem fortemente conectados e ter metas bem definidas, conseguem ter grande repercussão e direcionar mudanças de cunho político, ideológico e financeiro, de acordo com a vontade de quem controla as redes (Tabela 2).

No Brasil, os efeitos dessa sociedade em redes resultam nos movimentos sociais de 2013, no questionamento das eleições presidenciais em 2014, na abertura do processo de *impeachment* da então presidente Dilma Rousseff (2014-2016), passando o poder a Michel Temer (2016-2018), e na emergência de uma gestão de extrema direita que, nas eleições de 2018, passa a ser representada pelo presidente Jair Bolsonaro (2019-2022), governo que minimizou a responsabilidade do Estado quanto às políticas de promoção da saúde, políticas de educação e políticas de preservação ambiental, a partir de questionamentos sobre a eficiência das ONCs e da relevância da participação do Brasil em tratados e acordos mundiais. O movimento iliberal, pautado na fragilização dos princípios democráticos, estrutura-se em uma rede

ideológica evidenciada no mundo ocidental, tendo como principal alvo posicionamentos socialistas e direitos humanos garantidos ao longo do século XX nas mais diferentes frentes de luta pela igualdade social.

Entre os fenômenos apontados na Tabela 2, pode-se observar inicialmente o embate entre a globalização e a revalorização do local, que se transforma, nessa última década, em um sistema político global de freios e contrapesos para limitar e regular as forças econômicas globais, formando uma nova ordem supranacional (Bauman, 2001), expressa no enfraquecimento do Estado-Nação e no ressurgimento dos regionalismos, tendo as fronteiras como separação. Na década de 2010, esses regionalismos fazem surgir fronteiras que servem de nós de uma rede global, o que seriam as regiões (trans)fronteiriças ou fronteiras com filtro (Souza, 2018).

TABELA 2 - FENÔMENOS IMPORTANTES E CONTRADITÓRIOS QUE OCORRERAM A PARTIR DE 1991

(Continua..)

ENTRE 1991 E 2009		DE 2010 A 2022	
GLOBALIZAÇÃO	X	GLOCALIZAÇÃO	Nova ordem supranacional
ENFRAQUECIMENTO DO ESTADO-NAÇÃO	X	RESSURGIMENTO DE REGIONALISMOS COM FRONTEIRAS SEPARATISTAS	Movimentos regionalistas com formação de fronteiras com filtro
AUMENTO DA CIRCULAÇÃO INTERNACIONAL DE MERCADORIAS	X	MAIOR CONTROLE DAS FRONTEIRAS	Guerras comerciais e embargos econômicos em relação a países que não seguem a ordem mundial atual/ Formação da sociedade em redes (espaço de fluxo de informações x espaço de lugares)
ESMAECIMENTO DAS REGIÕES	X	RENASCIMENTO DOS REGIONALISMOS	Advento dos monoespaços e dos genoespaços

(Continuação)

ENTRE 1991 E 2009		DE 2010 A 2022	
EXPANSÃO DA DEMOCRACIA	X	INTENSIFICAÇÃO DA POBREZA/ NEOLIBERALISMO	lIberalismo ou democracia iliberal (ressurgimento da democracia sem direitos)
FORTALECIMENTO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E DOS DIREITOS DA CIDADANIA	X	AMPLIAÇÃO DA EXCLUSÃO	Esmaecimento dos movimentos sociais

Fonte: Bauman (2001), Castells (2017), Castro (2009), Gomes (2002), Harvey (2010), Huntington (1997); Mendonça (1998), Mounk (2019), Souza (2015), Souza (2018), Vesentini (2009).

De acordo com a tabela de referências apresentada, podem-se resumir os eventos da seguinte forma:

O aumento da circulação internacional de mercadorias é contraditoriamente o tempo em que começa a se fortalecer o controle das fronteiras entre 1991 e 2009. A partir de 2010, surgem as guerras comerciais e os embargos econômicos, e a sociedade em redes é ainda mais fortalecida, formando-se cidades-globais com alguns núcleos urbanos no topo da hierarquia (Sassen, 1993). Seria um processo que conecta serviços avançados, centros produtores e mercados em uma rede global com intensidades diferentes e em diferentes escalas (Castells, 2017), no qual se considera que “grandes cidades prestam serviços e unem regiões industriais à economia mundial” (Agnew, 2000, p. 105).

Nas décadas de 1990 e 2000, ocorre ao mesmo tempo o esmaecimento das regiões e o nascimento de regionalismos, que têm como resultado, na década seguinte (2010), o advento dos monoespaços e dos genoespaços, como apresentado por Harvey (2010).² Esses monoespaços seriam unidades autônomas, com variadas gamas e níveis

[2]. No tocante a esse debate, T. R. (1991) propõe uma “ecografia regional”, a qual expressa um mundo em que os sujeitos não possuem mais capacidade de agência.

de expectativas, interesses, propostas e práticas sociais. O genoespaço seria uma segregação social que qualifica o território, prevalecendo o coletivo sobre o indivíduo, ou seja, independentemente de onde as pessoas habitam, são seus grupos de origem que fundamentam e servem de guia para o julgamento de suas ações.

Num primeiro momento (década de 1990 e 2000), ocorre simultaneamente a expansão da democracia em vários países e a intensificação da pobreza a partir do neoliberalismo, culminando, na década de 2010, com o denominado iliberalismo ou democracia iliberal, que seria uma democracia em que não há direitos (Mounk, 2019).

Entre 1991 e 2009, ocorre o fortalecimento dos movimentos sociais e dos direitos da cidadania em contradição com a ampliação da exclusão; na década seguinte, ocorre o enfraquecimento dos movimentos sociais, ampliando-se ainda mais a exclusão.

Entre os fenômenos apontados na Tabela 2, a condução da globalização e da revalorização, culminando em uma nova ordem supranacional, é um dos itens importantes para nosso tema. A globalização econômica teve como uma de suas consequências a globalização cultural, fenômeno que decretaria o fim da cultura local e com menor poder aquisitivo (cultura dos vencedores sobre os vencidos). Enquanto isso, a partir do reconhecimento de que o que eu entendo como meu direito não necessariamente contempla o outro, surge o relativismo cultural, que implicaria, por consequência, o relativismo das formas de cura.

Para Agnew (2000, p. 102), a globalização se expressa de forma desigual entre os países ricos e pobres, em que a relação espaço-tempo é expressa de forma igualmente distinta. No mundo dos ricos, o espaço perde sua restrição devido a ser virtualmente instantâneo a partir das novas tecnologias de telecomunicações e transporte, tendo como consequência uma cultura global emergente, desterritorializada, em que o espaço de fluxos cada vez mais substitui o território e

as regiões. No mundo dos pobres, a diferença geográfica continua, o espaço confina os residentes, que pode ser um confinamento pessoal, local, regional ou nacional. Dessa forma, os conceitos de território e região são mais importantes.

Como síntese deste capítulo, percebe-se que, a partir dessas bases históricas, nesse período, houve um dualismo entre a cultura dos vencedores sobre a cultura dos vencidos de um lado; e a necessidade de entender cada escolha individual e cada cultura a partir de sua própria estruturação. Essa dualidade, associada à criação da Organização Mundial da Saúde, possibilitou a organização de eventos e recomendações no sentido de melhorar a saúde geral dos mais vulneráveis e a aprovação de leis relacionadas a essa pluralidade nas formas de cura no Brasil. No entanto, o baixo acesso ao serviço de saúde convencional ou biomédico também pode ser interpretado, em parte, como resistência cultural e não apenas precariedade da atenção, quando se consideram as comunidades quilombolas, indígenas e seus descendentes aqui no Brasil, por exemplo? Isso não se estenderia a outros países e culturas? Qual a situação dessas tensões culturais na atualidade?

Quando se remete à situação atual, apropriando-se do entendimento de Huntington (1997) sobre o choque das civilizações e a evolução de direitos humanos, percebe-se que as bases culturais e suas formas de cura ficaram latentes, perderam muitos de seus curadores e até parte da credibilidade por parte da própria cultura, porém há um grupo em cada civilização que acredita em sua forma de cura e resiste, seja continuando as práticas de cura, seja buscando as pessoas que as dominam, daí o resgate dos saberes tradicionais e alternativos, que está ocorrendo em nossa sociedade do século XXI.

BASE LEGISLATIVA NO USO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

No que diz respeito à base legislativa internacional, durante a Conferência de Atenção Primária em Saúde, ocorrida em 1978, em Alma-Ata - URSS, a concepção de promoção da saúde passou a ser associada à revalorização das práticas de medicina tradicional e à valorização das medicinas complementares e alternativas, sendo observado que grande parte da população mundial recorre ao uso de práticas tradicionais, em sua maioria plantas medicinais, como recurso terapêutico (WHO, 1978). Na década de 1980, muitas práticas terapêuticas denominadas alternativas foram incorporadas aos sistemas médicos oficiais, passando a ter a denominação de medicina complementar (Barros; Siegel; Otani, 2011).

Em 2002, com a publicação da Organização Mundial de Saúde intitulada *Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2002-2005* (2002), houve maior impulso para que, no Brasil, fosse implantada uma política relacionada ao tema, sendo a maior evidência disso a publicação, ainda em 2002, do *Caderno de Atenção Básica sobre Práticas Integrativas e Complementares* (Brasil, 2002)¹.

Em 2006, foi implantada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que trata de recomendar, no seu artigo 1º, Parágrafo Único, “a adoção, pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do

[1]. Este manual foi atualizado com o lançamento de *Traditional Medicine Strategy 2014-2023*, devido ao aumento do interesse dos países e à necessidade de reatualizar os objetivos. Os dois objetivos principais passam a ser: a) apoiar os estados-membros no aproveitamento e contribuição potencial da Medicina Tradicional e Complementar - MI&C - para a saúde e bem-estar, centrada nas pessoas e o cuidado com a saúde; b) promover o uso seguro e eficaz da MI&C por meio da regulamentação de produtos, práticas e profissionais (WHO 2013).

Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares” (Brasil, 2006b, p. 1-2).

No Brasil, as práticas que foram acolhidas inicialmente pelo Governo Federal foram: acupuntura, homeopatia, plantas medicinais/ fitoterapia e termalismo social/crenoterapia (Brasil, 2006b). Ainda em 2006, foi acrescentada a antroposofia (Brasil, 2006c). Estas últimas, termalismo social e antroposofia, estavam apenas incluídas no sentido de serem observadas, não exatamente reconhecidas.

No ano de 2017, foram integradas as seguintes práticas ao SUS: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga (Brasil, 2017b).

Enquanto em 2018, foram reconhecidas: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia (Brasil, 2018). Neste ano de 2018, passaram a ser reconhecidas 29 práticas, salientando que foram incluídas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) devido a sua presença contínua e informal no serviço público. Sendo realizada essa formalização, o serviço pôde ser incluído como procedimento passível de pagamento ao profissional. A partir dessa legislação, é possível observar que suas origens culturais são variadas, tanto de países centrais quanto de países periféricos, da mesma forma que têm origens culturais e religiosas diversas (Apêndice A).

Uma questão interessante é que, na medida em que essas práticas foram sendo incorporadas pelo SUS, passaram a ser regulamentadas como sendo práticas prioritariamente de responsabilidade do profissional de saúde, sendo um novo nicho de mercado do setor da saúde, conforme observado em discussões no âmbito de eventos científicos,

como o Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CONGREPICS, 2018), o Simpósio Nacional de Geografia da Saúde (eixo das Práticas complementares/ alternativas em saúde) (GEOSAÚDE, 2019) e o Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (CT 23 – Práticas Integrativas e Complementares – PICS, Educação Popular e Promoção da Saúde na Construção Compartilhada do Bem Viver) (ABRASCO, 2019).

Vale salientar que a Política das Práticas Integrativas e Complementares no Brasil abrange a terapia natural e a terapia holística. As terapias naturais podem ser consideradas como métodos, técnicas e princípios, conhecimentos ou leis naturais que visam à normalização das pessoas (Cariacica, 2015). Enquanto a terapia holística é um tipo de terapia que se baseia na visão holística, ou seja, busca integrar a pessoa tanto individual (biológico, emocional, espiritual) quanto coletivamente (sociedade em que vive) (Paiva, 2004; Significados, 2018).

Nesse contexto, holismo seria um ponto de vista que busca estudar o todo sem dividi-lo (Mariotti, 2000) ou uma visão interdependente em “que todos os fenômenos ou eventos se interligam e se inter-relacionam de forma global” (CREMA, 2015, p. 88). Em outras palavras, o holismo pode ser entendido como uma concepção de mundo, uma cosmovisão, que entende todos os eventos como interdependentes, tanto horizontal (formando redes) quanto verticalmente (em escalas diferenciadas e hierárquicas com sentidos sinérgicos).

No que diz respeito à adesão de políticas municipais sancionadas no Brasil relacionadas à PNPIC, apesar de o relatório do Ministério da Saúde ter afirmado que vários estados e municípios já haviam aderido à PNPIC-Municipal (Brasil, 2011), sabe-se que essa adesão pelo Sistema Único de Saúde não abrange ainda todos os municípios.

Em levantamento realizado na internet em junho de 2017, a partir dos descritores “PIC, municipal”, “lei municipal, PIC”, “município, PIC,

terapias”, “práticas, PIC, município”, foram aproveitados os resultados que apareceram nas três primeiras páginas e utilizou-se uma análise de conteúdo para entender as presenças e ausências nesses documentos (Pereira, 2020).

Observando os projetos de lei e as leis disponibilizadas na internet, a partir dos descritores já apresentados, foi possível identificar 21 tipos de informações em 12 documentos. Dessas, as mais relevantes para o tema foram: a) descrição das práticas que serão incluídas (91,67%); b) competências do programa/objetos (75%); e c) ações para implantação como responsabilidade municipal (75%)² (Tabela 3).

TABELA 3 - ESTRUTURA GERAL DOS PROJETOS DE LEI E LEIS MUNICIPAIS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

(Continua...)

ESTRUTURA GERAL	QUANT.	%
Cabeçalho	12	100,00
Número	12	100,00
Autor	2	16,67
De que se trata/ ementa	12	100,00
Menção de que foi aprovado na Câmara Municipal e o prefeito que sancionou	8	66,67
Autorização para o Poder Executivo criar o Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PMPICs	4	33,33
Menção de como será a estrutura do Programa Municipal	3	25,00
Objetivos	7	58,33

[2]. Ao mostrar essa relevância, foram retirados da análise os itens “Cabeçalho”, “Número”, “De que se trata/ ementa”, “Autorização”, “Período para que a lei entre em vigor” e “Local/assinatura”, presentes nas leis em geral. Todavia, os itens estão demonstrados no quadro supracitado.

ESTRUTURA GERAL	QUANT.	%
Definições (Práticas integrativas e complementares/ terapia natural, etc.)	7	58,33
Competência do programa/objetos	9	75,00
Descrição das práticas que serão incluídas	11	91,67
Competências do programa/ objetos	9	75,00
Descrição das práticas que serão incluídas	11	91,67
Como se dará o exercício da atividade profissional	2	16,67
Normativas em que se baseia	7	58,33
Definição de como devem ser as despesas para execução	8	66,67
Forma como será executada (descentralizada)	4	33,33
Ações para implantação como responsabilidade municipal	9	75,00
Ações intersetoriais	7	58,33
Autorização/ Previsão para o Poder Executivo regulamentar a lei	1	8,33
Autorização para o Poder Executivo regulamentar por decreto as disposições da lei	1	8,33
Período em que a lei entra em vigor	12	100,00
Local, data e assinaturas	12	100,00

Fonte: Aripuanã (2015), Cariacica (2015), Cordeiro (2011), Cuiabá (2007), Nobres (2014), Nova Lima (2014), Paraty (2015), Ribeirão Preto (2013), Rio Grande (2013), Santa Rita de Jacutinga (2014), São João Del Rei (2013), Uberlândia (2013).

A descrição das práticas incluídas refere-se às práticas integrativas e complementares que estarão inclusas na política local, ainda que nem sempre combinem com o que está colocado na lei federal, pois dependem da demanda local da população e da existência de recursos humanos qualificados. As competências ou os objetos referem-se aos objetivos ou metas a serem atingidos com a Política Pública. E as ações

para implantação têm relação com o planejamento municipal mais prático para a política.

No que diz respeito às políticas públicas, estas estão apresentadas como uma extensão, um anexo ou um detalhamento da lei. Das políticas disponibilizadas (estaduais ou municipais), foram identificados oito documentos. Destes, foram observados 54 tipos de informações (tabela 4).

TABELA 4 - ESTRUTURA GERAL DAS POLÍTICAS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

(Continua...)

ESTRUTURA GERAL	QUANT.	%
Capa	2	25,00
Créditos (prefeito, cargos comissionados e equipe técnica)	1	12,50
Cabeçalho	3	37,50
Número (portaria, normativa/lei)	4	50,00
De que se trata/ Ementa	4	50,00
Menção da autoridade do autor para criar a política	3	37,50
Razão de ter sido elaborada	1	12,50
Relação das PICS com a promoção da saúde	2	25,00
Evolução das PICS no Brasil – ações e políticas	1	12,50
Evolução das PICS pela legislação	1	12,50
Histórico da formação	1	12,50
Normativas em que se baseia/ contexto	8	100,00
Afirmção de que será uma política setorial/transversal e com quais setores	5	62,50
Definições (promoção da saúde/saúde ampliada)	2	25,00
Conceitos de práticas integrativas e complementares - PIC	5	62,50

ESTRUTURA GERAL	QUANT.	%
Conceitos ou menção das várias práticas incluídas	3	37,50
Explicação sobre a denominação alternativa/ complementar/ integrativa	1	12,50
Caracterização do município (perfil demográfico, localização e aspectos econômicos, condições de vida, transporte, habitação, educação, indicadores econômicos, saúde)	1	12,50
Benefícios	1	12,50
Grau de abrangência	1	12,50
Objetivo do documento	2	25,00
Objetivos da Política Municipal de Práticas Integrativas	5	62,50
Origem da discussão	1	12,50
Demanda da população	1	12,50
Perfil da clientela	1	12,50
Descrição das práticas que serão incluídas	5	62,50
O que facilitou o processo de expansão (vantagens)	1	12,50
Como as PICS podem ser utilizadas	1	12,50
Avanços obtidos	1	12,50
Distribuição das PICS no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde)	1	12,50
Atribuições da Secretaria Estadual de Saúde	1	12,50
Histórico das PICS na Unidade da Federação/ no Brasil	2	25,00
Objetivo do Centro de Práticas Integrativas e Complementares	1	12,50
Menção da necessidade da educação permanente (criação do Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas – NAPI, que funcionará segundo os pressupostos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família -NASF/Educação permanente)	2	25,00
Ações de capacitação	2	25,00
Forma de implantação (Centro de Referência/ UBS/ Centros de Saúde)	3	37,50

(Continuação)

ESTRUTURA GERAL	QUANT.	%
Nível do sistema em que será implantado (primário, secundário, terciário)	2	25,00
Coordenação política	1	12,50
Membros permanentes e transitórios que compõem a política das PICS	1	12,50
Forma de cadastramento do profissional (preenchimento de formulário, encaminhamento ao coordenador da unidade DS – Diretoria de Atenção Primária à Saúde)	1	12,50
Forma de registro de procedimentos específicos das PICS (fichas RAAI – RAAC com códigos próprios)	1	12,50
Forma de desenvolvimento das PICS de abordagem individual ou coletiva – em acordo com a regulamentação do conselho profissional	1	12,50
Informações do CNESS (Cadastro de Serviços Especializados do CNESS)	1	12,50
Ações de apoio	1	12,50
Panorama do que já existe no serviço municipal com a Lei Municipal	1	12,50
Sobre o grupo técnico que formulou a política, consoante com a lei do SUS	1	12,50
Diretrizes gerais	5	62,50
Estratégias gerais	6	75,00
Diretrizes e estratégias específicas para cada eixo de prática terapêutica	1	12,50
Competências institucionais dos gestores municipais	3	37,50
Competências administrativas das PICS	1	12,50
Instrumentos de avaliação e monitoramento das ações	1	12,50
Período em que entrará em vigor (mencionando a lei referente a essa política)	1	12,50
Referências	1	12,50

Fonte: Espírito Santo (2013), Florianópolis (2010), Guarulhos (2014), Natal (2016), Nobres (2014), Porto Alegre (2015), Recife (2012), São Paulo (2011).

Das informações encontradas, as mais frequentes foram: a) normativas em que se baseiam (100%); b) estratégias gerais (75%); c) diretrizes gerais (62,5%); d) afirmação de que serão uma política intersectorial (62,5%); e) conceito de práticas integrativas e complementares (62,5%); f) objetivos das PICS (62,5%); e g) descrição das práticas que serão incluídas (62,5%).

No que diz respeito às normativas em que se baseiam, as principais são relacionadas aos documentos da OMS (WHO, 1978; 2002), à Constituição Federal (Brasil, 1988), às PNPICS (Brasil, 2006b), à Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990) e à Portaria nº 84/2009 (Brasil, 2009). Essas leis normatizam o território quanto à forma como devem ser realizados alguns procedimentos de práticas integrativas e complementares ou princípios que combinam com essa forma de cura.

As estratégias gerais estão relacionadas a ações que devem ser realizadas para que determinada diretriz seja seguida. As diretrizes seriam uma necessidade apresentada no documento para que a política fosse implantada de maneira adequada.

Ainda que esteja presente em outros locais da política de maneira mais adequada, sempre é ressaltado que a intersectorialidade é o que pode fazer com que a política das PICS no município seja possível. Essa intersectorialidade pode ocorrer com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com os Centros de Saúde, com as Unidades Básicas de Saúde, entre outras.

O conceito de práticas integrativas e complementares também foi uma informação presente nos documentos. Os objetivos das PICS e a indicação das práticas a serem incluídas no Estado ou no Município foram outras informações relevantes nesses documentos.

Em relação às práticas integrativas e complementares, citadas nos 21 documentos (projetos de lei, leis e políticas), foram identifi-

cadadas 54 modalidades. Destas, destacam-se a fitoterapia brasileira (87,71%), a acupuntura (80,95%) e a homeopatia (71,43%) (Tabela 5).

A fitoterapia brasileira passou a ser revalorizada a partir da publicação da Organização Mundial de Saúde, em que se recomenda uma maior aceitação imediata. O Brasil adota essa forma de cura tradicional, com base no princípio ativo das plantas, a partir da industrialização e de uma série de critérios científicos (Brasil, 2006a, 2006b).

A acupuntura foi reconhecida como especialidade desde 1988 (Brasil, 2006b), ainda que já estivesse presente desde o início da migração de povos orientais para o Brasil.

A homeopatia já teve vários rótulos, entre os quais estão o de “saber médico marginalizado”, “especialidade médica”, “medicina de nossas avós” e, no momento, entendida como “terapêutica atualizada, integral, holística” (Luz, 2014). Atualmente se configura como uma das práticas de cura incluídas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (Brasil, 2006b). É uma prática de cura conhecida por quem se interessa por formas de cura diferentes da convencionalizada pela ciência.

TABELA 5 - TERAPIAS NATURAIS (TN) E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PIC) APRESENTADAS NAS LEIS E POLÍTICAS PÚBLICAS PUBLICADAS NA INTERNET ATÉ 2017³

(Continua...)

DESCRIÇÃO	QUANT. NAS LEIS	QUANT. NAS POLÍTICAS	TOTAL	%
Acupuntura (MTC) (TN/PIC)	11	6	17	80,95
Argiloterapia (TN)	0	1	01	4,76
Aromaterapia (PIC)	1	0	01	4,76
Auriculoterapia (MTC) (PIC)	0	1	01	4,76

[3]. Entre as Terapias Naturais (TN) e as Práticas Integrativas e Complementares (PIC), são apontadas as incluídas na Medicina Tradicional Chinesa (MTC).

DESCRIÇÃO	QUANT. NAS LEIS	QUANT. NAS POLÍTICAS	TOTAL	%
Automassagem (MTC) (PIC)	0	1	01	4,76
Bioenergética (PIC/TN)	2	0	02	9,52
Cromoterapia (TN/PIC)	2	0	02	9,52
Danças circulares (TN)	0	1	01	4,76
Diagnóstico clínico postural (PIC)	1	0	01	4,76
Fisioterapia (TN)	1	0	01	4,76
Fitoterapia brasileira (PIC)	11	7	18	85,71
Fitoterapia chinesa (MTC) (PIC)	0	2	02	9,52
Fitoterapia indiana (ayurvédica) (PIC)	0	1	01	4,76
Florais de Bach (PIC)	2	0	02	9,52
Fototerapia (PIC)	1	0	01	4,76
Geoterapia (TN/PIC)	2	0	02	9,52
Ginástica terapêutica e/ou laboral (PIC)	1	0	01	4,76
Hidroterapia (PIC)	1	0	01	4,76
Hipnose (PIC)	1	0	01	4,76
Homeopatia (PIC) (alemã)	8	7	15	71,43
Homeopatia popular (TN)	1	0	01	4,76
Iridologia (PIC/TN)	1	1	02	9,52
Lian Gong (MTC) (PIC)	0	1	01	4,76
Massagem ayurvédica (PIC)	0	1	01	4,76
Massagem terapêutica (TN)	0	1	01	4,76
Massoterapia (PIC)	1	0	01	4,76
Medicina antroposófica (PIC)	2	3	05	23,81
Medicina ortomolecular (PIC)	1	0	01	4,76
Medicina Tradicional Chinesa (PIC)	0	2	02	9,52
Meditação (MTC) (PIC)	0	2	02	9,52
Meditação (ayurvédica) (PIC)	0	1	01	4,76
Moxabustão (MTC) (PIC)	0	2	02	9,52
Música aplicada bioestimulatória (TN)	1	0	01	4,76

(Continuação)

DESCRIÇÃO	QUANT. NAS LEIS	QUANT. NAS POLÍTICAS	TOTAL	%
Naturopatia ou naturopatia (PIC)	1	0	01	4,76
Oligoterapia (PIC)	1	0	01	4,76
Orientação alimentar/dietoterapia chinesa (MTC) (PIC)	0	3	03	14,29
Orientação alimentar (ayurvédica) (PIC)	0	1	01	4,76
Plantas medicinais (TN/ PIC)	3	6	09	42,86
Práticas corporais em geral (PIC)	6	2	08	38,10
Processos de limpeza e desintoxicação (ayurvédica) (PIC)	0	1	01	4,76
Quiropraxia (PIC)	1	0	01	4,76
Reflexologia podal (TN)	0	1	01	4,76
Shantala (TN)	0	1	01	4,76
Tai Chi Chuan (MTC) (PIC)	0	1	01	4,76
Terapia Comunitária (integrativa) (TN/PIC)	2	2	04	19,05
Terapia Corporal (TN)	0	1	01	4,76
Terapia Quântica Freqüencial (TN)	0	1	01	4,76
Terapias de respiração (PIC)	1	0	01	4,76
Terapias florais (TN/PIC)	2	2	04	19,05
Trofoterapia (PIC)	1	0	01	4,76
Ventoterapia (MTC) (PIC)	0	2	02	9,52
Vivências lúdicas integrativas (TN)	0	1	01	4,76
Yoga (ayurvédica) (PIC)	0	1	01	4,76

Fonte: Aripuanã (2015), Cariacica (2015), Cordeiro (2011), Cuiabá (2007), Espírito Santo (2013), Florianópolis (2010), Guarulhos (2014), Natal (2016), Nobres (2014), Nobres (2014), Nova Lima (2014), Paraty (2015), Porto Alegre (2015), Recife (2012), Ribeirão Preto (2013), Rio Grande (2013), Santa Rita de Jacutinga (2014), São João Del Rei (2013), São Paulo (2011), Uberlândia (2013).

No que diz respeito às leis, elas são semelhantes, tendo sido possível observar uma grande regularidade em sua estrutura. Já com

relação às políticas, há muitos itens diferentes, seguindo a lógica dos componentes locais (profissionais de áreas variadas) que elaboram essa legislação.

Quando se fala nas práticas, elas também obedecem ao conhecimento específico e à origem cultural da comissão provisória da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPICS), à demanda da população local e à oferta de recursos humanos qualificados.

Das práticas destacadas (fitoterapia, acupuntura e homeopatia), são inúmeros os textos publicados sobre elas, não sendo possível aprofundar cada uma delas neste livro.

EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA NO SETOR PRIVADO E PÚBLICO - ESTUDO DE CASO

Neste capítulo, são mostrados dois estudos de caso no município de Campina Grande - PB em que foram observadas as práticas integrativas e complementares em saúde na área urbana do município, porém a primeira foi realizada no setor privado (2017-2018) e a segunda no setor público (2018-2019).

Enquanto procedimentos gerais, as duas pesquisas realizaram levantamento de referências e levantamento documental. Porém cada uma teve alguns procedimentos mais específicos, que serão explicados em cada item.

ADESÃO DA BASE LEGISLATIVA PELO SETOR PRIVADO

A base legislativa mencionada em capítulo anterior deu apoio à expansão de atividades que já existiam de forma isolada e sem regulamentação em vários municípios brasileiros.

Nesta pesquisa, foi realizado, de forma específica, o aproveitamento de uma pesquisa anterior (silva; Pereira, 2017; Souza; Pereira, 2016), com levantamento dos estabelecimentos na internet, trabalho de campo exploratório, trabalho de campo (aplicação de formulário e registro fotográfico) e elaboração de um banco de informações para posterior análise.

Essa pesquisa foi realizada pelo aluno do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC Gabriel Eloi Marinho Souto e

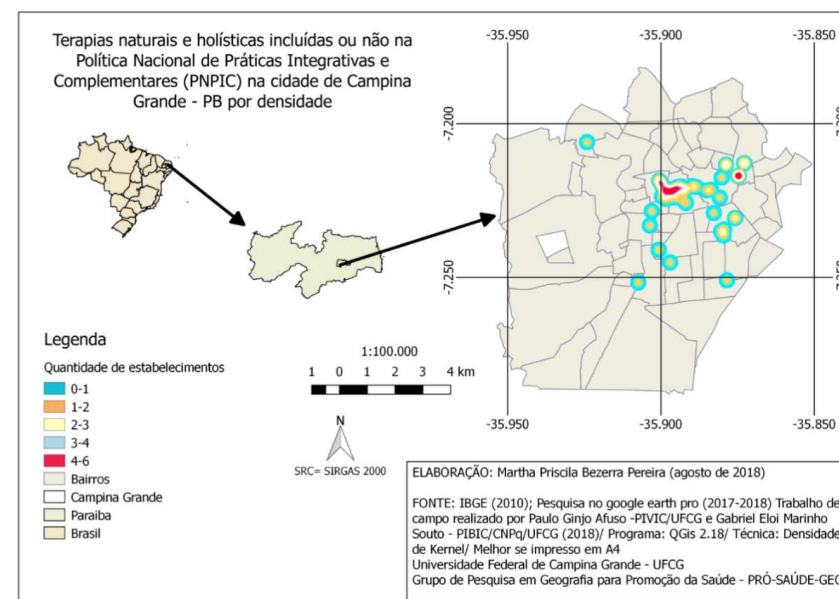
pelo aluno do Programa Institucional de Voluntariado em Iniciação Científica - PIVIC Paulo Ginjo Afuso (Pereira; Marinho; Afuso, 2019).

Nesse município, foram identificadas tanto as práticas naturais quanto as holísticas¹. As práticas encontradas foram: acupuntura e *tai chi chuan* (provenientes da China); *muay thai* (da Tailândia); medicina antroposófica (da Áustria); ayurveda e yoga (da Índia); *shiatsu* e *jiu jitsu* (do Japão); homeopatia e pilates (da Alemanha); osteopatia e quiropraxia (dos EUA); e neopilates (do Brasil). Nem todas as práticas estão incluídas na Política de Práticas Integrativas e Complementares em nível federal, mas são consideradas terapias naturais e/ou holísticas em outros locais do Brasil. Essas práticas estavam representadas em 36 estabelecimentos, nos quais foi possível aplicar formulários a 24 terapeutas e 45 usuários.

Percebeu-se que, no setor privado, predominam os procedimentos individuais nas áreas em que há grande circulação de pessoas ou mesmo em que a população tem melhor renda para pagar pelo serviço. Tais serviços estão principalmente na porção centro-leste da cidade (Mapa 2).

As práticas mais presentes são a acupuntura e o pilates. A partir do levantamento em campo, observou-se que essas práticas estavam presentes devido a algumas razões: a) apropriação de ideias de outras escalas geográficas; b) influência das ideias que são sugeridas de maneira proativa por instituições internacionais, como Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); e c) existência de uma rede de relações entre profissionais que agem como militantes de suas ideias de forma individual, divulgando resultados a partir de relatos de experiência.

MAPA 2 - TERAPIAS NATURAIS E HOLÍSTICAS INCLUÍDAS OU NÃO NA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PNPIC) NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE POR DENSIDADE



Quanto aos terapeutas, eles se autoclassificam, principalmente, como terapeutas complementares. São principalmente mulheres (76%) e predominantemente de áreas urbanas (82%). Quando utilizados, os produtos terapêuticos (em geral relacionados à acupuntura) são originários, principalmente, de São Paulo (45%). E todos os estabelecimentos atendem apenas de forma particular ou, no máximo, por convênios com planos de saúde particulares.

Quanto aos usuários, estes procuram principalmente devido a dores lombares (acupuntura – 60%), dor na coluna devido a postura incorreta, associado ao excesso de peso (pilates – 20%) e alto nível de estresse associado à síndrome do pânico (acupuntura de forma integrada a outros tratamentos – 20%). No grupo de pessoas que buscam

[1]. Pesquisa de iniciação científica realizada entre 2017 e 2018.

prevenir doenças ou promover sua saúde, estas se atraem por sentirem a necessidade de praticar um esporte ou ter um lazer. Com relação à classe social dos usuários, estes se autoclassificam como de classe alta (21%), média (67%) e baixa (12%). Os que possuem renda mais baixa procuram como tratamento de saúde, abandonando a prática assim que sentem alguma melhora.

Uma questão que chamou a atenção foi quando os terapeutas foram perguntados sobre a adesão dessas terapias ao SUS. Alguns terapeutas (4%) temeram essa ideia argumentando que isso faria com que perdessem seus clientes, porém, considerando os resultados em relação à faixa de renda, a maior parte da população atendida (88%) pertence às classes alta e média, e os mais pobres ficam apenas por tempo limitado.

Nesse estudo, percebeu-se que a localização dos estabelecimentos seguiu as regras de mercado ao buscar locais com grande circulação de pessoas e que, ao mesmo tempo, fosse possível o acesso e/ou que estivesse próximo à população com média de renda mais alta. Isso acarretou o aumento da complexificação das funções dentro do espaço urbano de Campina Grande.

ADESÃO DA BASE LEGISLATIVA PELO SETOR PÚBLICO

Além dos procedimentos gerais citados na introdução do capítulo (levantamento de referências e levantamento documental), a execução da pesquisa foi realizada a partir do método de procedimento trabalho de campo, com as seguintes técnicas relacionadas: aplicação de formulários junto a terapeutas e usuários, registro fotográfico e anotações na caderneta de campo.

A pesquisa foi realizada pelos alunos do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Ensino Médio – PIBIC - EM: Eduarda Monteiro Cavalcante, Daniel Carlos Dias Barbosa, Ezequias Gabriel da Silva Normando, Joallyson Pereira Benício²; pelo bolsista de PIBIC Gabriel Eloi Marinho Souto; e pelos voluntários Paulo Ginjo Afuso e Emanuel Hiuri Xavier Pereira, entre 2018 e 2019 (Afuso; Souto; Pereira, 2019; Benício; Normando; Cavalcante *et al.*, 2019; Pereira; Pereira, 2019; Souto; Pereira, 2019).

A parte do trabalho de campo foi realizada em separado por equipes. Todos tinham por base leituras realizadas em publicações e documentos oficiais sobre essas práticas integrativas e complementares. Em campo, eles deveriam localizar a Unidade Básica de Saúde - UBS, informar-se sobre profissionais da saúde que atuavam também nas práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) e observar a infraestrutura do local.

Na UBS, deveria ser aplicado um formulário junto aos terapeutas e outro aos usuários/pacientes.

Além da aplicação dos formulários, eles observaram aspectos relacionados à infraestrutura local no sentido de observar se haveria condições de implantação oficial das PICS coletivas ou individuais naquela UBS.

O formulário aplicado aos terapeutas continha os seguintes temas: dados gerais sobre a UBS; perfil do respondente; opinião sobre a prática ser inserida oficialmente no SUS. Já o formulário aplicado aos usuários continha as seguintes questões: motivo inicial da procura; primeira queixa principal; bairro ou localidade de moradia; diagnóstico; prescrição/orientação.

[2]. Esses alunos tiveram como tutor o Prof. Me. Golbery de Oliveira Chagas Aguiar Rodrigues, docente do Instituto Federal da Paraíba – campus Campina Grande, que, em 2018, era o coordenador do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC) na referida instituição.

Foi possível visitar apenas 54 Unidades Básicas de Saúde – UBS³, correspondendo a 66,67% do total, que, no ano de 2018, correspondia a 81 UBS. Havia a expectativa de que, pelo menos, 17 UBS tivessem profissionais de saúde atuando com PICS - de acordo com memorando de Dantas (2017), porém foram encontrados profissionais em apenas 2 UBS, foram elas: UBS Wilson Furtado, no bairro Vila Cabral, com auriculoterapia; e o posto de saúde do Catolé, com acupuntura e auriculoterapia, todas inseridas na área de responsabilidade do bolsista PIBIC (Souto; Pereira, 2019).

Com relação à formação, os profissionais contactados eram: enfermeiros (61%), técnicos (32%) (saúde da família, enfermagem, entre outros), odontólogos (4%) e fisioterapeutas (3%).

Os procedimentos relacionados às PICS são reconhecidos pela UBS, porém não são remunerados. Devido a essa situação, os instrumentos relacionados aos procedimentos de PICS não são custeados, sendo pagos pelos profissionais. Isso diminui a possibilidade de atendimento de uma quantidade maior de pessoas e com melhor qualidade. Todos os terapeutas são do gênero feminino.

Quanto à autoclassificação dos que exercem alguma atividade relacionada às práticas integrativas e complementares, 44% se autoclassificam como complementares e 56% como integrativos.

No que diz respeito ao local onde passaram a maior parte da vida, a maioria passou na zona urbana (92%), enquanto 8% passaram na zona rural.

Em relação à religião, 99% afirmaram ser cristãos (65% de católicos; 34% de evangélicos), enquanto 1% se definiu como não possuindo uma crença fixa.

[3]. As UBS não foram contabilizadas devido a três razões: a) não havia quem pudesse responder aos questionamentos no momento; b) não foi possível o acesso à UBS por ser em zona rural; ou c) não foi encontrado o endereço indicado na lista da Secretaria Municipal de Saúde.

Todos os profissionais pesquisados demonstraram ser favoráveis à inclusão da PNPIC no SUS municipal, porém evidenciaram que essa implantação só poderia ser realizada com adequações das estruturas, capacitação dos profissionais e divulgação adequada.

Todos apontaram que, para expandir as PICS em Campina Grande, seriam necessários: verba, apoio, informação sobre a situação, capacitação contínua, estrutura adequada para cada tipo de prática e estrutura interna das unidades para demandas normais.

No que diz respeito ao tipo de local em que poderiam ser oferecidas essas práticas, 75% afirmaram que deveria ser nas UBS, por ser um lugar mais democrático, estar mais próximo das pessoas, aumentando assim a acessibilidade (modelo multicêntrico). Enquanto 25% defenderam que o ideal seria ter um Centro de Referência⁴.

Em relação à estrutura ideal para o funcionamento das práticas integrativas e complementares, as respondentes (100%) falaram da importância de uma melhoria na fachada, e 29% reclamaram sobre a presença de mato e lixo na frente e nas laterais.

Em alguns locais, de maneira informal, alguns profissionais afirmaram que as práticas integrativas e complementares deixaram de ser oferecidas no local (entre os 17 onde havia) devido ao receio de problemas protocolares com a Unidade, pois havia resistência por parte da equipe, ou mesmo devido à diminuição da demanda da comunidade.

No que diz respeito às duas UBS em que havia a presença da prática, apenas três pessoas que recebiam atendimento se dispuseram a participar da pesquisa. Todas estavam esperando atendimento com um acupunturista e as razões para a procura da prática foram: fibromialgia (a paciente tinha dores que a deixavam sem andar); câncer (a

[4]. A escolha da Comissão Intersetorial para elaboração da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares foi condizente com a opinião de 23% dos respondentes. A decisão foi anterior a esta pesquisa.

paciente buscou a acupuntura devido a ansiedade e estresse); cólicas menstruais fortes devido a problemas no ovário (faz para aliviar as dores). Todas eram do sexo feminino.

Essas pacientes eram provenientes das duas UBS supracitadas e, em ambos os lugares, as condições do local e do mobiliário eram precárias (maca precária).

No que diz respeito à análise da paisagem, elegeram-se elementos a serem observados nas partes externa e interna das UBS. Essas observações são apresentadas através das sínteses elaboradas a partir da caderneta de campo.

Na **área externa**, os elementos da paisagem analisados foram: **1.** iluminação pública (a. boa; b. regular; c. ruim); **2.** Ruído (a. flutuante ou mediano; b. ausente; c. contínuo); **3.** Estacionamento (a. presente, com planejamento; b. presente, na rua; c. ausente); **4.** Acesso a parada de ônibus (a. próxima; b. medianamente próxima; c. longe); **5.** Acesso da UBS a grandes avenidas (a. sim; b. em parte; c. não); **6.** Acesso à UBS (a. fácil; b. regular; c. ruim); **7.** Acessibilidade para cadeirantes (a. presente; b. presente, mas inadequada; c. ausente); **8.** Jardim (a. presente; b. tem plantas; c. ausente); **9.** Sinalização (a. boa; b. regular; c. ausente); **10.** Sensação de segurança (a. presente, com pouco fluxo de pessoas; b. presente devido ao alto fluxo de pessoas; c. ausente); **11.** Rua (a. com calçamento; b. misto [parte calçada, parte sem calçamento]; c. sem calçamento); **12.** Esgotamento sanitário (a. rede geral; b. fossa; c. a céu aberto); **13.** Encanação (a. embutida; b. exposta, podendo ocasionar acidentes; c. inexistente); **14.** Espaço externo para atividades coletivas (a. bom; b. regular; c. ausente); **15.** Manutenção (a. boa; b. regular; c. ruim).

Na **área interna**, os elementos da paisagem analisados foram: **1.** Iluminação predominante (a. natural; b. mista; c. artificial); **2.** Ruído

(a. flutuante; b. ausente; c. contínuo); **3.** Flora (a. natural; b. mista; c. artificial; d. inexistente); **4.** Música ambiente (a. tranquila; b. ausente; c. agitada); **5.** Presença de funcionários (a. suficiente; b. regular; c. insuficiente); **6.** Acesso na UBS/divisão de cômodos (a. boa; b. regular; c. ruim); **7.** Espaço interno – quintal - para atividades coletivas (a. bom; b. regular; c. ausente); **8.** Banheiro (a. em condições de uso; b. regular; c. péssimo); **9.** Sinalização (a. boa; b. regular; c. ausente); **10.** Atendimento/sala de recepção (a. bom; b. regular; c. ruim); **11.** Abastecimento de água (a. rede geral; b. armazenamento no local; c. ausente); **12.** Encanação (a. embutida; b. exposta); **13.** Esgoto (a. adequado; b. existente com refluxo; c. inadequado); **14.** Espaço de recepção coletiva dentro do prédio (a. bom; b. regular; c. ausente); **15.** Manutenção/ Instrumentos/ Reformas (a. boa; b. regular; c. ruim).

Esses elementos da paisagem (externos ou internos) representam situações que podem gerar vulnerabilidades e riscos tanto para os pacientes quanto para os profissionais envolvidos na UBS (sejam profissionais de saúde ou de outra natureza). Esses riscos primeiramente se evidenciam no território (estrutura externa) e depois no lugar (estrutura interna). Entenda-se aqui o risco como “uma condição de exposição de uma sociedade a uma dada ameaça ou perigo, sendo, portanto, uma construção social” (Mendonça; Buffon, 2021, p. 19). E a vulnerabilidade seria:

A capacidade de um grupo humano de prever e preparar-se para um desastre, todavia, depende de uma série de fatores, envolvendo: percepção do risco; capacidade de prever o desastre; possibilidade de adotar medidas eficazes para proteger o grupo social do desastre, que é efêmero e que pode ocorrer de modo surpreendente (Ribeiro, 2010 *apud* Miyazaki; Fushimi, 2017, p. 197).

Para existir vulnerabilidade, é necessário haver pessoas que estejam expostas a determinado acontecimento de risco, e quanto maior a vulnerabilidade, maior o despreparo para o acontecimento considerado de risco.

No caso dos trabalhadores e dos pacientes atendidos nas UBS, existem riscos presentes e pessoas em situação de vulnerabilidade (como citado sobre a maca precária) ou que podem se tornar vulneráveis no momento em que utilizam a UBS.

Em relação especificamente aos elementos, foram observados 54 (66,67%) UBS de 81 existentes no ano de 2019. Dessa forma, a análise por elementos da paisagem considera como universo 54 UBS a partir deste momento.

A. ILUMINAÇÃO

No que diz respeito à **iluminação pública** (item 1 da área externa), foi considerada boa em 66,67% dos locais visitados, sendo 27,75% regular e 5,55% ruim. Considerou-se importante a presença da iluminação pública devido a uma melhor manutenção da Unidade Básica de Saúde (UBS), diminuindo a possibilidade de invasão ou depredação durante a noite ou madrugada.

Em relação à **iluminação interna** (item 1 da área interna) considerou-se como a melhor iluminação a predominância da iluminação natural, devido à presença de jardins internos e janelas com melhor iluminação natural favorecer o contato com o ambiente. Essa predominância da iluminação natural foi observada em apenas 5 UBS (9,26%), sendo mista em 59,26% na maioria dos locais visitados e apenas artificial em 31,48% das UBS.

B. SONS

Foram considerados os sons relacionados aos ruídos (item 2 da área externa e interna) e a música ambiente na UBS (item 4 da área interna).

Os **ruídos externos** tiveram relação com o tráfego de veículos e as variadas músicas no logradouro onde a UBS se encontra. Dos locais visitados, 50% possuíam um ruído flutuante ou mediano, 40,74% não possuíam ruídos e, em 9,26% dos locais visitados, havia um ruído contínuo.

Os **ruídos internos** teriam relação com uma grande quantidade de pessoas falando ao mesmo tempo, possíveis desentendimentos, entre outras coisas. Do total, 37,04% dos locais possuíam um ruído interno que variava de intensidade; em 55,56% dos locais, estavam ausentes; e em 7,41% dos lugares, havia um ruído contínuo.

A **música ambiente** revela a preocupação em deixar o local mais acolhedor. Em apenas um local (1,85%) havia música ambiente, sendo esta tranquila. Em 92,59%, não havia música ambiente e em apenas 3 (5,56%) havia música agitada, dificultando o acolhimento.

C. ACESSIBILIDADE

Foram considerados elementos relacionados à acessibilidade externa: o estacionamento (item 3); acesso à parada de ônibus (item 4); acesso da UBS para grandes avenidas (item 5); acesso para a UBS (item 6); acessibilidade para cadeirantes (item 7); sinalização (item 9); sensação de segurança (item 10); rua (item 11).

Enquanto os elementos relacionados à acessibilidade interna foram: presença de funcionários (item 5); acesso na UBS/ divisão de cômodos (item 6) e; atendimento/ sala de recepção (item 10).

A **presença do estacionamento** é importante para que a parte da equipe que possui carro não tenha que se preocupar com essa questão.

Foi observado que, em 70,37% das UBS visitadas, o estacionamento era na rua; em 20,37%, havia um estacionamento planejado para a equipe; e em 9,26% dos locais, não havia condições para um estacionamento.

A **parada de ônibus** é necessária para a parte da equipe que precisa de ônibus para se deslocar. Considera-se que, devido à área de abrangência de uma UBS ser geralmente pequena, não havia necessidade de os pacientes precisarem da parada de ônibus para chegar à UBS. Dessa forma, a parada de ônibus é próxima da UBS em 33,33% dos locais visitados, é medianamente próxima para 42,50% das localidades e distante para 24,08% dos locais pesquisados.

O **acesso da UBS para grandes avenidas** tem sua importância no sentido de facilitar o acesso a paradas de ônibus para os pedestres e de ser mais facilitada a saída da UBS para chegar a outros locais da cidade. Neste quesito, foi observado que 27,78% das UBS estão diretamente ligadas a grandes avenidas; 37,04% estão parcialmente próximas a grandes avenidas; e 35,18% não estão próximas a avenidas.

O **acesso para a UBS** diz respeito à facilidade de ser encontrada. Dessa forma, 53,70% das unidades eram de fácil acesso, 31,48% têm uma acessibilidade regular e 14,82% têm uma acessibilidade ruim.

A **acessibilidade para cadeirantes** tem relação com o rebaixamento da calçada, o respeito das pessoas em não bloquear essa passagem, a existência de calçamento para que o acesso seja mais tranquilo, bem como de rampas na entrada, entre outras coisas. Esse acesso era presente em 31,48% dos locais visitados; todavia, em 50% deles, demonstrou ser inadequada, ou pela inclinação, ou por não estar bem conservado, apresentando desnivelamentos; e ainda em 18,52%, não havia nenhuma acessibilidade.

A **sinalização externa** tem relação com a presença de placas indicativas nas ruas adjacentes e/ou uma fachada em que apareça claramente o nome da Unidade Básica de Saúde. Foi observada uma boa

sinalização em 68,52%, principalmente nas fachadas. Uma sinalização regular em 18,52% e não havia sinalização em 12,96%.

A **sinalização interna** tem relação com o paciente entrar na UBS e, mesmo que seja sua primeira vez, ter confiança de saber para onde vai, seja com fitas coloridas no chão, seja com placas indicativas nas paredes, ou outra maneira que se entenda como eficaz e possível para a unidade, sendo assim uma forma a mais de acolhimento. Observou-se, em 74,07% das UBS, que a sinalização é eficaz; em 20,37%, essa sinalização é regular; enquanto em 5,56%, ela se apresenta como ausente.

A **sensação de segurança** estava presente e com pouco fluxo de pessoas em 53,70% das UBS; estava presente devido ao alto fluxo de pessoas em 27,78%; e ausente em 18,52% dos locais visitados.

A qualidade da **rua** em que se localiza a UBS interfere na possibilidade de uma melhor acessibilidade tanto a pé quanto de carro, com ou sem precipitação. Das localidades visitadas, 81,48% eram calçadas; em 12,96%, havia parte da rua calçada e parte sem calçamento; enquanto em 5,56%, não havia calçamento.

A **presença de funcionários** desde a recepção até o atendimento mais especializado auxilia na acessibilidade dos pacientes à Unidade como um todo, mas principalmente aos funcionários com suas variadas especialidades (agente comunitário de saúde – ACS; enfermeiro; médico). Foi observado que essa presença era suficiente em 70,37% das UBS visitadas; demonstrou ser regular em 20,37%; e insuficiente em 9,26% dos locais visitados.

O **acesso na UBS/divisão de cômodos** promove clareza dos serviços ministrados em cada cômodo, favorece a individualidade do paciente e, com isso, melhora o serviço em geral. Percebeu-se que, em 55,56% das UBS, a situação é considerada boa; em 35,19%, é regular; e em 9,25%, é considerada ruim.

O **atendimento/sala de recepção** está relacionado à acessibilidade e se constitui no primeiro momento de acolhimento ao paciente. Foi observado em campo que o atendimento na sala de recepção era aparentemente bom em 55,56%, regular em 40,74% e ruim em 3,70% dos locais visitados.

D. PRESENÇA DE PLANTAS

Foram considerados elementos relacionados à presença de plantas os seguintes elementos: jardim (item 8 da área externa) e flora (item 3 da área interna).

Considerando a área em frente ao muro, busca-se a presença de um **jardim**, que teria um significado simbólico de tranquilidade. Observou-se que apenas 11,11% das UBS possuem jardim; 37,04% têm plantas, porém não se configuram como um jardim; e 51,85% não possuem plantas.

Na área interna, seja no peridomicílio ou dentro da própria unidade, a presença da **flora** auxilia na diminuição dos níveis de estresse, além de auxiliar na melhora de foco no trabalho, entre outros benefícios. Dos locais visitados, apenas 3,70% possuem a presença da flora natural, 24,08% se apresentam de forma mista (natural e artificial), 22,22% apresentaram flora artificial e, em 50%, não havia a presença de nenhuma planta natural ou artificial.

E. INFRAESTRUTURA

Foram relacionados à infraestrutura os seguintes elementos externos: esgotamento sanitário (item 12); encanação (item 13); espaço externo para atividades coletivas (item 14); e manutenção (item 15).

Já os elementos internos considerados foram: espaço interno ao prédio para atividades coletivas (item 7); banheiro (item 8); abastecimento de água (item 11); encanação (item 12); esgoto (item 13), espaço para recepção coletiva (item 14), manutenção, instrumentos ou reformas (item 15). A apresentação dessas informações será feita por agregação, não necessariamente na ordem acima exposta. Considere-se que vários desses itens são básicos em uma área urbana e com condições mínimas de higiene.

A **encanação** (13 externo) estava presente e embutida em 100% da parte externa das UBS visitadas. Foi considerada a **encanação** (12 interno) interna como elemento da paisagem a ser observado no sentido de ser embutida ou exposta. Em todas as UBS (100%), a encanação era embutida.

O **abastecimento d'água** (11 interno) está ótimo em 94,45% das UBS. Existe, porém com necessidade de armazenamento d'água em 3,70%; e apenas em uma unidade (1,85%), não há abastecimento d'água.

Antes mesmo de ir a campo, considerou-se que todas as UBS possuem **banheiro** (8 interno), o que, de fato, foi constatado, porém 74,07% estão em condições de uso, 18,52% estão em situação regular e 7,41% estão em péssimas condições de uso.

Em relação ao destino do **esgotamento sanitário** (12 externo) para a rede geral, este foi observado em 96,30% dos locais, estando apenas 3,70% precisando da utilização de fossa.

Em relação ao **esgoto** na UBS (13 interno), foi informado que, em 98,15%, o esgoto funcionava adequadamente, estando apenas 1,85% com refluxo, ainda que houvesse a instalação.

O **espaço externo para atividades coletivas** (14 externo) poderia ser uma praça, um galpão, o espaço de uma associação comunitária ou uma igreja em que houvesse a concessão para reunir as pessoas. Com o

trabalho de campo, observou-se que 24,08% tinham alguns bons espaços para esse tipo de agrupamento, 22,22% das UBS possuíam um espaço externo regular (com condições precárias ou sem possibilidade de concessão) e 53,70% não possuíam esse tipo de espaço na vizinhança.

O **espaço interno para atividades coletivas** (7 interno) seria um espaço dentro do perímetro do terreno da UBS, porém em área externa ao prédio. Observou-se que 18,52% têm um bom espaço, 42,59% têm um espaço regular e 38,89% não têm um espaço interno para atividades coletivas.

Dentro da UBS, foi observada a existência ou não de um **espaço de recepção coletiva** (14 interno), bem como sua qualidade, caso exista. Foi observado que, em 40,74% dos locais visitados, o espaço é considerado bom; em 33,33%, regular; e para 25,95%, não há espaço de recepção coletiva dentro da UBS.

A **manutenção** (15 externo) tem relação com reformas na parte externa da UBS. Como resultado do campo, foi possível perceber como boa essa manutenção em 53,70% dos locais visitados, em 38,89% foi regular e em 7,41% foi ruim.

A **manutenção/instrumentos/reformas** (15 interno) na parte interna tem relação com a reposição de instrumentos, a realização de reformas nos espaços necessários, o mobiliário e o material de escritório. Como resultado do campo, foi possível perceber como boa essa manutenção em 42,59% dos locais visitados; em 50,00%, foi regular; e em 7,41%, foi ruim.

Após as leituras e a observação dessas características, ainda que tudo o que tenha sido observado seja básico para uma UBS funcionar bem, percebeu-se que algumas dessas características seriam mais específicas para ser possível a implantação das PICS em uma UBS com qualidade. São elas: a) predominância da iluminação natural (1 interno); b) sons (ausência de ruído (2 externo e interno) e presença de mú-

sica ambiente calma (4 interno); c) sensação de segurança com pouco fluxo de pessoas (10 externo); d) sinalização interna boa (9 interno); e) atendimento/sala de recepção (10 interno); f) presença da flora (8 externo e 3 interno) (jardim externo e no peridomicílio, ou plantas no interior da UBS); g) espaço externo e interno para atividades coletivas e de recepção coletiva (14 externo, 7 interno e 14 interno); h) manutenção geral e específica (15 externo e interno).

Dos quinze itens considerados importantes, os elementos da paisagem que já estavam presentes ao ser feito o trabalho de campo foram: ausência de ruídos no interior da UBS, boa sinalização interna e um bom atendimento na sala de recepção.

Também foi possível entender quais as UBS mais propícias a uma possível implantação, caso haja alguma mudança nos planos em relação ao modelo de implantação, deixando de ser isolado (centro de Referência) para ser multicêntrico (tabela 6).

TABELA 6 - UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE QUE FIZERAM MELHOR PONTUAÇÃO NOS ELEMENTOS QUE TÊM MAIOR RELAÇÃO COM AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

(Continua...)

BAIRRO	UBS	QUANT. DE ELEMENTOS MAIS BEM PONTUADOS	%
Pedregal	Adalberto César	9	60,00
Rocha Cavalcante	Ana Amélia Vital Cantalice	8	53,33
Cruzeiro	Argemiro de Figueiredo	9	60,00
Malvinas/ Antônio Gaudêncio	Malvinas IV	10	66,67
Palmeira	Palmeira	9	60,00
Nova Brasília	Wesley Cariri Targino	8	53,33

(Continuação)

BAIRRO	UBS	QUANT. DE ELEMENTOS MAIS BEM PONTUADOS	%
Jeremias	Inácio Mayer eq. 1 e 2	9	60,00

Fonte: Trabalho de campo entre janeiro e julho de 2019. Total de elementos da paisagem analisados na organização da Tabela: 15. Ou seja, n=15

A partir da avaliação em campo, foi possível observar que as UBS mais propícias à implantação, a partir dos 15 itens observados, foram apenas 7.

Ainda que sejam consideradas as melhores, nenhuma delas pontuou positivamente na questão de um jardim externo e apenas a UBS Malvinas 4 pontuou na questão da iluminação natural predominante, estando todas as outras com iluminação predominantemente mista ou artificial.

EM BUSCA DE UMA TEORIA PARA ENTENDER AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

Nesta parte, foi organizado o entendimento até o momento sobre as práticas integrativas e complementares em saúde no Brasil. A busca por uma teoria explicativa para entender tais práticas perpassa vários conceitos e procedimentos teórico-metodológicos.

Um dos conceitos importantes para iniciar essa busca é o de saberes tradicionais. Esse tipo de saber está incluído em uma matriz histórico-cultural ou tradicional mais ampla (Tesser, 2009). Quando se consideram os saberes tradicionais, temos como exemplo significativo a medicina tradicional chinesa, divulgada por vários pesquisadores no Ocidente, entre os quais, Maciocia (2014). Esses saberes tradicionais são a chave para resgatar, quando necessário, os valores inerentes a determinada prática de cura. A partir da medicina tradicional é que se torna possível entender as outras denominações, já citadas nesta obra.

As práticas complementares e integrativas em saúde podem ser entendidas como parte de um jogo escalar de ações, o qual inclui a apropriação de ideias existentes, o aproveitamento de experiências locais exitosas, a normatização do território e a formação de territórios-rede (Pereira, 2010). Entenda-se escala geográfica como “a própria extensão ou magnitude do espaço que se está levando em conta” (Souza, 2015, p. 181). Para demonstrar, toma-se por base a escala municipal.

APROPRIAÇÃO DAS IDEIAS EXISTENTES

A **apropriação de ideias existentes** ocorre quando há o processo de apropriação de conhecimentos terapêuticos de outras culturas, terapêuticas heterônomas no dizer de Antônio, Tesser e Moretti-Pires (2013). Isso ocorreu no Brasil principalmente desde meados da década de 1960, com o movimento *hippie* e sua tentativa de desenvolver comportamentos voltados à natureza (Mendonça, 1998), havendo também acolhimento de valores e crenças. Suas formas de cura, como no setor privado da saúde, foram sendo apropriadas por vários tipos de profissionais ou pessoas que fizeram uma formação específica e passaram a trabalhar com uma dessas práticas.

Outra forma de entender essa apropriação de ideias existentes seria quando ocorre um choque constante de civilizações. Partindo do modelo de Huntington (1997), poderíamos entender que as fronteiras culturais podem ocorrer em escalas menores que a escala mundial. Sempre que houver contato territorial entre culturas, haverá o contato territorial entre as formas de cura. Isso pode ocorrer, por exemplo, entre indígenas e produtores rurais, entre ciganos e moradores de determinada cidade, etc. Nos períodos mais calmos, há a possibilidade do contato das formas de cura a partir de pessoas que se apropriam das formas de cura heterônomas e influenciam o território local. Um dos autores que podem auxiliar no início dessa busca é José de Souza Martins (2009).

A partir daí, pode-se entender também o sincretismo de mundivisão (Demo, 2014) ou de cosmovisões (Naugle, 2017; Sire, 2018). Entendendo que essas duas concepções são semelhantes no significado, a mundivisão e a cosmovisão podem ser compreendidas em síntese como uma forma específica de entender os fenômenos, a partir de pressupostos que auxiliam na construção de uma explicação sobre o

mundo vivido, no qual o sujeito se compromete e se orienta tanto no discurso quanto nas ações no espaço geográfico.

Essa **apropriação de ideias existentes** pode ocorrer de maneiras diferenciadas. Na primeira, ela pode se integrar a outras matrizes culturais, promovendo a imposição de toda a matriz histórico-cultural, tornando-se assim uma medicina alternativa ou um saber alternativo; pode também perder parte de suas características iniciais (sua matriz histórico-cultural ou tradicional), ficando apenas com os procedimentos técnicos, desmembrando-se, assim, de seus valores; e uma terceira possibilidade é a promoção de um sincretismo de saberes e valores com a finalidade da cura.

Todavia, esse sincretismo só é possível se a cultura que recebe esse novo saber já sofreu influência de ideias como as do relativismo cultural, do pluralismo cultural e do multiculturalismo.

O relativismo cultural seria o entendimento de que todas as sociedades se desenvolvem a partir de bases culturais distintas (Munanga, 2006). O pluralismo cultural seria a convivência pacífica e respeitosa entre pensamentos diferentes, seria o contrário do pensamento único, como preconizado, por exemplo, pela globalização (Reis, 2004). E o multiculturalismo ocorreria quando, em um país, região ou local, há a convivência de diferentes culturas ou tradições, proporcionando a mescla de culturas, visões de vida e valores. O multiculturalismo é sempre pluralista e se subdivide em multiculturalismo relativista (quando não se estabelecem critérios mínimos para o diálogo entre as culturas) e o multiculturalismo universalista (quando há um julgamento externo em relação às regras internas de uma cultura) (Reis, 2004, p. 10-12).

Com base nesses conceitos, entende-se a razão de a Organização das Nações Unidas (ONU) praticar um multiculturalismo universalista, pois, baseada nos direitos humanos ou em decisões tomadas em

eventos específicos, essa organização impõe, ou se torna proativa, para colocar em prática determinadas ações para seus países membros, atrelando, muitas vezes, desejos locais e valores heterônomos em seus argumentos para convencimento, financiamento de atividades ou mesmo aprovação de determinada legislação. Essas ações podem trazer benefícios a uma cultura ou grupo social, porém a outras pode ser um estopim para longas discussões ou mesmo conflitos (ONU, 2012, 2017a, 2017b). Isso também se explica no sentido dessa intencionalidade de sincretismo cultural a partir das formas de cura. Há bases definidas pela ONU para essa ação, apesar de haver a intenção na mescla cultural.

EXPERIÊNCIAS LOCAIS EXITOSAS

Outra possibilidade dessa apropriação é decorrente de vários relatos de **experiências locais exitosas**, como depoimentos de pessoas que conseguiram prevenir, se curar ou, pelo menos, diminuir a gravidade de sintomas de determinadas doenças, no caso de doenças crônicas. No caso da formação dos Centros de Referência Municipais, essas experiências ocorrem a partir da observação de locais em que esse serviço já havia sido instalado, como ocorreu com a Comissão Intersetorial Temporária no âmbito do Conselho de Saúde da Prefeitura Municipal de Campina Grande, entre 2017-2018. Assim faz-se com que haja a multiplicação desse tipo de atividade, como tem ocorrido em outros locais (Pereira, 2017).

Entre essas experiências locais exitosas, centrando no tipo de práticas que são acolhidas pelos setores público e privado, observa-se em campo que têm sido mais aceitas as práticas que se desvinculam parcialmente da cultura de origem ou sincretizam valores heterônomos com a cultura local (Silva, Pereira, 2017; Sousa, 2014; Souza, Pereira,

2016). Quando sincretizam valores heterônomos com a cultura local, geralmente nesse lugar já está introduzido o relativismo cultural, o pluralismo ou o multiculturalismo.

Outra característica dessas práticas é que elas são mais aceitas quando passam a demonstrar determinado nível de racionalidade médica, como defende o grupo de pesquisa Racionalidade em Saúde, Sistemas Médicos e Práticas Complementares e Integrativas (Luz, 2017; Nascimento, Barros, Nogueira, Luz, 2013).

Dessa forma, a racionalidade médica é um sistema complexo, sistematizado em menor ou maior grau de traços ou dimensões fundamentais, mas que estão em contínua evolução (Nascimento, Barros, Nogueira, Luz, 2013). A partir desse conceito, alguns traços ou dimensões são fundamentais nessa teoria, são eles: morfologia humana (estrutura e forma de organização do corpo); 2) dinâmica vital humana (fisiologia, movimento da vitalidade); 3) doutrina médica (o que é processo saúde-doença, etiologia, tratamento); 4) sistema de diagnose (identificação, natureza, fase e evolução provável); 5) sistema terapêutico (como se trata); e cosmologia (qual visão está nas origens da determinação de outras dimensões).

NORMATIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

Nesse ínterim, o Brasil e os países membros da Organização Mundial de Saúde, recomendados pela própria OMS (WHO, 1978, 2002), passaram a implantar de forma gradual essa concepção de medicina. Tais ações podem ser entendidas como **normatização do território**, no dizer de Santos (1997).

Porém essa territorialidade das normas é exercida de maneira desigual no Brasil, pois, no que se refere às formas de cuidar da saúde, a hegemonia das relações de poder sobre o território é exercida pela

medicina denominada científica, desde o século XIX, tendo um reforço significativo com o Relatório Flexner⁵ no ano de 1910 e seus desdobramentos, conseguindo superar a cultura tradicional. Essa situação é reforçada quando surgem as regulamentações dessas práticas no sentido de determinar qual profissional pode exercer procedimentos específicos (Brasil, 2017a), insinuando que esse seria um novo nicho de mercado da área da saúde, e não exatamente a democratização das formas de cura.

Essa situação é comparável ao que Gramsci afirmou sobre hegemonia e cultura, ao defender que a desigualdade social produzida no modo capitalista de produção estende-se à vida política e cultural, sendo o peso da opinião singular bem diferenciado, pois, a depender de quem forma a opinião, passa a ter total poder de difusão, irradiação e persuasão e consegue agregar o posicionamento de muitos, impondo essa forma de pensar (Schelesener, 2007).

TERRITÓRIOS-REDE

Por fim, na medida em que há a convivência de vários tipos de medicina no espaço geográfico, estas se organizam formando uma rede de assistência à saúde ou **territórios-rede**. Isso pode ocorrer no município com a convivência e a integração entre as várias formas de cura, seja no setor público ou no privado; assim como na ocasião da implantação dessa política no município, quando se aproveita a experiência de outra anterior. Essa comunicação pode continuar através de eventos.

Em decorrência dessas ações no âmbito municipal, podem-se observar alguns tipos de paisagem: 1) paisagem do risco (por falta de co-

nhecimento ou charlatanismo); 2) paisagem da cura (a partir dos limites e das potencialidades de cada uma dessas práticas); 3) paisagem da prevenção (devido à modificação de atitudes e hábitos); e 4) paisagem da promoção da saúde (a partir do indivíduo, quando os hábitos foram internalizados e melhoram a qualidade da saúde e da vida do indivíduo, da família e da sociedade como um todo; e a partir do Estado, quando passa a agir a partir de um entendimento voltado para a saúde).

SÍNTESE

A vantagem de buscar uma teoria com base no jogo escalar e no conceito da medicina tradicional é que se podem absorver vários conceitos e entendimentos já elaborados em outras ciências em cada uma das escalas apresentadas.

Nesse quadro de referências, pode-se arriscar apresentar a geomedicina como a área da Geografia da Saúde mais próxima desse tema. De acordo com Pessoa (1978), esta seria um ramo da geopolítica, que, por sua vez, busca entender o “poderio mundial (ou regional), dos conflitos e tensões entre Estados ou povos, do equilíbrio estável de forças no âmbito internacional” (Vesentini, 2009, p. 9).

De acordo com esse mesmo autor, as preocupações atuais seriam as forças militar, a econômico-tecnológica, a cultural e a social no território em escala mundial. Evidenciando a questão cultural, essa correlação de forças também abrangeria as formas de curar.

[5]. A publicação do Relatório Flexner, em 1910, introduziu a ideia da especialização médica que valoriza o ensino da arte médica por meio da individualização do paciente (Christensen; Barros, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos aprendizados foram possíveis através da experiência da participação na elaboração de uma política pública municipal. Mesmo que esta não tenha sido efetivada até o momento no município onde participei de sua elaboração, foi possível entender os parâmetros e os caminhos percorridos, bem como conviver com pessoas que estavam querendo, de fato, materializar essa ideia.

Com relação às origens das práticas, percebeu-se que foram muitas as origens, mas que elas estão inseridas nas terapias naturais ou holísticas e são influenciadas por vários tipos de religiões e ideologias.

As bases históricas auxiliaram a entender um pouco da estruturação das políticas e os posicionamentos culturais atuais no sentido dos choques de civilizações e o que se entende por direitos humanos na atualidade.

A legislação, a partir da Organização Mundial de Saúde, que foi apropriada pelo Brasil para normatizar seu território, está seguindo parâmetros semelhantes, porém, em cada localidade, as políticas são apresentadas de maneira diferenciada, seguindo a lógica dos integrantes das comissões locais a partir de seu local de moradia e da formação profissional.

As práticas mais destacadas nas políticas públicas elaboradas em vários locais do Brasil têm como predominantes a fitoterapia, a acupuntura e a homeopatia. No local estudado, Campina Grande - PB, essa tendência se configurou apenas com a acupuntura.

Localmente, observou-se que, no setor privado, escolhem principalmente acupuntura e pilates, devido a dores na coluna, postura incorreta, excesso de peso, alto nível de estresse e síndrome do pânico.

No setor público, escolhem acupuntura, devido a dores, ansiedade e estresse. E entre as principais características elencadas para que se implante uma política de práticas integrativas estão: a) predominância da iluminação natural; b) sons (ausência de ruído e presença de música ambiente calma; c) sensação de segurança com pouco fluxo de pessoas; d) sinalização interna boa; e) atendimento/sala de recepção; f) presença da flora (jardim externo e no peridomicílio; ou plantas no interior da UBS); g) espaço externo e interno para atividades coletivas e de recepção coletiva; h) manutenção geral e específicas.

Um dos elementos importantes para ser incluído em uma próxima pesquisa é o espaço ou a existência de uma horta medicinal, assim como a presença de um jardim oriental interno ou externo, propiciando uma maior conexão do paciente e também de toda a equipe com a natureza e as plantas, que podem ser úteis nos procedimentos terapêuticos.

A teoria apresentada buscou absorver vários conceitos e entendimentos em um esforço para atender a complexidade da materialização das práticas integrativas e complementares em vários países da Organização das Nações Unidas, fazendo com que esse tema se aproxime da geomedicina e da questão cultural no sentido de buscar abranger as várias formas de cura presentes no território brasileiro na atualidade.

Entende-se que essas políticas dependem também dos valores, das crenças e das validações científicas aceitas por cada gestor, seja em nível federal, estadual ou municipal. Essa concepção auxilia no entendimento de ações aparentemente divergentes em cada escala de ação e em cada momento histórico dos variados lugares.

Enfim, como principais resultados ficaram o aprendizado na elaboração de uma política pública, o entendimento do encadeamento de eventos que resultaram em um contexto propício à difusão das práticas integrativas e complementares em saúde, ao conhecimento de

suas origens e características, assim como à sua implantação no setor público e no privado em um município brasileiro.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Igualdade nas diferenças: enfrentamentos na construção compartilhada do bem-viver e o SUS. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 8. João Pessoa, PB. **Anais** [...]. João Pessoa, PB: UFPB, 2019. Disponível em: [https://proceedings.science/8o-cbcshs?fbclid=IwARoUsoKAXkwuzo4s0JXtB4-ps5wUie\]-CaIEsoYSCL4GCCwmH9G6ZpGbAtrM](https://proceedings.science/8o-cbcshs?fbclid=IwARoUsoKAXkwuzo4s0JXtB4-ps5wUie]-CaIEsoYSCL4GCCwmH9G6ZpGbAtrM). Acesso em: 20 jul. 2023.

AFUSO, P. G.; SOUTO, G. E. M.; PEREIRA, M. P. B. Situação das PICS nas atuais UBS de Campina Grande - PB. *In*: CONGRESSO REGIONAL DE GRUPOS DE PESQUISA EM GEOGRAFIA, 2, 2019, Guarabira - PB. **Anais** [...]. Guarabira, PB: UEPB, 2019. p. 120-133. Disponível em: https://e84fbado-8e9e-4261-a44e-0d8f37a60d34.filesusr.com/ugd/85a079_f7491fbb5efe43f397aec86a49a87803.pdf. Acesso em: 20 jun. 2023.

AGNEW, J. From the political economy of regions to regional political economy. **Progress in human geography**, v. 24, n. 1, 2000, p. 101-110. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1191/030913200676580659>. Acesso em: 18 jul. 2023.

ANTONIO, G. D.; TESSER, C. D.; MORETTI-PIRES, R. O. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 17, n. 46, p. 615-533, jul./set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ts7fmzZVxLtd5pDNcqDpkp/?format=pdf>. Acesso em: 20 jul. 2023.

ARIPUANÃ. MT. **Lei n. 1270, de 20 de outubro de 2015**. Autoriza a criação do Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde – PMPICS, e dá outras providências. Publicações da Prefeitura de Aripuanã, Aripuanã, MT, 2015. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mt/a/aripuanã/lei-ordinaria/2015/127/1270/lei-ordinaria-n-1270-2015-autor-poder-executivo>. Acesso em: 15 abr. 2023.

AZEVEDO, R. L. de. **Datação por termoluminescência de cerâmicas do Sítio Arqueológico Aldeia do Carlos (PI)**. 2011. 53f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Tecnologias Energéticas e Nucleares) – Departamento de Energia Nuclear, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9547/1/arquivo2710_1.pdf. Acesso em: 15 abr. 2023.

BARBOSA, E. P. **Difusão espacial da Covid-19 no estado da Paraíba: casos e óbitos de março de 2020 a junho de 2021**. 2021. 88f. Monografia (Unidade Acadêmica de Geografia) – Centro de Humanidades, Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2021. Disponível em: https://www.prosaudegeo.com.br/_files/ugd/e4bdfd_8575720d40dd4a2e9664fb3226f33cbf.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.

BARROS, N. F. de; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. Introdução. In: BARROS, N. F. de; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. (Orgs.). **O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 15-25.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. 274p.

BENÍCIO, J. P.; NORMANDO, E. G. S.; CAVALCANTE, E. M.; BARBOSA, D. C. D.; AFUSO, P. G.; PEREIRA, E. H. X.; PEREIRA, M. P. B. Práticas complementares e integrativas em saúde em Campina Grande: experiências em Unidades Básicas de Saúde nos distritos sanitários 1, 2 e 3. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFCG, 16, 2019, Campina Grande, PB. **Anais** [...]. Campina Grande: UFCG, 2019. 14f.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília – DF. Presidência da República/ Casa Civil, 1988, 175p. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília – DF. Presidência da República/ Casa Civil, 1990, 17p. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica**. Brasília – DF: Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2002, 156p. (Cadernos de Atenção Básica). Disponível em: www.189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_31.pdf. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. **Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos**. Brasília – DF: Ministério da Saúde/ Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica, 2006a, 60p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf. Acesso em 20 jul. 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS** – PNPIC/ SUS. Brasília – DF: Ministério da Saúde/ Secretaria da Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica 2006b, 21p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto971_03_05_2006.html. Acesso em: 19 jul. 2023.

BRASIL. **Portaria no 1.600, de 17 de julho de 2006**. Brasília – DF: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica, 2006c. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. Portaria no 84, de 25 de março de 2009. Adequa o serviço especializado 134 – Serviço de Práticas Integrativas e sua classificação 001 – Acupuntura. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria84_25_03_09.pdf. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. **Relatório de gestão sobre práticas integrativas e complementares no SUS: 2006-2010**. Brasília – DF: Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/rel_gestao2010_final.pdf. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. **Portaria no 633, de 28 de março de 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Secretaria da Atenção à Saúde, 2017a. 4p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prto633_31_03_2017.html. Acesso em: 18 jul. 2023.

BRASIL. Portaria no 849, de 27 de março de 2017. Ministério da Saúde inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Medi-

tação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 mar. 2017. Seção 1, p. 68. 2017b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_849_27_3_2017.pdf. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. **Portaria no 702, de 21 de março de 2018**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde, 2018, 8p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prto702_22_03_2018.html. Acesso em: 16 jul. 2023.

CAMPINA GRANDE. **Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde de Campina Grande** – PMPICS/CG. Campina Grande – PB: Secretaria de Saúde/ Câmara de Vereadores, 2020, 2p. Disponível em: https://sapl.campinagrande.pb.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2020/9051/lei_7.483.pdf. Acesso em: 05 jul. 2023.

CARIACICA. Lei n. 5539, de 11 de dezembro de 2015. **Diário Oficial do Município**, Cariacica – ES, 14 dez. 2015. p. 2-3. Disponível em: <http://www.legislacaocompilada.com.br/cariacica/Arquivo/Documents/legislacao/image/L55392015.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2023.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 18. ed. Tradução de Roneide Venancio Majer. São Paulo: Paz e Terra, 2017. 606p.

CASTRO, I. E. **Geografia política**: território, escalas de ação e instituições. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009. 300p.

CHALOUB, S.; MARQUES, V. R. B.; SAMPAIO, G. R.; GALVÃO SOBRI-
NHO, C. R. (Orgs.). **Artes e ofícios de curar no Brasil**: capítulos de
história social. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003. 428p.

CHRISTENSEN, M. C.; BARROS, N. F. Práticas integrativas e comple-
mentares no ensino superior: revisão sistemática da literatura. *In*:
BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. (Orgs.). **O ensino das práti-
cas integrativas e complementares**: experiências e percepções. São
Paulo: Hucitec, 2011. p. 29-44.

CMSCG. Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande. **Primei-
ra edição do Seminário das PICS no SUS teve casa cheia**. Campina
Grande, PB: Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande –
CMSCG, ano 1, n. 2, 4p., jun. 2016.

CMSCG. Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande. **Ações
da Comissão Intersectorial de Práticas Integrativas e Complemen-
tares em Saúde - CIPICS**. Campina Grande, PB: Conselho Municipal
de Saúde de Campina Grande – CMSCG, ano 3, n. 1, 4p., jun. 2018.

CONGREPICS. Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Com-
plementares em Saúde, 1, **PICS: por uma nova cultura do cuidado no
Brasil**. Natal – RN: UFRN, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/edicao/detalhes/anais-congropics>. Acesso em: 20 jul. 2023.

CORDEIRO. Lei n. 1646, de 25 de outubro de 2011. **Legislação
da Prefeitura Municipal de Cordeiro**, Cordeiro, RJ, 2011. Dis-
ponível em: [https://leismunicipais.com.br/a/rj/c/cordeiro/
lei-ordinaria/2011/165/1646/lei-ordinaria-n-1646-2011-institui-
no-ambito-do-municipio-de-cordeiro-a-politica-municipal-de-](https://leismunicipais.com.br/a/rj/c/cordeiro/lei-ordinaria/2011/165/1646/lei-ordinaria-n-1646-2011-institui-no-ambito-do-municipio-de-cordeiro-a-politica-municipal-de)

[-praticas-integrativas-e-complementares-no-sistema-unico-de-sau-
de-e-da-outras-providencias](#). Acesso em: 03 jul. 2023.

CREMA, R. **Introdução à visão holística**: breve relato de viagem do
velho ao novo paradigma. 6. ed. São Paulo: Summus, 2015. 176p.

CUIABÁ. Lei n. 5.053, de 28 de dezembro de 2007. **Legislação do
Município de Cuiabá**, Cuiabá, MT, 2007. Disponível em: [https://leis-
decuiaba.wordpress.com/2007/12/28/lei-no-5-053-de-28-de-dezem-
bro-de-2007/](https://leis-decuiaba.wordpress.com/2007/12/28/lei-no-5-053-de-28-de-dezem-
bro-de-2007/) Acesso em: 03 jul. 2023.

DAMIÃO NETO, A. Medicina e lógica na Índia antiga: a ontologia
e a epistemologia nos primórdios da medicina Āyurveda. **Revista
Mundo Antigo**, ano 2, v. 2, n. 1, jun. 2013. Disponível em: [http://www.
nehmaat.uff.br/revista/2013-1/artigo07-2013-1.pdf](http://www.nehmaat.uff.br/revista/2013-1/artigo07-2013-1.pdf). Acesso em: 05
maio 2023.

DANTAS, I. C. **O raizeiro**. Campina Grande, PB: EDUEPB, 2007. 539p.

DANTAS, M. **Relação das UBS que possuem em suas rotinas, apli-
cação das PICS**. Campina Grande, PB: GAB/SMS/PMCG, 2017, 4p.
(Memorando n. 283 de 19 de julho de 2017).

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em Ciências Sociais**. 5. ed. São
Paulo: Atlas, 2014. 193p.

ESPÍRITO SANTO. **Política de práticas integrativas e complemen-
tares do estado do Espírito Santo**: homeopatia, fitoterapia/ plantas
medicinais e medicina tradicional chinesa/acupuntura. Vitória:
SES, 2013. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/PIC/>

SESA_POLITICA%20das%20PICS_VERSAO%20FINAL.pdf. Acesso em: 03 jul. 2023.

FERREIRA, B. Homeopatia: inspiração e transpiração de um sonhador. *In*: FERREIRA, B. (Org.). **Práticas integrativas e complementares nos serviços públicos de saúde**: um sonho, uma ideia, uma realidade. 1. ed. Curitiba: Appris Editora, 2019a. 157p. p. 37-50.

FERREIRA, B. (Org.). **Práticas integrativas e complementares nos serviços públicos de saúde**: um sonho, uma ideia, uma realidade. 1. ed. Curitiba: Appris Editora, 2019b. 157p.

FLORIANÓPOLIS. **Instrução Normativa no 004/2010**. Florianópolis, SC, 2010, 10p. Disponível em: https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/28_03_2011_17.12.00.60d5ba403d4f2df64b2e41705b-od64ca.PDF. Acesso em: 20 jul. 2023.

GEOSAÚDE. **Simpósio Nacional de Geografia da Saúde**, 9, Em defesa do SUS: MAIS Geografia. Blumenau, SC: Instituto Federal Carariense, 2019. Disponível em: <https://www.simposiogeosaude.com/>. Acesso em: 21 jul. 2023.

GOMES, P. C. C. **A condição urbana**: ensaios de geopolítica da cidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 304p.

GUARULHOS. **Política municipal de práticas integrativas e complementares em saúde**. Guarulhos, SP: Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde, 2014, 29p. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/pmpic_guarulhos.pdf. Acesso em: 17 jul. 2023.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 2010. 333p.

HUNTINGTON, S. P. **O choque de civilizações e a recomposição da ordem mundial**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1997. 436p.

LIMA, E. O.; SANTOS, D. R.; ARRUDA, T. A.; SAMPAIO, M. C. **Estudo etnofarmacobotânico das plantas medicinais utilizadas pela cultura afro-brasileira no Estado da Paraíba**. 1. ed. v. 1. João Pessoa: Editora UFPB, 2019. 200p.

LUZ, M. T. É a promoção da saúde um novo paradigma? *In*: LUZ, M. T. **Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil**: textos reunidos. Rio de Janeiro: CEPES-IMS/ UERJ, 2009. 225p. p. 217-225.

LUZ, M. T. **Currículo lattes**. 2017. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/5979565457174781>. Acesso em: 18 jul. 2023.

MACHADO, A. R. W. C. P. **Anatomia e farmácia na medicina tradicional chinesa**: uma história com 6000 anos. 2015. 88f. Dissertação (Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde) – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2015. Disponível em: <https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/6845/1/Tese-%20Rita%20Pimenta%20Machado-%20final.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2023.

MACIOCIA, G. **Os fundamentos da medicina chinesa**: um texto abrangente para acupunturistas e fitoterapeutas. 2. ed. Tradução de Enéa Iara Souza Martins. São Paulo: Roca, 2014. 927p.

MAGALDI, G. **Curso de fitoterapia chinesa e brasileira: módulos I e II**. Campinas Grande: Vivace, 2014. 80p.

MARIOTTI, H. **Reduccionismo, “holismo” e pensamento sistêmico e complexo** (Suas consequências na vida cotidiana). São Paulo: Associação Palas Athena, 2000, 7p. Disponível em: <https://teoriadacomplexidade.com.br/wp-content/uploads/2021/03/ReduccionismoHolismoPensamentoSistêmico-e-Complexo.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2023.

MARQUES, V. R. B. Medicinas secretas: magia e ciência no Brasil setecentista. *In*: CHALHOUB, S.; MARQUES, V. R. B.; SAMPAIO G. R.; GALVÃO SOBRINHO, C. R. (Orgs.) **Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003. 428p. p. 163-195.

MARTINS, J. de S. **Fronteira: a degradação do outro nos confins do humano**. São Paulo: Contexto, 2009. 187p.

MELO, V. R. B. T. Construção de uma história da Medicina Japonesa pela perspectiva de Yû Fijikawa e Toyô Yamawaki. **Revista Faces da História**, Assis, SP, v. 9, n. 1, p. 352-366, 2022. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/facesdahistoria/article/view/2133/1965>. Acesso em: 15 abr. 2023.

MENDONÇA, F. **Geografia e meio ambiente**. 3. ed. São Paulo: Contexto, 1998. 74p. (Caminhos da Geografia)

MENDONÇA, F.; BUFFON, E. A. M. Riscos híbridos. *In*: MENDONÇA, F. **Riscos híbridos: concepções e perspectivas socioambientais**. São Paulo: Oficina de Textos, 2021. 142p.

MIYAZAKI, L. C.; FUSHIMI, M. Concepções do conceito de vulnerabilidade aplicado aos estudos socioambientais. *In*: DIAS, M. B. G.; NUNES, J. O. R. (Orgs.). **Trilhando pelos solos: construções de um percurso**. Porto Alegre: Compasso, 2017. 228p. p. 195-210.

MOTA, P. M. R. da; BARROS, N. F. de. A aplicação de técnicas de imposição de mãos no estresse-ansiedade: revisão sistemática da literatura. **Caderno de Terapias ocupacionais** – UFSCAR. São Carlos, SP, v. 23, n. 2, p. 381-392, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859377>. Acesso em: 05 abr. 2023.

MOUNK, Y. **O povo contra a democracia: por que nossa liberdade corre perigo e como salvá-la**. Tradução de Cássio de Arantes Leite e Débora Landsberg. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019. 419p.

MUNANGA, K. Algumas considerações sobre “raça”, ação afirmativa e identidade negra no Brasil: fundamentos antropológicos. **Revista USP**, São Paulo, n. 68, p. 46-67, dez./fev. 2005-2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/13482>. Acesso em: 24 jul. 2023.

NASCIMENTO, M. C.; BARROS, N. F.; NOGUEIRA, M. I.; LUZ, M. T. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3595-3604, 2013. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n12/3595-3604/pt>. Acesso em: 15 jul. 2023.

NASCIMENTO, M. W. N.; OLIVEIRA, I. F. Práticas integrativas e complementares grupais e o diálogo com a educação popular. Juiz de Fora, MG. **Psicologia em Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 89-97, jul./dez. 2017.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v11n2/11.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2023.

NATAL. Portaria n. 137, de 05 de maio de 2016. Natal: **Diário Oficial do Município**, 6 de maio de 2016. p. 4-5. Disponível em: https://natal.rn.gov.br/storage/app/media/DOM/anexos/dom_20160506.pdf. Acesso em: 17 jul. 2023.

NAUGLE, D. K. **Cosmovisão**: a história de um conceito. Tradução de Marcelo Herberts. Brasília: Monergismo, 2017. 488p.

NOBRES. **Lei municipal n. 1312, de 26 de março de 2014**. Nobres, MT: Prefeitura Municipal de Nobres, 2014. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mt/n/nobres/lei-ordinaria/2014/132/1312/lei-ordinaria-n-1312-2014-autoriza-a-criacao-do-programa-municipal-de-praticas-integrativas-e-complementares-de-saude-pmpics-e-da-outras-providencias>. Acesso em 20 jul. 2023.

NOVA LIMA. **Lei n. 2.460, de 25 de setembro de 2014**. Nova Lima – MG, 2014. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/n/nova-lima/lei-ordinaria/2014/246/2460/lei-ordinaria-n-2460-2014-institui-no-ambito-do-municipio-de-nova-lima-a-politica-municipal-de-praticas-integrativas-e-complementares-no-sistema-unico-de-saude-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 21 jul. 2023.

PAIVA, G. J. de. Espiritualidade e qualidade de vida: pesquisas em psicologia. *In*: TEIXEIRA, E. F. B.; MULLER, M. C.; SILVA, J. D. T. da (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPU-CRS, 2004. 243p.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Proatividade de Estados para multiculturalismo**. Nova York: ONU, 2012. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/60373-conselho-de-direitos-humanos-da-onu-pede-proatividade-de-estados-para-multiculturalismo>. Acesso em: 25 jun. 2023.

ONU. Organização das Nações Unidas. **ONU destaca importância da educação na construção da cultura de paz**. Nova York: ONU, 2017a. Disponível em: http://blogosfero.cc/rio-20/noticias-da-onu-onu-destaca-a-importancia-da-educacao-na-construcao-de-cultura-de-paz?lang=en_US. Acesso em: 13 jul. 2023.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Retorno da cura gay ameaça metas da ONU sobre HIV, diz especialista**. Brasília: ONU Brasil, 2017b. Disponível em: <https://unicrio.org.br/retorno-da-cura-gay-a-meaca-cumprimento-de-metas-da-onu-sobre-hiv-diz-especialista/>. Acesso em: 25 jun. 2023.

PARAÍBA. **Decreto Estadual n. 40.128, de 17 de março de 2020**. João Pessoa, PB. Secretaria Estadual de Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=390843>. Acesso em: 15 jul. 2023.

PARATY. **Projeto de lei n. 34/2015**. Paraty, RJ, 2015. Disponível em: http://www.paraty.rj.gov.br/camaraparaty/painel/prop/2015/Proj_Lei-077-Dezembro2015_o.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

PEREIRA, E. H. X.; PEREIRA, M. P. B. Trabalho de campo em geografia: um relato de experiência sobre a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares nas UBS em Campina Grande – PB. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE PESQUISA E ENSINO

EM CIÊNCIAS, 4, 2019, Campina Grande, PB. **Anais [...]**. Campina Grande: Realize Editora, 2019. 9f. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/57264>. Acesso em: 16 jul. 2023.

PEREIRA, M. P. B. Conhecimento geográfico para a promoção da saúde. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica**, v. 6, n. 10, p. 77-88, jun. 2010. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16978/9364>. Acesso em: 18 jul. 2023.

PEREIRA, M. P. B. **Competências e práticas sociais de promoção e vigilância à saúde na cidade do Recife: o agente de saúde em foco**. 1. ed. São Paulo: Scortecci, 2011. 350p.

PEREIRA, M. P. B. Terapias naturais, práticas integrativas e complementares na legislação municipal e estadual Brasileira. In: CONGRESSO NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES, 1. Por uma nova cultura de cuidado. **Anais [...]**. Natal: UFRN, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/32031>. Acesso em: 10 jul. 2023.

PEREIRA, M. P. B. Saberes tradicionais e alternativos em saúde coletiva: de suas origens à sua implantação na política pública de saúde no Brasil. In: ROMA, C. M.; VIEIRA, A. B.; MOTA, A. A.; GUIMARÃES, R. B. (Orgs.). **Geografia e saúde: conceitos, teorias e metodologias**. Dourados, MS: UFGD, 2020. 275p.

PEREIRA, M. P. B.; MARINHO, G. E.; AFUSO, P. G. Práticas alternativas, complementares e integrativas em saúde na cidade de Campina Grande – PB: caracterização do setor privado de prestação de serviços. **Revista Hygeia**, Uberlândia, MG, v. 15, n. 33, p. 54-66, set.

2019. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/51665/27380>. Acesso em: 03 jul. 2023.

PESSOA, S. **Ensaio médico sociais**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1978. 380p.

PORTO ALEGRE. **Política Municipal de Práticas Integrativas em Saúde**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2015. Disponível em: http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/politica_municipal_praticas_integrativas_em_saude.pdf. Acesso em: 26 jun. 2023.

RECIFE. Portaria n. 122, de 06 de julho de 2012. Recife: **Diário Oficial do Recife**, 13 set. 2012. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/pmpic_recife.pdf. Acesso em: 26 jun. 2023.

REIS, M. V. **Multiculturalismo e direitos humanos**. Brasília: Senado, 2004. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/senado/spol/pdf/ReisMulticulturalismo.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2023.

RIBEIRÃO PRETO. **Projeto de lei n. 72/2013**. Ribeirão Preto, SP: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/legislacao-municipal/pesquisa/lei/34796>. Acesso em: 26 jul. 2023.

RIO GRANDE. **Lei n. 7.437, de 19 de agosto de 2013**. Rio Grande, RS: Prefeitura Municipal do Rio Grande, 2013.

SANTA RITA DE JACUTINGA. **Lei Municipal no 1.352, de 22 de julho de 2014**. Santa Rita de Jacutinga, MG: Prefeitura Municipal de Santa Rita de Jacutinga, 2014. Disponível em: <http://publicacao.pm-srjacutinga.siplanweb.com.br/contas-publicas/documento/11>. Acesso em: 25 maio 2023.

SANTOS, D. S.; PEREIRA, M. P. B. Plantas medicinais e fitoterapia no Brasil entre 2006 e 2015 e sua relação com as práticas alternativas, complementares e integrativas em saúde: análise de publicações. *In*: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 14, 2017, Campina Grande, PB. **Anais [...]**. Campina Grande: UFCG, 2017. 16p.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 273p.

SÃO JOÃO DEL REI. **Projeto de lei n. 6.621, de 12 de novembro de 2013**. São João del Rei, MG: Prefeitura Municipal de São João del Rei, 2013. Disponível em: <https://vereadoraliviaguimaraes.blogspot.com/2013/05/projeto-de-lei-que-institui-politica.html>. Acesso em: 22 maio 2023.

SÃO PAULO. **Projeto de lei n. 124/ 2011**. Proposições da Câmara Municipal de São Paulo, 2011. Disponível em: <https://www.radarmunicipal.com.br/proposicoes/projeto-de-lei-124-2011>. Acesso em: 10 jul. 2023.

SASSEN, S. A cidade global. *In*: LAVINAS, L.; CARLETAL, L.; NABUCO, M. R. **Reestruturação do espaço urbano e regional no Brasil**. São Paulo: ANPUR/Hucitec, 1993.

SCHLESENER, A. H. **Hegemonia e cultura**. 3. ed. Curitiba: Editora da UFPR, 2007. (Pesquisa n. 6)

SECCHI, L.; COELHO, F. S.; PIRES, V. **Políticas públicas: conceitos, casos práticos, questões de concurso**. 3. ed. São Paulo: Cengage, 2020. 272p.

SIGNIFICADOS. **O que é terapia holística**. Disponível em: www.significados.com.br/terapia-holistica/. Acesso em: 30 jun. 2023.

SILVA, B. L.; RUFINO, E. A. A medicina egípcia e a influência das crenças religiosas no tratamento terapêutico no antigo Egito. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE JOVENS INVESTIGADORES – EDIÇÃO BRASIL - JOIN, 3, 2017, Campina Grande – PB. **Anais [...]**. Campina Grande: Realize Eventos, 2017, p. 1-8. Disponível em: <https://editora-realize.com.br/artigo/visualizar/49454>. Acesso em: 05 jul. 2023.

SILVA, J. M. A medicina na mesopotâmia antiga (1ª parte). **Acta Médica Portugal**, 2009, n. 22, p. 841-854. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/990/1/21334_1646-0758_2009_841-854.pdf_1parte.pdf. Acesso em: 05 jul. 2023.

SILVA, L. M.; PEREIRA, M. P. B. Limites e potencialidades da expansão das práticas alternativas, complementares e integrativas em saúde em Campina Grande – PB: *In*: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFCG, 14, 2017, Campina Grande – PB. **Anais [...]**. Campina Grande: UFCG, 2017. 18f.

SIRE, J. W. **O universo ao lado: um catálogo básico sobre cosmologia**. 5. ed. Tradução de Marcelo Herberts. Brasília: Editora Monergismo, 2018. 318p.

SOHISTORIA. **Divisão dos períodos da história.** Disponível em: www.sohistoria.com.br/ef2/periodoshist/index.php. 2019. Acesso em: 05 jul. 2023.

SOUSA, V. S. **Um olhar sobre as práticas de cura em Campina Grande:** moradores e agentes comunitários de saúde em busca de uma racionalidade alternativa em saúde. 53f. 2014. Monografia (Graduação em Geografia) – Unidade Acadêmica de Geografia/ UFCC, Campina Grande, 2014. Disponível em: www.prosaudegeo.com.br/tcc. Acesso em: 20 jul. 2023.

SOUSA, V. S.; PEREIRA, M. P. B. **A arte de cuidar da saúde:** relação entre o morador e o ACS em Campina Grande – PB. 10f. Iniciação Científica (PIBIC/CNPq/UFCC) – Unidade Acadêmica de Geografia, Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2013.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul./dez. 2006. p. 20-45.

SOUZA, E. M. S.; PEREIRA, M. P. B. Práticas alternativas, complementares e integrativas em saúde no município de Campina Grande – PB. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 12, 2016, Campina Grande – PB. **Anais [...]** Campina Grande: UFCC, 2016. 23f.

SOUZA, G. M. Noções de fronteira na teoria e na práxis do regionalismo: uma visão crítica. **Civitas**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 245-261, maio/ago. 2018. Dossiê: Mundialização, regionalização e fronteiras. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/civitas/a/tT4dkL8XmPd97KLXxRvxFKL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2023.

SOUZA, M. L. **Os conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espa-cial.** 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2015. 320p.

SOUZA JÚNIOR, X. S. S.; PEREIRA, M. P. B.; PAIVA, A. D. F. S.. Alternativas de viabilização do uso de plantas medicinais através do SUS em Campina Grande – PB. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE, 9, 2019, Blumenau, SC. **Anais [...]**. Blumenau: AGB, 2019. 10f.

TESSER, C. C. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, ago. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rBjQLyqRjTM4dMRczXdyKRY/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2023.

THRIFT, N. For a new regional geography. **Progress in human geography**, v. 15, n. 4, p. 456-465, 1991.

TONIOL, R. Cortina de fumaça: terapias alternativas/ complementares além da Nova Era. **Rever**, ano 6, n. 2, p. 31-54, maio/ago. 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/rever/article/view/29281>. Acesso em: 18 jul. 2023.

UBERLÂNDIA. **Lei n. 11.309, de 18 de fevereiro de 2013.** Uberlândia, MG: Legislação Municipal de Uberlândia, 2013. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/u/uberlandia/lei-ordinaria/2013/1131/11309/lei-ordinaria-n-11309-2013-autoriza-a-criacao-do-programa-municipal-de-praticas-integrativas-e-complementares-de-saude-pmpics-e-da-outras-providencias-2013-03-27-versao-consolidada>. Acesso em: 20 jul. 2023.

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. **Uma breve história da escrita**. Minas Gerais: Espaço do Conhecimento UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.ufmg.br/espacodoconhecimento/historia-escrita/>. Acesso em: 20 jul. 2023.

VESENTINI, W. **Novas geopolíticas**. 4. ed. São Paulo: Contexto, 2009. 115p.

WHO. World Health Organization. **The promotion and development of traditional medicine**. Genebra, Suíça, 1978. 44p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241206225>. Acesso em: 10 jul. 2023.

WHO. World Health Organization. **Traditional Medicine Strategy 2002-2005**. Genebra, Suíça: World Health Organization, 2002, 74p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-ED-M-TRM-2002.1>. Acesso em: 23 jul. 2023.

WHO. World Health Organization. **Traditional Medicine Strategy 2014-2023**. Genebra, Suíça: World Health Organization, 2013, 78p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096>. Acesso em: 23 jul. 2023.

APÊNDICE

APÊNDICE A - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES RECONHECIDAS NO BRASIL ATÉ 2018

(Continua...)

PRÁTICA	DESCRIÇÃO BÁSICA	ORIGENS	FONTE/ PORTARIA
ACUPUNTURA	Busca estimular locais anatômicos, definidos por meio da inserção de agulhas.	China (pelo menos 3000 a.C.)	Portaria nº 971/2006
APITERAPIA	Utiliza produtos relacionados à abelha e seus derivados.	China/ Egito (Idade Antiga, 4000 a.C. ~até 476 d.C.)	Portaria nº 702/2018
AROMATERAPIA	Utiliza óleos essenciais (concentrados voláteis extraídos de vegetais) para uso terapêutico.	França e Inglaterra (década de 1930)	Portaria nº 702/2018
ARTETERAPIA	Utiliza a arte como processo terapêutico. Voltada para a análise e o bem-estar da pessoa individualmente ou de grupos populacionais que tenham habilidades ou não para a arte.	Inglaterra e Suíça (séc. XIX/ junção de arte, psicologia, psiquiatria e psicanálise)	Aguiar e Macri (2010)/ Vasconcelos e Giglio (2007)/ Portaria nº 849/2017
AYURVEDA	É um tratamento individualizado, a partir de cada paciente, em que se consideram seus campos energético, mental e espiritual.	Índia (entre 2000 e 1000 a.C.)	Portaria nº 849/2017
BIODANÇA	Denominada dança da vida, busca integrar o ser humano com o outro e seu meio através de vivências, dinâmicas, cantos, músicas, exercícios e danças.	Chile (Rolando Toro, psicólogo chileno relacionado ao movimento ecológico na década de 1960)	Reis (2009); Portaria nº 849/2017

(Continua...)

PRÁTICA	DESCRIÇÃO BÁSICA	ORIGENS	FONTE/ PORTARIA
BIOENERGÉTICA	É exercida com movimentos sincronizados com a respiração para exercer uma visão diagnóstica e terapêutica.	Áustria (década de 1930)	Oliveira, Silva e Rolin (2013); Portaria n° 702/2018
CONSTELAÇÃO FAMILIAR	Técnica que busca representar espacialmente as relações familiares para identificar bloqueios emocionais de gerações ou membros da família atual.	Alemanha (Bert Hellinger – década de 1980)	Portaria n° 702/2018
CROMOTERAPIA	É uma prática terapêutica que utiliza cores no tratamento de doenças, baseia-se no entendimento de que a cromoterapia seria a interação da energia (luz) com a matéria. É utilizada para estabelecer e restaurar o equilíbrio físico e energético.	Rússia (no século XX, foi comprovada certa influência pelo biofísico russo Alexander Gurwitsch -1922)	Lozano, Serra, Jové, Blanco (2012); Portaria n° 702/2018
DANÇA CIRCULAR	É uma dança realizada em forma de círculo, de mãos dadas e com uma música que auxilia no movimento. Durante o processo, os participantes começam a interagir de tal maneira que estimula um tipo de consciência coletiva do seu eu, do seu corpo e do outro, melhorando o estado emocional geral.	Alemanha (apesar da origem em várias culturas, foi organizada pelo bailarino alemão Bernard Wosien na década de 1970)	Andrada e Souza (2015); Portaria n° 849/2017
FITOTERAPIA/ PLANTAS MEDICINAIS	Utiliza as plantas medicinais naturalmente ou em forma farmacêutica (porém sem a utilização de substâncias ativas isoladas).	Desde a Pré-História (antes do surgimento da escrita até meados de 4000 a.C.). Primeiros registros escritos na China (2838 a. C.), Egito e Índia (1500 a.C.)	Portaria n° 971/2006

(Continua...)

PRÁTICA	DESCRIÇÃO BÁSICA	ORIGENS	FONTE/ PORTARIA
GEOTERAPIA	Utiliza a argila diluída em água para ser aplicada no corpo ou em forma de cápsula para ser ingerida. O contato da argila com a parte externa ou interna do corpo permite reações bioquímicas, auxiliando em tratamentos de saúde.	Originária de vários povos antigos, dentre eles os mesopotâmios, gregos, egípcios e chineses, é utilizada nos dias atuais. Há indícios desde 3000 a.C.	Nardy (2018); Portaria n° 702/2018
HIPNOTERAPIA	Na atualidade, tem relação com a utilização de técnicas para provocar intenso relaxamento e um estado de consciência aumentado com o objetivo de modificar algumas condições ou comportamentos.	Antigo Egito (3200 a 2100 a.C.). Organizada na atualidade por Milton Hyland Erickson (EUA) (década de 1920)	Cortez e Oliveira (2003); Bauer (2016); Portaria n° 702/2018
HOMEOPATIA	Sistema médico complexo, holístico, que tem suas bases no princípio vitalista e na lei dos semelhantes. Tem influência de Hipócrates e Paracelso.	Alemanha (1796)	Corrêa, Siqueira-Batista e Quintas (1997); Portaria n° 971/2006
IMPOSIÇÃO DE MÃOS	Técnica ou prática que se caracteriza pela imposição das mãos e um esforço meditativo para transferir energia vital (<i>ch'i, prana, ká</i> , poder do espírito santo) para restabelecer o equilíbrio energético humano, melhorando a saúde do indivíduo que recebe essa energia. É utilizada na cultura judaico-cristã, todavia as técnicas consideradas PICS são: <i>reiki</i> , toque terapêutico e toque de cura.	Índia (<i>prana</i>), China (<i>ch'i</i>), Egito (<i>ká</i>) e Israel (Espírito Santo), pelo menos, em 500 a.C.	Motta e Barros (2015); Teixeira (2009); Portaria n° 702/2018
MEDICINA ANTROPOSÓFICA/ ANTROPOSOFIA APLICADA À SAÚDE	Abordagem de base vitalista, transdisciplinar, que faz uso de diagnósticos e terapias da medicina convencional, porém tendo por base a filosofia antroposófica. Busca uma visão humanística da medicina.	Áustria (início do séc. XX)	Follador (2013); Portarias n° 1600/2006 e 702/2018

(Continua...)

PRÁTICA	DESCRIÇÃO BÁSICA	ORIGENS	FONTE/ PORTARIA
MEDITAÇÃO	Configura-se como uma prática que integra a mente e o corpo no sentido de fazer a pessoa ter atenção plena no tempo presente. Treina a focalização e a atenção	Índia e Paquistão (por volta de 3.000 a 2500 a.C., desenvolveu-se uma cultura meditativa no Vale do Indo – região que se estende hoje do Paquistão ao Vale do Ganges, civilizações de Harappa e Mohenjo Daro)	Bittencourt (2017); Portaria nº 849/2017
MUSICOTERAPIA	Foi concebida como a utilização da música e seus elementos correlatos (som, ritmo, melodia e harmonia) para auxiliar no processo de cura de um indivíduo ou grupo.	EUA (1968 – com a publicação do Tratado de Musicoterapia, organizado pelo prof. E. Thayer Gaston da Universidade do Kansas – EUA)	Barcellos (2009); Portaria nº 849/2017
NATUROPATIA	Tipo de medicina que combina conhecimentos modernos com terapias naturais tradicionais, com o intuito de estimular a capacidade do corpo para curar-se.	Alemanha (Dr. Benedict Lust definiu o termo em 1895, mudou-se para os EUA e fundou, em 1902, a primeira Universidade de Naturopatia da América)	Ceratti (2018); Portaria nº 849/2017
OUTRAS TÉCNICAS DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	Podem ser exercidas por qualquer profissional da saúde.	China	Portaria nº 633/2017
OSTEOPATIA	É uma forma de terapia manual que atua a partir da manipulação de articulações e tecidos, promovendo o alívio e a cura dos problemas estruturais e funcionais do corpo humano.	EUA (pós-Guerra Civil no final do séc. XIX)	Henriques (2011); Karaliunaitė (2016); Portaria nº 849/2017

(Continua...)

PRÁTICA	DESCRIÇÃO BÁSICA	ORIGENS	FONTE/ PORTARIA
OZONIOTERAPIA	É uma forma terapêutica com a utilização de ozônio por diversas vias de administração (subcutânea, intramuscular, intradiscal, intracavitária, intravaginal, intrauretral, vesical e auto-hemoterapia ozonizada)	Alemanha (administrada pela primeira vez no tratamento de soldados alemães com gangrena gasosa na I Guerra Mundial – entre 1914 e 1918).	Travagli (2010); Morette (2011); Portaria nº 702/2018
QUIROPRAXIA	Arte, ciência e filosofia empírica, vitalista e holística, que utiliza as mãos para tratar e prevenir desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e as consequentes doenças que têm origem nesse sistema.	EUA (pós-Guerra Civil no final do séc. XIX)	Neves (2016); Portaria nº 849/2017
REFLEXOTERAPIA	Técnica que utiliza as mãos para estimular áreas dos pés e das mãos do paciente para melhorar de sua saúde. Tem por base teórica as áreas reflexas nos pés dos meridianos, trabalhados pela acupuntura e os chacras da medicina indiana.	EUA (em 1913, o médico William Fitzgerald iniciou a reflexologia da forma como é entendida na atualidade)	Ribeiro (2009); Portaria nº 849/2017
REIKI	A partir da imposição de mãos (toque ou aproximação), busca restabelecer o equilíbrio energético da pessoa a partir de uma concepção de harmonização dos chacras. Tem influência indiana e chinesa.	Japão (organizado por Mikao Usui no fim do séc. XIX)	Machado (2012); Portaria nº 849/2017
SHANTALA	É uma massagem realizada principalmente em bebês, que visa estimular o bom funcionamento de várias partes do corpo e fortalecer o vínculo emocional.	Índia (entre 2000 e 1000 a.C.), nasce junto com a Ayurveda. Foi trazida para a cultura ocidental pelo obstetra francês Frédéric Leboyer na década de 1970.	Davel (2014); Moreira, Duarte e Carvalho (2011); Portaria nº 849/2017

(Continuação)

PRÁTICA	DESCRIÇÃO BÁSICA	ORIGENS	FONTE/ PORTARIA
TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA	Foi desenvolvida em formato de roda. Os participantes têm a oportunidade de falar sobre suas histórias de vida e compartilhar experiências, conseguindo resolver seus problemas de forma coletiva.	Brasil (década de 1980)	Carício (2010); Portaria nº 849/2017
TERAPIA DE FLORAIS	A terapia com florais é realizada com a utilização de essências florais, modificando estados vibratórios no sentido de equilibrar o emocional do indivíduo.	Inglaterra (década de 1930)	Caríssimo e Oliveira (2017); Portaria nº 702/2018
TERMALISMO SOCIAL/ CRENOTERAPIA	Utiliza águas termais, minerais e naturais no sentido de recuperar, manter e promover a saúde. Inicialmente havia um entendimento de que sua eficácia estava na esfera mágico-religiosa. A partir do final do século XIX, seu grau de eficácia foi associado à composição química da água.	Indianos, chineses, egípcios, judeus, gregos e no Império Romano. Em relação aos gregos, há registro desde 450 a.C.; médicos hidrologistas franceses no final do séc. XIX.	Hellmann e Rodrigues (2017); Lazzerini e Bonnoto (2014); Quintela (2004); Portarias nº 971/2006 e 702/2018/
YOCA	Prática corporal e mental que busca equilibrar o indivíduo ao ponto de unir o corpo com o criador do Universo, buscando uma fusão entre os dois	Índia (entre 4000 e 500 a.C.). No formato atual – início do século XX, através de um duplo movimento de aproximação do indiano com os EUA e a Europa; e do ocidental em geral com a Índia.	Gnerre (2010); Portaria nº 849/2017

Fonte: Organizado pela autora (2019).

ANEXOS

ANEXO A - LEI MUNICIPAL [HTTPS://SAPL.CAMPINAGRANDE.PB.LEG.BR/MEDIA/SAPL/PUBLIC/NORMAJURIDICA/2020/9051/LEI_7.483.PDF](https://sapl.campinagrande.pb.leg.br/media/sapl/public/normaJuridica/2020/9051/lei_7.483.pdf) ;



POLÍTICA MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE DA
CAMPINA GRANDE - PMPICS/CGESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
GABINETE DO PREFEITO

Do-in; Fitoterapia; Homeopatia; Iridologia; Medicina Antroposófica; Massoterapia, Meditação; Musicoterapia; Naturopatia; Osteopatia; Pilates; Quiropraxia; Reflexoterapia; Reiki; Shantala; Tenda do Conto; Terapia Bioenergética; Terapia Comunitária Integrativa; Terapia Floral, Watsu e Yoga.

§ 1º - Os conceitos, históricos e fundamentos de cada uma das Práticas, acima elencadas, constam nas Portarias 971/2006, 849/2017 e 702/2018, do Ministério da Saúde e no Anexo I, parte integrante desta Lei.

§ 2º - Outras Práticas Integrativas e Complementares em Saúde poderão ser incorporadas a esta Política, desde que orientadas pelos princípios descritos no parágrafo único do artigo primeiro desta Lei.

Art. 4º - Os objetivos e as diretrizes gerais desta Política, bem como as diretrizes específicas de cada Prática constam no Anexo I, que é parte integrante desta Lei.

Art. 5º - A Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde será executada pela Secretaria de Saúde e deverá contar com ações das outras secretarias afins e/ou órgãos municipais, para dar suporte à plena efetivação de suas atividades.

Art. 6º - Para o disposto nesta Lei, o Poder Executivo poderá celebrar convênios com órgãos federais e estaduais, bem como com entidades nacionais e internacionais.

Art. 7º - Fica o Poder Executivo autorizado a expedir os atos necessários à execução desta Lei.

Art. 8º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.


ROMERO RODRIGUES
Prefeito Municipal

I. Objetivo Geral

Implantar as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PICS na rede de serviços públicos de saúde do Município, oferecendo novas opções terapêuticas aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

II. Objetivos Específicos:

- Garantir o acesso da população a todas as formas disponíveis de terapêutica, segundo sua preferência e indicação;
- Prestar cuidado continuado, humanizado e integral, visando à promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde;
- Aumentar a resolubilidade do Sistema de Saúde, garantindo a qualidade, a eficácia, a eficiência e a segurança das PICS oferecidas;
- Proporcionar formação específica para os profissionais de saúde que desejem utilizar as PICS;
- Garantir a participação popular nas ações das PICS, valorizando a cultura local e a troca de saberes;
- Estimular a população ao autocuidado e à corresponsabilização pelo cuidado à saúde;
- Fomentar ações intersetoriais, agregando parceiros de outras Secretarias e instituições;

- Diminuir a necessidade do uso dos medicamentos alopáticos, evitando seus efeitos iatrogênicos, tóxicos e colaterais pelo seu uso excessivo;
- Reduzir as internações hospitalares por causas evitáveis;
- Reduzir os custos com realização de exames complementares.

III. Diretrizes Gerais:

- Criação da Coordenação Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, que será responsável pelas ações da Política Municipal de PICS, incluindo-a no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, como componente da Diretoria de Atenção à Saúde;
- Estabelecimento de metas e prioridades para a organização da assistência à saúde por meio das PICS;
- Implantação do Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde de Campina Grande, que funcionará como referência técnica para a política e para a rede de serviços de saúde, contribuindo para a construção e qualificação de fluxos assistenciais, oferecendo retaguarda assistencial especializada para a rede de serviços na área de práticas integrativas, complementares e naturais. Funcionará, também, como espaço cultural de divulgação e discussão sobre as PICS no município e como espaço para o desenvolvimento de protocolos e projetos de pesquisa na área;
- Manutenção de um sistema de referência e contrarreferência organizado e formalizado;
- Destinação dos procedimentos e ações envolvendo as PICS apenas aos residentes no município de Campina Grande;
- Definição de indicadores e instrumentos de avaliação para acompanhamento dos serviços implantados;
- Divulgação e informação da Política Municipal de PICS para a população;

- Elaboração de material instrucional e educativo sobre as PICS;
- Oferta de qualificação em PICS para os profissionais de saúde no SUS;
- Estabelecimento de parcerias com as Universidades e outras instituições de ensino públicas ou privadas, visando estimular a formação de profissionais nas PICS, bem como a realização de pesquisas na área;
- Estabelecimento de parcerias com as demais Secretarias Municipais e órgãos públicos afins, bem como com setores da sociedade civil;
- Elaboração de linhas de cuidado, protocolos, fluxos, normas técnicas e ações das PICS, articuladas com os serviços da Rede de Saúde;
- Incentivo à inserção das PICS em todos os níveis de atenção;
- Disponibilização de todos os insumos necessários à implementação das PICS, continuamente;
- Organização do fornecimento de medicamentos relacionados às PICS nos três níveis de atenção;
- Estruturação da rede de distribuição e logística para plantas medicinais;
- Criação de referência técnica em Assistência Farmacêutica na Coordenação Municipal de PICS;
- Incentivo à produção de tecnologia nacional para os medicamentos relacionados às PICS, evitando a geração de novas dependências farmacêuticas internacionais, diminuindo os custos;
- Criação de cargos e realização de concursos específicos para as áreas das PICS, após definição de estrutura e dimensionamento dos serviços de saúde;
- Garantia de recursos orçamentários e financeiros para a implantação e a continuidade dos serviços;
- Criação, no âmbito da Secretaria de Saúde, da Câmara Técnica de PICS, a fim de prestar apoio técnico.

IV. Diretrizes Específicas:

1. Acupuntura

- Desenvolvimento da Acupuntura, entendendo-a como uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda, de modo integral e dinâmico, o processo saúde-doença no ser humano, compreendendo 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;
- Inserção da Acupuntura, fundamentada, em teoria e prática, na Medicina Tradicional Chinesa, nos serviços públicos da rede de saúde do município, em todos os níveis de atenção;
- Incentivo à inserção da Acupuntura nos serviços da rede complementar de saúde;
- Elaboração de critérios de avaliação dos casos a serem contemplados com a Acupuntura, com base na anamnese própria da Medicina Tradicional Chinesa;
- Disponibilização, aos usuários, de sessões de Acupuntura, com todas as suas práticas e técnicas associadas, para a obtenção de resultados terapêuticos efetivos, a saber: Acupuntura Sistêmica, com uso de agulhas filiformes e/ou intradérmicas (*Hinaishim*); Acupuntura Reflexa (Auriculoterapia, Cranioacupuntura, Quiroacupuntura, Acupuntura punho-tornozelo, Acupuntura abdominal, Acupuntura do segundo metacarpo, Acupuntura lingual); Ventosaterapia; Moxabustão (bastão, cone, botão, algodão); Eletroacupuntura; Laseracupuntura; *Kobei akabane*; *Ryodoraku*; Sangria; *Gua sha*;
- Promoção de cursos de formação e capacitação em Acupuntura para os servidores municipais de saúde;

- Fomento e apoio à formação e/ou ao aperfeiçoamento permanente de profissionais da saúde em Acupuntura, através de universidades e outras instituições de ensino, públicas ou privadas;
- Criação de instrumentos de acompanhamento e avaliação do desempenho da implementação da Acupuntura na rede de serviços de saúde municipal;
- Garantia e difusão das informações sobre a Acupuntura e sua oferta na rede de saúde pública;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à execução da Acupuntura.

2. Arteterapia

- Compreensão da Arteterapia como uma prática baseada no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida, que utiliza a arte como base do processo terapêutico, fazendo uso de diversas técnicas expressivas, como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, entre outras, podendo ser realizada de forma individual ou em grupo;
- Inserção da Arteterapia nos serviços públicos da rede de saúde do município, em todos os níveis de atenção;
- Garantia do acesso da comunidade à Arteterapia;
- Promoção de cursos de iniciação em Arteterapia para as pessoas atendidas, a fim de que possam se autocuidar e cuidar dos outros;
- Promoção de eventos para informar a população sobre a Arteterapia;
- Divulgação da oferta de Arteterapia na rede de saúde pública;
- Realização de atendimento domiciliar aos usuários com impossibilidade de locomoção;

- Estabelecimento de instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implementação da Arteterapia na rede de serviços de saúde municipal;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à execução da Arteterapia;
- Promoção de encontros com os profissionais da saúde, visando trocar informações sobre as atividades realizadas, e promover momentos de cuidado e autocuidado, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento;
- Designação de uma coordenação que se responsabilize pelo movimento dos terapeutas e tratamentos realizados;

3. Ayurveda

- Conceituação do Ayurveda como sistema terapêutico que agrega em si mesmo princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não desvinculá-lo e considerando os campos energético, mental e espiritual, utilizando técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais, técnicas respiratórias, posições e exercícios e a dietoterapia;
- Inserção do sistema terapêutico Ayurveda nos serviços públicos de saúde, em todos os níveis de atenção;
- Promoção de cursos de formação na abordagem de cuidado Ayurveda para os servidores municipais de saúde;
- Promoção de eventos para informar a população sobre o sistema terapêutico Ayurveda;
- Divulgação da oferta do sistema terapêutico Ayurveda na rede de saúde pública;
- Promoção de cursos/oficinas sobre o sistema terapêutico Ayurveda para as pessoas atendidas, a fim de que possam se autocuidar e cuidar dos outros;

- Designação de uma coordenação que se responsabilize pelo movimento dos terapeutas e tratamentos realizados;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à abordagem de cuidado Ayurveda.

4. Biodança

- Entendimento de que a Biodança é uma prática de abordagem sistêmica, inspirada nas origens mais primitivas da dança, que busca restabelecer as conexões do indivíduos consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva, através de metodologia que busca induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos selecionados, como músicas, cantos, exercícios e dinâmicas, capazes de gerar experiências que estimulam a plasticidade neuronal e a criação de novas redes sinápticas, produzindo efeitos na saúde;
- Inserção da Biodança nos serviços públicos de saúde;
- Oferta de cursos de formação em Biodança aos servidores municipais de saúde;
- Incentivo à realização da Biodança nos grupos de usuários das Unidades Básicas de Saúde;
- Informação à população sobre a Biodança;
- Divulgação da oferta da Biodança na rede de saúde pública;
- Promoção de encontros com os profissionais da saúde, visando trocar informações sobre as atividades realizadas e promover momentos de cuidado e autocuidado, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à execução da Biodança.

5. Biomagnetismo

- Entendimento do Biomagnetismo (ou Magnetoterapia) como a terapia que utiliza a aplicação de ímãs e de aparelhos magnéticos especiais em várias partes do corpo, visando à regularização energética do organismo, baseado no fato de que o ser humano contrai uma série de doenças devido às interferências que recebe no seu campo magnético natural;
- Inserção do Biomagnetismo nos serviços públicos da rede de saúde no município, em todos os níveis de atenção;
- Promoção de cursos de formação e capacitação em Biomagnetismo para os servidores municipais de saúde;
- Promoção de eventos para informar a população sobre o Biomagnetismo;
- Divulgação da oferta do Biomagnetismo na rede de saúde pública;
- Estabelecimento de instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implementação do Biomagnetismo na rede de serviços de saúde municipal;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à execução do Biomagnetismo.

6. Dança Circular

- Compreensão da Dança Circular como uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas, que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes, tendo como principal enfoque não a técnica, mas o sentimento de união de grupo, o espírito comunitário que se instala a partir do momento em que todos, de mãos dadas, apoiam e auxiliam os companheiros;
- Inserção da Dança Circular nos serviços públicos de saúde;

- Oferta de cursos de formação em Dança Circular aos servidores municipais de saúde;
- Incentivo à realização da Dança Circular nos grupos de usuários das Unidades Básicas de Saúde;
- Informação à população sobre a Dança Circular;
- Divulgação da oferta da Dança Circular na rede de saúde pública;
- Promoção de encontros com os profissionais da saúde, visando trocar informações sobre as atividades realizadas e promover momentos de cuidado e autocuidado, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à execução da Dança Circular.

7. *Do-in*

- Utilização do *Do-in* como método terapêutico de estimulação de pontos estratégicos, localizados na pele e diretamente relacionados ao funcionamento do organismo, através de pressão, fricções e massagens com os dedos das mãos, atuando no fluxo energético do corpo, intensificando a circulação da força vital e eliminando os bloqueios responsáveis pelas disfunções orgânicas;
- Inserção do *Do-in*, fundamentado, em teoria e prática, na Medicina Tradicional Chinesa, nos serviços públicos da rede de saúde do município, em todos os níveis de atenção;
- Incentivo da inserção do *Do-in* nos serviços da rede complementar de saúde;
- Elaboração de critérios de avaliação dos casos a serem contemplados com o *Do-in*, com base na anamnese própria da Medicina Tradicional Chinesa;
- Disponibilização, aos usuários, de sessões de *Do-in*, com todas as suas práticas e técnicas associadas;

- Realização de atendimento domiciliar aos usuários com impossibilidade de locomoção;
- Promoção de cursos de formação e capacitação em *Do-in* para as pessoas atendidas, a fim de que possam se autocuidar e cuidar dos outros;
- Criação de instrumentos de acompanhamento e avaliação do desempenho da implementação do *Do-in* na rede de serviços de saúde municipal;
- Garantia de difusão das informações sobre o *Do-in* e sua oferta na rede de saúde pública;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à execução do *Do-in*.

8. Fitoterapia

- Entendimento da Fitoterapia como uma terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais, em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal;
- Inserção da Fitoterapia nos serviços públicos da rede de saúde do município, em todos os níveis de atenção;
- Incentivo à inserção da Fitoterapia nos serviços da rede complementar de saúde;
- Promoção do reconhecimento das práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros;
- Identificação das necessidades da maioria da população, a partir de dados epidemiológicos das doenças passíveis de serem tratadas com plantas medicinais e fitoterápicos;
- Realização de diagnóstico situacional das plantas medicinais e fitoterápicos já utilizados por usuários e/ou profissionais prescritores no programa municipal e outros relacionados ao tema.

Após estes dados, estabelecer critérios para inclusão e exclusão de plantas medicinais e fitoterápicos nas relações nacionais, baseados nos conceitos de eficácia e segurança, produzindo material específico (memento fitoterápico) com a relação das plantas medicinais e fitoterápicos que serão utilizados no SUS-Municipal;

- Garantia e promoção da segurança, eficácia e qualidade no acesso às plantas medicinais e fitoterápicos;
- Disponibilização das plantas medicinais, drogas vegetais e fitoterápicos para os usuários, nas diversas formas e apresentações farmacêuticas, através de produção própria ou convênio com farmácias privadas;
- Disponibilização das plantas medicinais e/ou fitoterápicos nas unidades de saúde, de forma complementar, seja na Estratégia de Saúde da Família, seja no modelo tradicional ou nas unidades de média e alta complexidade, utilizando um ou mais dos seguintes produtos: planta medicinal *in natura*, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado. Os critérios para cultivo, aquisição da planta medicinal seca, fitoterápico manipulado ou industrializado seguirão os inscritos e normativos da Política e do **Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos** (p. 49, 50, 51);
- Apoio a projetos de criação de Farmácias Vivas no município;
- Promoção da formação técnico-científica e da capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos;
- Promoção de cursos de especialização em Fitoterapia dirigidos a profissionais de saúde na rede de Atenção Básica;
- Estímulo aos estágios nos serviços de fitoterapia aos profissionais das equipes de saúde e estudantes dos cursos técnicos e de graduação;

- Estímulo ao ensino de disciplinas ou práticas com conteúdo voltado às plantas medicinais e fitoterapia nas escolas municipais;
- Promoção de eventos para informar a população sobre a Fitoterapia;
- Divulgação da inserção da Fitoterapia na rede de saúde pública;
- Estabelecimento de instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da inserção da Fitoterapia na rede de serviços de saúde municipal;
- Priorização, como objeto de estudo, dos recursos naturais da flora do Estado da Paraíba e da região de Campina Grande, a fim de que as plantas regionais possam se tornar cientificamente conhecidas.

9. Homeopatia

- Desenvolvimento da Homeopatia, entendendo-a como um sistema médico complexo, de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, e que faz uso de medicamentos diluídos e dinamizados;
- Inserção da Homeopatia nos serviços públicos da rede de saúde do município, em todos os níveis de atenção;
- Incentivo à inserção da Homeopatia nos serviços da rede complementar de saúde;
- Promoção de cursos de formação e capacitação em Homeopatia para os servidores municipais de saúde;
- Fomento e apoio à formação de profissionais da saúde em Homeopatia, pelas universidades e outras instituições de ensino, públicas ou privadas;
- Elaboração da Relação Municipal de Medicamentos Homeopáticos, segundo os estudos do grupo técnico;

- Disponibilização dos medicamentos homeopáticos para os usuários, nas diversas formas e apresentações farmacêuticas, através de produção própria ou convênio com farmácias privadas;
- Promoção de eventos para informar a população sobre a Homeopatia;
- Divulgação da inserção da homeopatia na rede de saúde pública;
- Estabelecimento de instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da inserção da homeopatia na rede de serviços de saúde municipal.

10. Iridologia

- Utilização da Iridologia entendendo-a como a ciência que estuda a íris do olho, observando, através desta, todo o funcionamento do organismo, sendo possível detectar desequilíbrios orgânicos e diagnosticar doenças mesmo antes de suas manifestações aparentes;
- Inserção da Iridologia nos serviços públicos da rede de saúde do município, em todos os níveis de atenção;
- Incentivo da inserção da Iridologia nos serviços da rede complementar de saúde;
- Garantia do acesso da comunidade à Iridologia;
- Promoção de cursos de formação e capacitação em Iridologia para os servidores municipais de saúde;
- Promoção de eventos para informar a população sobre a Iridologia;
- Divulgação da oferta da Iridologia na rede de saúde pública;
- Estabelecimento de instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implementação da Iridologia na rede de serviços de saúde municipal;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à realização do exame iridológico;

- Utilização do exame iridológico como forma de diagnóstico, sendo o primeiro passo para a prescrição de hábitos de vida saudáveis e tratamentos adequados, que contribuirão na promoção da saúde e prevenção de doenças.

11. Massoterapia

- Entendimento da Massoterapia como um conjunto de técnicas de massagens terapêuticas, cujo objetivo é melhorar a saúde e prevenir alguns desequilíbrios corporais, por meio do ato de tocar regiões do corpo, realizando movimentos fortes ou sutis;
- Inserção da Massoterapia nos serviços públicos de saúde, em todos os níveis de atenção;
- Oferta de cursos de Massoterapia aos servidores municipais de saúde;
- Promoção de eventos para informar a população sobre a Massoterapia;
- Divulgação da oferta da Massoterapia na rede de saúde pública;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à prática da Massoterapia.

12. Medicina Antroposófica

- Entendimento da Medicina Antroposófica 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;
- Elaboração da Relação Municipal de Medicamentos Antroposóficos, segundo os estudos do grupo técnico;
- Disponibilização dos medicamentos antroposóficos para os usuários, nas diversas formas e apresentações farmacêuticas, através de produção própria ou convênio com farmácias privadas;

- Elaboração da relação dos insumos necessários para a realização dos procedimentos terapêuticos não medicamentosos, segundo os estudos do grupo técnico;
- Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação para a Medicina Antroposófica;
- Proposta, junto ao Ministério da Saúde, da criação de códigos para os procedimentos da Medicina Antroposófica.

13. Meditação

- Compreensão de que Meditação é uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, constituindo-se em um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo, que traz benefícios para o sistema cognitivo, promove a concentração, auxilia na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde;
- Inserção da prática da Meditação nas atividades grupais e/ou individuais dos serviços públicos de saúde, em todos os níveis de atenção;
- Promoção de cursos de treinamento em Meditação para os servidores municipais de saúde;
- Promoção de eventos para informar a população sobre a prática da Meditação;
- Divulgação da oferta da prática de Meditação na rede de saúde pública;
- Promoção de encontros de tratamento com os profissionais da saúde, visando trocar informações sobre os atendimentos feitos e realizar o autocuidado dos cuidadores, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à prática da Meditação.

14. Musicoterapia

- Compreensão da Musicoterapia como a terapia que utiliza a música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou em forma individualizada, para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, objetivando desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida;
- Inserção da Musicoterapia nos serviços públicos da rede de saúde do município, em todos os níveis de atenção;
- Promoção de cursos de formação e capacitação em Musicoterapia para os servidores municipais de saúde;
- Promoção de eventos para informar a população sobre a Musicoterapia;
- Divulgação da oferta da Musicoterapia na rede de saúde pública;
- Estabelecimento de instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implementação da Musicoterapia na rede de serviços de saúde municipal;
- Promoção de encontros com os profissionais da saúde, visando trocar informações sobre as atividades realizadas e promover momentos de cuidado e autocuidado, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à execução da Musicoterapia.

15. Naturopatia

- Entendimento da Naturopatia como a abordagem de cuidado que, por meio de métodos e recursos naturais (plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, trofologia, massagens, re-

- cursos expressivos, terapias corpo-mente e mudanças de hábitos), apoia e estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se, fundamentada nos saberes de cuidado em saúde que se baseiam no vitalismo (existência de um princípio vital presente em cada indivíduo, que influencia seu equilíbrio orgânico, emocional e mental);
- Inserção da Naturopatia no serviços públicos da rede de saúde do município, em todos os níveis de atenção;
- Incentivo à inserção da Naturopatia nos serviços da rede complementar de saúde;
- Adoção da Naturopatia como meio de acolhimento dos usuários dos serviços de saúde, sendo responsável pelo plano de cuidado destes;
- Promoção de cursos de formação e capacitação em Naturopatia para os servidores municipais de saúde;
- Promoção de eventos para informar a população sobre a Naturopatia;
- Divulgação da oferta da Naturopatia na rede de saúde pública;
- Estabelecimento de instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implementação da Naturopatia na rede de serviços de saúde municipal;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à implementação da Naturopatia.

16. Osteopatia

- Entendimento da Osteopatia como um método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos, partindo do princípio de que as disfunções de mobilidade articular e tecidual em geral contribuem para o aparecimento das enfermidades;

- Inserção da Osteopatia nos serviços públicos de saúde, em todos os níveis de atenção;
- Oferta de cursos de Osteopatia aos servidores municipais de saúde;
- Promoção de eventos para informar a população sobre a Osteopatia;
- Divulgação da oferta da Osteopatia na rede de saúde pública;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à prática da Osteopatia.

17. Pilates

- Entendimento do Pilates como sendo um método terapêutico de condicionamento físico e mental, através de movimentos variados e versáteis, que proporciona o alongamento e a fortificação do corpo, bem como o relaxamento, a melhoria da respiração, da coordenação motora, da mobilidade articular e a diminuição do estresse;
- Inserção do Pilates, com abordagem terapêutica, nos serviços públicos da rede de saúde do município, em todos os níveis de atenção;
- Garantia do acesso da comunidade ao Pilates;
- Promoção de cursos de iniciação em Pilates para as pessoas atendidas, a fim de que possam se autocuidar;
- Promoção de eventos para informar a população sobre Pilates;
- Divulgação da oferta de Pilates na rede de saúde pública;
- Realização de atendimento domiciliar aos usuários com impossibilidade de locomoção;
- Estabelecimento de instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implementação do Pilates na rede de serviços de saúde municipal;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à execução do Pilates;

- Garantia da execução do Pilates por fisioterapeuta com formação ou especialização em Pilates;
- Promoção de encontros com os profissionais de saúde, visando trocar informações sobre as atividades realizadas e promover momentos de cuidado e autocuidado, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento;
- Designação de uma coordenação que se responsabilize pelo movimento dos terapeutas e tratamentos realizados.

18. Quiropraxia

- Compreensão da Quiropraxia como uma abordagem de cuidado que utiliza elementos diagnósticos e terapêuticos manipulativos, visando ao tratamento e à prevenção das desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e dos efeitos destas na saúde em geral, utilizando as mãos para aplicar uma força controlada na articulação, pressionando além da amplitude de movimento habitual;
- Inserção da Quiropraxia nos serviços públicos especializados de saúde;
- Oferta de cursos de formação em Quiropraxia aos servidores municipais de saúde;
- Promoção de eventos para informar a população sobre Quiropraxia;
- Divulgação da oferta da Quiropraxia na rede de saúde pública;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à prática da Quiropraxia.

19. Reflexologia Podal

- Entendimento da Reflexologia Podal como sendo uma prática que utiliza estímulos em áreas reflexas dos pés, com finalidade terapêutica, partindo do princípio de que o corpo se encontra

atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões, e cada uma dessas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos, assim, ao massagear pontos-chave, ocorre a reativação da homeostase e o equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio;

- Inserção da Reflexologia Podal, fundamentada, em teoria e prática, na Medicina Tradicional Chinesa, nos serviços públicos da rede de saúde do município, em todos os níveis de atenção;
- Elaboração de critérios de avaliação dos casos a serem contemplados com a Reflexologia Podal, com base na anamnese própria da Medicina Tradicional Chinesa;
- Oferta de cursos de capacitação em Reflexologia Podal aos servidores municipais de saúde;
- Promoção de eventos para informar a população sobre a prática da Reflexologia Podal;
- Divulgação da oferta da Reflexologia Podal na rede de saúde pública;
- Estabelecimento de instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implementação da Reflexologia Podal na rede de serviços de saúde municipal.

20. Reiki

- Compreensão do *Reiki* como uma prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde, baseado na concepção vitalista de saúde e doença também presente em outros sistemas terapêuticos, que considera 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;

- Inserção da terapia *Reiki* nos serviços públicos da rede de saúde do município, em todos os níveis de atenção;
- Incentivo à inserção da Terapia nos serviços da rede complementar de saúde;
- Garantia do acesso da comunicação à terapia *Reiki*;
- Promoção de cursos de iniciação em terapia *Reiki* para as pessoas atendidas, a fim de que possam se autocuidar e cuidar dos outros;
- Promoção de eventos para informar a população sobre a terapia *Reiki*;
- Divulgação da oferta da terapia *Reiki* na rede de saúde pública;
- Realização de atendimento domiciliar aos usuários com impossibilidade de locomoção;
- Estabelecimento de instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implementação da terapia *Reiki* na rede de serviços de saúde municipal;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à execução da terapia *Reiki*;
- Promoção de encontros com os profissionais da saúde, visando trocar informações sobre as atividades realizadas e promover momentos de cuidado e autocuidado, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento;
- Designação de uma coordenação que se responsabilize pelo movimento dos terapeutas e tratamentos realizados.

21. Shantala

- Compreensão da *Shantala* como sendo uma prática de massagem para bebês e crianças, composta por uma série de movimen-

tos pelo corpo, que permite o despertar e a ampliação do vínculo cuidador e bebê, promovendo a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional;

- Inserção da *Shantala* nos serviços públicos da rede de saúde do município, em todos os níveis de atenção;
- Garantia do acesso da comunidade à *Shantala*;
- Promoção de cursos de iniciação em *Shantala* para as mães, a fim de que possam tratar seus bebês;
- Promoção de eventos para informar a população sobre a *Shantala*;
- Divulgação da oferta de cursos de *Shantala* na rede de saúde pública;
- Estabelecimento de instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implementação da *Shantala* na rede de serviços de saúde municipal;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à utilização da *Shantala* pelas mães das crianças atendidas.

22. Tenda do Conto

- Compreensão da Tenda do Conto como sendo uma tecnologia do cuidado, uma prática dialógica grupal, que utiliza objetos que remetem a histórias vividas e que podem ser divididas com o grupo, possibilitando um aprendizado coletivo, com o objetivo de promover o autoconhecimento e o amadurecimento emocional dos participantes;
- Inserção da Tenda do Conto nos serviços públicos de saúde;
- Oferta de cursos de formação em Tenda do Conto aos servidores municipais de saúde;

- Incentivo ao uso da Tenda do Conto nos grupos de usuários das Unidades Básicas de Saúde;
- Informação a população sobre a Tenda do Conto;
- Divulgação da oferta da Tenda do Conto na rede de saúde pública;
- Promoção de encontros com os profissionais da saúde, visando trocar informações sobre as atividades realizadas e promover momentos de cuidado e autocuidado, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à execução da Tenda do Conto.

23. Terapia Bioenergética

- Entendimento da Terapia Bioenergética como um sistema terapêutico que associa corpo e psiquismo, buscando o conhecimento dos bloqueios energéticos criados por traumas, conflitos e experiências negativas da infância e da vida intrauterina, através de exercícios e movimentos sincronizados com a respiração;
- Inserção da Terapia Bioenergética nos serviços públicos da rede de saúde do município, em todos os níveis de atenção;
- Incentivo da inserção da Terapia Bioenergética nos serviços da rede complementar de saúde;
- Garantia do acesso da comunidade à Terapia Bioenergética;
- Promoção de cursos de formação e capacitação em Terapia Bioenergética para os servidores municipais de saúde;
- Promoção de eventos para informar a população sobre a Terapia Bioenergética;
- Divulgação da oferta da Terapia Bioenergética na rede de saúde pública;

- Promoção de encontros com os profissionais da saúde, visando trocar informações sobre as atividades realizadas e promover momentos de cuidado e autocuidado, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento;
- Estabelecimento de instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implementação da Terapia Bioenergética na rede de serviços de saúde municipal;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à execução da Terapia Bioenergética.

24. Terapia Comunitária Integrativa - TCI

- Entendimento da TCI como sendo uma prática de intervenção nos grupos sociais, que objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias, aproveitando os recursos da própria comunidade, baseando-se no princípio de que a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades;
- Inserção da TCI nos serviços públicos de saúde;
- Oferta de cursos de formação em TCI aos servidores municipais de saúde;
- Incentivo ao uso da TCI nos grupos de usuários das Unidades Básicas de Saúde;
- Informação à população sobre a TCI;
- Divulgação do uso da TCI na rede de saúde pública;
- Promoção de encontros com os profissionais da saúde, visando trocar informações sobre as atividades realizadas e promover momentos de cuidado e autocuidado, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à execução da TCI.

25. Terapia Floral

- Entendimento da Terapia Floral como o sistema terapêutico baseado na aplicação do poder sutil de diversas flores para corrigir desequilíbrios físicos ou psíquicos, devido à capacidade das essências das flores de penetrar profundamente no terreno vital do corpo humano e de interagir nas áreas afetadas, levando a elas um poderoso substrato energético, por meio da ingestão dos remédios florais;
- Inserção da Terapia Floral nos serviços públicos da rede de saúde do município, em todos os níveis de atenção;
- Incentivo à inserção da Terapia Floral nos serviços da rede complementar de saúde;
- Identificação das necessidades da maioria da população, a partir de dados epidemiológicos das doenças passíveis de serem tratadas com a Terapia Floral;
- Garantia e promoção da segurança, da eficácia e da qualidade no acesso a Terapia Floral;
- Articulação da rede de farmácias magistrais locais, na forma da lei, para o fornecimento de essências florais até que sejam adquiridos os respectivos kits florais;
- Promoção de cursos de qualificação em Terapia Floral, em conjunto com organizações de especialistas e instituições de ensino superior, dirigida a profissionais já contratados e em atuação nas redes de atenção à saúde, com prioridade para a Atenção Básica em Saúde;
- Estimulação de estágios nos serviços aos profissionais das equipes de saúde e estudantes dos cursos técnicos e de graduação;
- Promoção de eventos para informar a população sobre a Terapia Floral;

- Divulgação da inserção da Terapia Floral na rede de saúde pública;
- Estabelecimento de instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da inserção da Terapia Floral na rede de serviços de saúde municipal;

26. *Watsu*

- Consideração do *Watsu* como uma terapia promotora do equilíbrio energético e corporal, que resulta da combinação de movimentos harmoniosos e técnicos de *Shiatsu* dentro d'água, promovendo a harmonia interior e a autoconfiança;
- Inserção do *Watsu* nos serviços públicos da rede de saúde do município, em todos os níveis de atenção;
- Elaboração de critérios de avaliação dos casos a serem contemplados com o *Watsu*;
- Promoção de cursos de formação e capacitação em *Watsu* para os servidores municipais de saúde;
- Promoção de eventos para informar a população sobre o *Watsu*;
- Divulgação da oferta do *Watsu* na rede de saúde pública;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à execução do *Watsu*;
- Estabelecimento de instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implementação do *Watsu* na rede de serviços de saúde municipal.

27. Yoga

- Compreensão da Yoga como sendo um sistema prático de cultivo pessoal, que combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento, e também o autocuidado, a alimentação saudável e a prática de uma ética que promova a não violência, servindo como um guia para a vida saudável;

- Inserção da prática de Yoga nos serviços públicos de saúde, em todos os níveis de atenção;
- Oferta de cursos de treinamento para instrutores da Yoga aos servidores municipais de saúde;
- Promoção de eventos para informar a população sobre a prática da Yoga;
- Divulgação da oferta da prática da Yoga na rede de saúde pública;
- Promoção de cursos/oficinas sobre a prática da Yoga para as pessoas atendidas, a fim de que possam se autocuidar e cuidar dos outros;
- Promoção de encontros com os profissionais da saúde, visando trocar informações sobre as atividades realizadas e promover momentos de cuidado e autocuidado, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento;
- Disponibilização de todos os recursos (físicos, materiais e humanos) necessários à prática da Yoga.

V. Estratégias para efetivação da PMPICS:

- Estruturação e fortalecimento das PICS no SUS municipal;
- Estruturação e manutenção da Coordenação Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde como responsável técnica pelas ações da PMPICS, contemplando referências técnicas para cada área das PICS;
- Estabelecimento da Comissão Intersetorial para Elaboração da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares como comissão de caráter permanente, tendo atribuições bem definidas (assessoria técnica, educação permanente, estudos, pesquisas, etc.);
- Estabelecimento de metas e prioridades para a organização da oferta das PICS;

- Incentivo à inserção das PICS em todos os níveis de atenção, nos serviços públicos de saúde e nos conveniados ao SUS, com fluxo de acesso definido;
- Elaboração de Normas e Manuais Técnicos, contendo protocolos e “linhas guias”, que servirão como documento direcionador, orientando e unificando o exercício das PICS no município, dentro de princípios institucionais específicos a cada prática;
- Divulgação das recomendações técnicas de boas práticas para as várias áreas das PICS;
- Elaboração das linhas de cuidados das PICS, de modo a proporcionar interface com as Redes de Atenção à Saúde, Áreas Estratégicas e Ciclos de vida;
- Garantia das ações de Vigilância Sanitária relacionadas às PICS;
- Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações da PMPICS;
- Fomento à articulação com as demais políticas públicas existentes no município, bem como com órgãos públicos e instituições não governamentais;
- Articulação com instituições de ensino e pesquisa para divulgação, expansão e promoção da PMPICS;
- Incentivo à pesquisa nas áreas das PICS;
- Formalização de convênios com instituições de fomento à pesquisa;
- Desenvolvimento de estratégias de qualificação e capacitação de recursos humanos em PICS para os profissionais do SUS, em conformidade com os princípios e as diretrizes estabelecidas para Educação Permanente;
- Promoção da informação e instrução sobre as PICS dirigidas aos profissionais da rede de serviços de saúde;
- Garantia de que os Projetos de Educação Permanente e de Pesquisa na área das PICS sejam adequados às demandas e necessidades

- específicas do município, e que sejam desenvolvidos, prioritariamente, por entidades e/ou entidades científicas locais;
- Realização anual de evento municipal sobre PICS;
- Participação, com representação, nos eventos nacionais e internacionais sobre PICS;
- Elaboração de indicadores para mensurar o impacto da implantação da PMPICS;
- Instituição de processos contínuos de avaliação das ações referentes às PICS;
- Monitoramento anual dos indicadores, a fim de avaliar a efetividade dos serviços relacionados às PMPICS;
- Criação de um Banco de Dados Municipal para disponibilização e divulgação de dados referentes às PICS;
- Divulgação das PICS no município entre os profissionais de saúde e a população usuária da rede de serviços;
- Promoção de eventos técnico-científicos e de debate entre os profissionais, entidades de classe, entidades científicas, sindicatos e entidades dos usuários, com periodicidade determinada, para fomentar a participação nas conferências de saúde;
- Promoção de intercâmbio com outros Municípios, Estados e Países com experiências nas PICS;
- Inserção das PICS nas campanhas publicitárias do Município;
- Inclusão dos eventos da PMPICS na agenda dos eventos da Secretaria Municipal de Saúde;
- Elaboração de material didático, informativo e formativo, para divulgação das PICS;
- Apresentação e divulgação da PMPICS na Secretaria Municipal de Saúde e nos demais serviços públicos;
- Incentivo à formação de associações de usuários das PICS;
- Criação do Conselho Regional de Terapeuta Holístico;

- Participação das entidades representativas das PICS nos Conselhos de Controle Social;

VI. Membros da Comissão para Elaboração da PMPICS:

- Alysson Lucena Lira – Acupunturista;
- Andrea Dantas – Terapeuta Holística;
- Berenice Ferreira Ramos – CMS/CG;
- Claudionor Vital – CMS/CG;
- Danilo de Almeida Vasconcelos – UEPB;
- José Benedito Reis – Terapeuta Holístico;
- Joseilton Brito de Freitas – CMS/CG;
- Luzia Maria Marinho Leite Pinto – SMS/CG;
- Maria Valquíria Nogueira do Nascimento – UFCC;
- Martha Priscila Bezerra Pereira – UFCC;
- Mércio de Araújo Silva – SMS/CG;
- Thúlio Antunes Arruda – UEPB.

FORMATO 15x21 *cm*

TIPOLOGIA *Alegreya Sans*

Nº DE PÁG. 138

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE- EDUFCG

