

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Instituto de Filosofia, Sociologia e Política
Programa de Pós-Graduação em Ciência Política



Dissertação de Mestrado

**Difusão Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em
Saúde:** desafios na implementação na atenção primária à saúde no Brasil e no
Rio Grande do Sul

Kelen de Moraes Cerqueira

Pelotas, 2023

Kelen de Moraes Cerqueira

**Difusão Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em
Saúde: desafios na implementação na atenção primária à saúde no Brasil e no
Rio Grande do Sul**

Dissertação de Mestrado a ser avaliada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Pelotas.

Orientadora: Dra. Silvana Schimanski

Pelotas, 2023

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de
BibliotecasCatalogação na Publicação

C411d Cerqueira, Kelen de Moraes

Difusão internacional de práticas integrativas e complementares em saúde : desafios na implementação na atenção primária à saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul / Kelen de Moraes Cerqueira ; Silvana Schimanski, orientadora. — Pelotas, 2023.

148 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Instituto de Filosofia, Sociologia e Política, Universidade Federal de Pelotas, 2023.

1. Internacionalização de políticas públicas. 2. Mecanismos de difusão política. 3. Medicina tradicional complementar. I. Schimanski, Silvana, orient. II. Título.

CDD : 320

Elaborada por Leda Cristina Peres Lopes CRB:
10/2064

Kelen de Moraes Cerqueira

**Difusão Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em
Saúde: desafios na implementação na atenção primária à saúde no Brasil
e no Rio Grande do Sul**

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Instituto de Filosofia, Sociologia e Política, da Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 28/08/2023

Banca examinadora:

Presidente/Orientadora: Profa. Dra. Silvana Schimanski

Profa. Dra. Etiene Villela Marroni

Profa. Dra. Élen Nunes Garcia

Suplente: Prof. Dr. Willian Daldegan de Freitas.

*Ao meu filho, motivo da minha existência, por ti me
construo e re-construo. Te amo até o infinito, filho!*

Agradecimentos

A Saúde Pública, especialidade médica em que atuo há vinte anos, me ensinou a trabalhar diariamente com múltiplas adversidades e, assim, tentar incessantemente buscar maneiras de oferecer aos meus pacientes as melhores formas de cuidados dentro do sistema público de saúde. Foi durante esta busca que me deparei com as Práticas Integrativas e Complementares em saúde – as PICS – e através delas vivenciei, junto com os que eu assisto, a minha realização profissional com a integração da Medicina Convencional e outras formas de cuidado, capazes de considerar o ser em seu âmbito físico, mental e espiritual. Sendo assim, a oportunidade de fazer um mestrado em Ciência Política, abordando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde é motivo de minha eterna gratidão a todos que me auxiliaram a chegar neste momento:

- ao meu filho, meu agradecimento pelo carinho e incentivo sempre;
- aos meus pais, pelo incentivo;
- à minha grande amiga Sandra Levien, por sempre me apoiar nos momentos mais difíceis;
- à minha amiga Cleusa Jacotett, por ter me incentivado a iniciar esta caminhada;
- à minha amiga Clarice Abitante, por ter sido a grande incentivadora do Projeto de Extensão PICS UFPel, que foi idealizado a partir dos conhecimentos produzidos por este trabalho de pesquisa;
- à minha orientadora, prof^a. Silvana Schimanski, por me orientar com tanta propriedade, retidão e doçura. Obrigada por se tornar um exemplo para mim;
- ao Dr. Marcos Pedrosa, diretor do Departamento de Gestão do Cuidado Integral na Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, que generosamente nos prestigiou com sua disponibilidade para contribuir de forma tão significativa com a realização deste trabalho;
- ao Sr. Alpheu Ferreira do Amaral Júnior, que atua como Especialista em Saúde na Secretaria Estadual de Saúde, na área técnica da

Política Estadual de PICS/RS, por todas as suas considerações decisivas à compreensão da PEPIC/RS;

- a todos os meus professores do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política por todo o empenho e dedicação, em especial à prof^a. Etiene Villela Marroni, que tanto nos contagia com seu amor pela docência.

Resumo

CERQUEIRA, Kelen M. **Difusão Internacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: desafios na implementação na atenção primária à saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul.** 2023. 148f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política). Programa de Pós-Graduação em Ciência Política. Instituto de Filosofia, Sociologia e Política. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2023.

Este trabalho analisa os desafios relacionados à difusão internacional das Práticas Integrativas e Complementares à Saúde (PICS) como uma política pública. A investigação busca identificar os desafios presentes nos três diferentes níveis políticos: internacional, nacional e estadual, considerando a Declaração de Alma Ata e a atuação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil e o estado do Rio Grande do Sul. De uma forma geral, as PICS, também conhecidas como medicinas tradicionais complementares, são recursos de tratamento com caráter multiprofissional, fundamentadas em conhecimentos tradicionais para um cuidado multidimensional - físico, emocional e espiritual - das necessidades de cada paciente. Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) possui diretrizes acerca do tema; que o Brasil instituiu sua Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PNPICS) em 2006; e o governo do estado do Rio Grande do Sul criou a sua Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PEPICS) no ano 2013; e que tais práticas ainda não são uniformemente acessadas pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), as perguntas que orientam este estudo são: quais mecanismos têm sido utilizados no processo de difusão das PICS? Quais são os agentes estatais envolvidos na difusão das PICS? Quais são os desafios à difusão da política das PICS? Parte-se do pressuposto de que no cenário contemporâneo, a política doméstica e a política internacional são interconectadas e que as fronteiras domésticas são permeáveis às propostas ou ideias do nível internacional e vice-versa. Entretanto, há desafios nesse processo que buscam ser contornados pela utilização de determinados mecanismos de difusão política. A partir da abordagem qualitativa, com finalidade analítico-descritiva, a pesquisa foi desenvolvida a partir de fontes primárias e secundárias. O estudo sugere que, apesar da institucionalização e da utilização de mecanismos de difusão, as PICS, por seus próprios atributos, ainda são consideradas temas não-prioritários e sofrem do estigma na área da saúde, por estarem relacionadas a saberes tradicionais e populares, muitos dos quais ainda carentes de evidências científicas de ensaios clínicos.

Palavras-chave: Internacionalização de políticas públicas. Mecanismos de difusão política. Medicina tradicional complementar.

Abstract

CERQUEIRA, Kelen M. **Difusão Internacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: desafios na implementação na atenção primária à saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul.** 2023. 148f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política). Programa de Pós-Graduação em Ciência Política. Instituto de Filosofia, Sociologia e Política. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2023.

This research analyzes the challenges related to the international dissemination of Integrative and Complementary Health Practices (IChP) as a public policy. The investigation seeks to identify challenges present at three levels: international, national, and state by examining the *Alma Ata Declaration* and the role of the World Health Organization (WHO), Brazil and the state of Rio Grande do Sul, respectively. In general, IChP, also known as Complementary Traditional Medicines (CTM), are multi-professional treatment resources based on traditional knowledge for multidimensional care of each patient, individually: physical, emotional and spiritual. Considering that the WHO has published guidelines on the topic, that Brazil instituted its National Policy on Integrative and Complementary Health Practices in 2006, that the government of the state of Rio Grande do Sul created its State Policy on IChP in 2013, but that such practices are still not accessed uniformly by users of the Brazilian National Health System (SUS), the questions guiding this study are as follows: what mechanisms have been used in the process of disseminating IChP? What are the state agents involved in the diffusion of IChP? What are the challenges to the dissemination of IChP policy? This study is based on the premise that domestic and international politics are interconnected in today's world and that domestic matters are influenced by foreign concepts and/or ideas and vice-versa. Eventual challenges to this adaptation process may be overcome by certain policy diffusion mechanisms. Following a qualitative, and analytical-descriptive approach, this thesis draws on primary and secondary sources, ultimately suggesting that despite institutionalization and the use of such mechanisms, IChP, due to their attributes, are still viewed as non-priority issues and suffer from stigmatization in the healthcare field because they are related to traditional and/or popular knowledge, much of which still lacks scientific evidence from clinical trials.

Keywords: Internationalization of public policy. Policy diffusion mechanisms. Complementary traditional medicine.

Lista de Siglas

ABCDH	Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas Homeopatas
ABFH	Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas
ABMA	Associação Brasileira de Medicina Antroposófica
AMBA	Associação Médica Brasileira de Acupuntura
AMHB	Associação Médica Homeopática Brasileira
AMRO	Escritório Regional da OMS para as Américas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASSOCIOFITO	Associação Nacional de Fitoterapia em Serviços Públicos
BRICS	Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
CABSIN	Consórcio Acadêmico de Saúde Integrativa
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CEPIC	Comissão de Elaboração da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIPIC	Comissão Interssetorial de PICS
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIT	Câmara Intergestora Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPICS	Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil.
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FURG	Universidade Federal de Rio Grande
IBPM	Instituto Brasileiro de Plantas Mediciniais
LABESI	Laboratório de Medicina e Saúde Integrativa
LIS PICS	Laboratório de Inovação em Saúde sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MCA	Medicinas Complementares Alternativas
MT	Medicinas Tradicionais
MTC	Medicinas Tradicionais Complementares
OIGs	Organizações Internacionais Governamentais

OIs	Organizações Internacionais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEPIC/RS	Política Estadual de Prática Integrativa e Complementar do Rio Grande do Sul
PIAPS	Programa de Incentivo à Atenção Primária à Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PICS	Práticas Integrativas e Complementares à Saúde
PMPICS	Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNPICS	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde
PROADI – SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
RELIPLAN	Rede Latino-Americana Interdisciplinar de Plantas Mediciniais
RS	Rio Grande do Sul
SBF	Sociedade Brasileira de Física
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIMERS	Sindicato Médico do Rio Grande do Sul
SMBA	Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura
SOBRAFITO	Associação Brasileira de Fitomedicina
SUS	Sistema Único de Saúde
UFCSPA	Universidade Federal das Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
WPRO	Escritório Regional para o Pacífico Ocidental

Sumário

1. Introdução	13
2. A internacionalização das Políticas Públicas	21
2.1. Política Pública	21
2.2. Globalização, Estado e Políticas Públicas	29
2.3. Mecanismos de Difusão Política	34
2.4. Organizações Internacionais	37
3. As PICs no Contexto da Governança Global	45
3.1. Declaração de Alma-Ata	45
3.2. Outros Fóruns Internacionais sobre Saúde	48
3.3. OMS e as Medicinas Tradicionais Complementares	49
3.4. Estatuto Legal da Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa: uma Revisão Mundial, OMS, 2001	53
3.5. Estratégia de Promoção da Medicina Tradicional Complementar Alternativa para 2002-2005	54
3.6. O Papel Atual da OMS na Estratégia 2002-2005	57
3.7. Mecanismo de Difusão Política: formação de padrões	60
3.7.1. Ferramentas e Assistência Utilizadas pela OMS	61
3.8. Mecanismo de Difusão Política: cooperação (colaboração com outras organizações)	61
3.9. Mecanismo de Difusão Política: acesso às informações sobre MTC	62
3.10. Estratégia de Promoção da Medicina Tradicional para o Período 2014-2023	63
3.11. Dificuldades Regulatórias às Práticas de MTC Elencadas pelos Estados Membros da OMS	65
3.12. Suportes para Implementação da MTC Indicados pelos Estados-Membros da OMS	66
3.13. Políticas Nacionais: estratégia de regulação, segundo a OMS	67
3.14. Diagnóstico Situacional: estratégia de implementação, segundo a OMS	67
3.15. Organizações Profissionais e Pesquisa: estratégias de regulação segundo a OMS	62
3.16. Ações Estratégicas para a OMS	68
3.17. <i>Benchmarking</i> como Estratégia de Implementação	68
3.18. A OMS como Agente de Difusão Política	68

4. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PNPICS)	71
4.1. PNPICS: uma estratégia política pela integralidade no cuidado	71
4.2. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	74
4.3. PNPICS: conjuntura atual	79
4.4. A PNPICS na Percepção da Atual Gestão Nacional da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	83
5. A Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul (PEPIC/RS)	90
5.1. PEPIC/RS: uma política que considera a espiritualidade através da integralidade no cuidado	90
5.2. Análise do Ciclo Político da PEPIC-RS a partir de Relatos Históricos	95
5.3. Análise do Ciclo Político e Mecanismos de Difusão Política da PEPIC-RS	103
5.4. A PEPIC-RS na Percepção da Atual Gestão Estadual da Política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do RS	110
6. Considerações Finais	115
7. Referências	126
8. Apêndices	137
Apêndice A – Trabalhos Acadêmicos sobre PICS (2010-2022)	137
Apêndice B – Perguntas das Entrevistas Semi-estruturadas	143
Apêndice C – Lista das PICS	145

1. Introdução

Esta pesquisa tem por objetivo geral analisar os desafios relacionados à difusão internacional das Práticas Integrativas e Complementares à Saúde (PICS) como uma política pública. A investigação busca identificar os desafios presentes nos três diferentes níveis políticos: internacional, nacional e estadual, considerando a Organização Mundial da Saúde, focando no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul (RS). Ademais, busca levantar os mecanismos para superar tais desafios, a fim de que tais práticas sejam cada vez mais conhecidas e acessíveis a todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1988, o Brasil passou por uma radical reforma sanitária com a criação do SUS. Através dos artigos nº 196 e nº 198 da Constituição Brasileira, regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8080/90. Nesse contexto, o conceito de saúde foi ampliado, adotando uma concepção mais ampla para a compreensão do processo de cuidar¹ e dos cuidados da saúde (BRASIL, 1988).

Por meio da criação do SUS conquistou-se o maior sistema de saúde pública universal do mundo (SAMPAIO, 2019). A Carta Magna Brasileira determina que é dever do Estado garantir a saúde para todos os cidadãos. Isso deve ser feito por meio de políticas sociais e econômicas voltadas para a redução do risco de doença e outros agravos, assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

No processo de consolidação do SUS, foram desenvolvidas importantes políticas públicas, entre as quais, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, pela Portaria GM/MS nº 971. A PNPIC é uma “política de inclusão terapêutica”, favorecendo a complementaridade e diversificando as opções de cuidado em saúde (ANDRADE, 2006). Conforme Freitag e Badke (2019), as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) são recursos de tratamento com

¹ Cuidar deriva do latim *cogitare* que significa tratar, aplicar atenção. Cuidado em saúde é uma ação integral voltada para a compreensão de saúde como o ‘direito de ser’, isso significa ter cuidado com as diferenças – respeitando as relações de etnias, gênero e raça- dos sujeitos que são portadores de deficiências, patologias e necessidades específicas. Pensar em direito de ser é garantir acesso às outras práticas terapêuticas, permitindo ao usuário participar ativamente da decisão sobre a melhor tecnologia médica a ser utilizada por ele (PINHEIRO, 2009, n.p.).

caráter multiprofissional, buscando estimular mecanismos naturais de prevenção de doenças e promoção de saúde. Tais práticas, fundamentam o cuidado nas necessidades individuais de cada paciente, na multidimensionalidade – física, emocional e espiritual.

No Brasil, 29 dessas práticas são reconhecidas pelo Ministério da Saúde, dentre elas: Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Antroposofia e Termalismo (reconhecidas em 2006); Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (reconhecidas em 2017); Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais (com reconhecimento em 2018) (BRASIL, 2018; BRASIL, 2022).

O Ministério da Saúde informa que “[...] o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, de forma integral e gratuita, 29 procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) à população” (BRASIL, 2022, n.p.). As informações do sítio *web* do Ministério indicam que tais atendimentos iniciam na rede de Atenção Básica à saúde e que evidências científicas têm apontado para os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e práticas integrativas e complementares, bem como, destaca que tais práticas não substituem tratamentos tradicionais.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são conhecidas na literatura internacional como medicinas alternativas e complementares (*complementary and alternative medicine*) ou medicina tradicional (*traditional medicine*) (CHOI, 2009; GALE; McHALE, 2015; BRASIL, 2018). A nomenclatura da política adotada no Brasil reconhece como o conjunto de práticas e conhecimentos não inseridos na medicina convencional ou Biomedicina (BRASIL, 2018).

Choi (2009) descreve que, nos países com sistemas de cuidados em saúde baseados na medicina ocidental, ou onde a medicina tradicional não foi incorporada, os termos como medicina “alternativa”, “complementar” ou “não-convencional” são utilizados. Gale e McHale (2015) apontam que a medicina ocidental tem dominado os diferentes sistemas de saúde do mundo, de forma

que termos como ‘tradicional’, ‘complementar’ e ‘alternativas’ são utilizados para descrever ‘outros’ sistemas, práticas e produtos de cuidados em saúde.

No sistema de saúde brasileiro, existem registros de PICS desde a década de 1980 (BRASIL, 2006). De acordo com as informações do Ministério da Saúde: “[...] após a declaração de Alma-Ata é validado, principalmente, em meados dos anos de 1980 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um espaço legítimo de visibilidade das demandas e necessidades da população por uma nova cultura de saúde [...]” (BRASIL, 2022, n.p).

Desde 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (ex-URSS), a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem incentivado que seus membros desenvolvam políticas que incluam as PICS, em seus sistemas públicos de saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA 1978; BRASIL, 2018). O parágrafo VII da Declaração sobre os cuidados primários em saúde prevê:

[...] baseiam-se, aos níveis local e de encaminhamento, **nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais**, conforme seja necessário, convenientemente **treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde** e para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p. 2, grifo nosso).

Na visão de Choi (2009), o papel das práticas tradicionais foi descrito na Declaração de Alma-Ata, reconhecendo a necessidade do trabalho com equipes multidisciplinares de saúde envolvendo desde médicos, enfermeiras, auxiliares e outras práticas terapêuticas, para responder às necessidades de saúde expressas da comunidade.

No Brasil, em 1986, na Oitava Conferência Nacional de Saúde, foi deliberada a implantação de práticas alternativas de assistência à saúde. Em 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) determinou diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e fitoterapia (BRASIL, 2018).

Com o passar dos anos, também no seio da Organização Mundial da Saúde (OMS), foram estabelecidos grupos de trabalho que publicaram documentos, relatórios e diretrizes para os membros da organização, no sentido de contribuir com informações e ampliar as discussões tanto sobre as práticas em si, quanto sobre *status* legal das práticas tradicionais, complementares ou

alternativas (WHO, 2001; 2002; 2004). A primeira estratégia global foi publicada no ano de 2002, para o período de 2002-2005, após extenso processo de consultas a diversos atores (WHO, 2002). Atualmente, vige a estratégia 2014-2023, a qual reconhece os avanços e as experiências alcançadas durante a implementação da estratégia de 2002-2005 (WHO, 2013). Nesse sentido, a organização tem assumido um importante papel na difusão sobre a temática ao redor do mundo.

Atualmente, no mundo, observa-se um aumento significativo no interesse da população pelas PICS. Segundo a OMS, mais de 70% da população mundial depende dessas práticas como atenção primária. Nos países desenvolvidos, existe um crescimento desse modelo de cuidado, onde mais de 100 milhões de europeus e um número ainda maior de pessoas concentradas na África, Ásia, Austrália e Estados Unidos são usuárias de PICS (CONTATORE, 2015). Atribuiu-se, esse crescimento, ao aumento da demanda causada pelas doenças crônicas; aumento dos custos dos serviços de saúde, levando à procura de outras formas de cuidado; insatisfação com a terapêutica biomédica; o interesse por um cuidado holístico e preventivo às doenças e à procura por tratamentos que ofereçam qualidade de vida quando a cura não é possível (CONTATORE, 2015).

Entretanto, no Brasil, observou-se um aumento do interesse acadêmico pelo assunto apenas a partir da década de 1990 (BRASIL, 2018). Na busca da produção acadêmica disponível na plataforma *Scielo* (*Scientific Electronic Library*) utilizando-se como descritores as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, foram encontrados 91 artigos. Na especificação da descrição como Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares de Saúde, 39 artigos, dos quais, apenas um aborda a Política Estadual de PICS do estado do Rio Grande do Sul (SCIELO, 2022).

As publicações concentram-se a partir de 2017, evidência que pode ser justificada pela criação de códigos para registro de PICS nos prontuários eletrônicos do SUS em 2017 (BRASIL, 2020), o que favoreceu a utilização desses bancos de dados para pesquisas científicas. Em 2020 foram publicados 18 artigos, atingindo o maior número de publicações sobre o assunto desde a criação da PNPICS. A implantação e implementação da PNPICS foi o assunto mais estudado, sendo discutido em 31 artigos, seguido por 29, que estudaram

os resultados da utilização das PICS; 14 publicações que abordaram o entendimento da PNPIC e das PICS por profissionais da saúde e 12, que pesquisaram a discussão das PICS na graduação e pós-graduação. As Práticas Integrativas e Complementares de Saúde também foram estudadas como estratégia de promoção da sustentabilidade e valorização dos cuidados ao meio ambiente (APÊNDICE A).

Perante ao que foi publicado até então, constata-se que nestes últimos dezesseis anos, desde a criação da PNPICS, os estudos sobre este assunto buscam, fundamentalmente, elucidar as dificuldades enfrentadas na implantação e implementação da política no Brasil. O mais recente relatório de monitoramento das PICS (BRASIL, 2020), demonstra que sua implantação vem ocorrendo de forma bastante heterogênea nas diferentes regiões brasileiras, o que justifica o objetivo das pesquisas realizadas até o momento, em determinar os desafios relativos à implementação desta política pública.

Entretanto, nenhum estudo tentou determinar estes entraves através do uso ou não de mecanismos de difusão política. Dolowitz e Marsh (2000), em seus estudos, argumentam que no contexto da globalização, transferências de políticas, arranjos administrativos, ideias entre outras, ocorrem tanto do nível doméstico para o internacional, quanto ao contrário. Oliveira e Pal (2018, p.199) reforçam: “No mundo globalizado, onde as fronteiras do Estado são permeáveis e a política pública viaja “transnacionalmente”, a difusão de políticas é o que conecta naturalmente a política doméstica à internacional”.

Porém, estes processos não são automáticos e ao mesmo tempo em que são necessários agentes de transferência (instituições internacionais, instituições governamentais e não governamentais domésticas, indivíduos), também são necessários mecanismos de estímulo, como por exemplo, disseminação discursiva, formação de padrões, funções coordenativas, assistência técnica e meios financeiros (JAKOBI, 2009), ou mecanismos que envolvam aprendizado, coerção, emulação, competição (GRAHAM; SHIPAN; VOLDEN, 2013).

A abordagem da PNPICS, contextualizando-a globalmente, identificando as resistências enfrentadas e mecanismos facilitadores constituem aspectos ainda não explorados na literatura e é sobre este recorte que o presente trabalho poderá contribuir com os debates acerca dessa política pública.

Ao redor do mundo, a implementação das PICS é um desafio. O progresso das últimas décadas acerca da implementação das práticas sobre medicina tradicional e complementar vem sendo monitorado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O relatório mais recente demonstra que cada vez mais países vêm reconhecendo o papel de tais práticas nos seus sistemas nacionais de saúde, destacando que até 2018, 98 membros da OMS haviam desenvolvido políticas nacionais, 109 haviam lançado leis nacionais e regulação sobre tais práticas e 124 haviam implementado regulação sobre fitoterapia (WHO, 2019).

O Brasil, mesmo sendo um membro da OMS que já conta com uma Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS), apresenta heterogeneidade na implantação em seus diferentes estados. O relatório de monitoramento das PICS destaca que “[...] as PICS estiveram presentes em 16.007 serviços de saúde do SUS, sendo 14.508 (90%) da Atenção Primária à Saúde (APS), distribuídos em 4.159 municípios (74%) e em todas das capitais (100%)” (BRASIL, 2020, n.p.). Embora os dados sugiram que a quantidade de municípios oferecendo esse atendimento tem aumentado gradativamente, destaca-se o aumento desigual entre as regiões brasileiras (BRASIL, 2020).

No Rio Grande do Sul, a Política Estadual de Prática Integrativa e Complementar do Rio Grande do Sul (PEPIC/RS), tem se apresentado de forma crescente, segundo dados do Ministério da Saúde de 2020. Entretanto, na análise de informações de 2019 publicadas pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul em comparação com as do Ministério da Saúde, observa-se que dos 487 municípios do estado, 71,8% oferecem PICS (BRASIL, 2020). Contudo, das 2586 unidades básicas de saúde do Rio Grande do Sul (RS, 2019), apenas 39,75% registram o uso dessas práticas terapêuticas (BRASIL, 2020).

O RS tem uma considerável abrangência de municípios que aderiram à PNPIC, todavia, o número de estabelecimentos de atenção primária à saúde que trabalham com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, ainda pode expandir-se quando comparado com outros estados como Santa Catarina, que também se localiza na região sul do país e apresenta uma cobertura de 48,95% de suas unidades básicas de saúde com PICS (BRASIL, 2020).

Diante deste contexto e orientadas pela literatura de difusão política, as perguntas norteadoras do trabalho são: quais mecanismos têm sido utilizados

no processo de difusão das PICS, desde as recomendações de Alma-Ata em 1978? Quem foram os agentes estatais envolvidos na difusão das PICS no meio internacional e nacional? Quais são os desafios à difusão da política das PICS?

Conjectura-se, então, que as PICS no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul não contaram com mecanismos de difusão política suficientes para estimular a sua implementação; ou que os mecanismos de difusão política adotados no contexto das PICS são insuficientes para estimular a sua implementação. Pensa-se ainda, que seriam as divergências entre os múltiplos agentes do processo de difusão política das PICS, que se traduzem em desafios à implementação; e que os múltiplos agentes do processo de difusão têm como principal resistência o embate entre a medicina ocidental e a medicina 'tradicional', 'complementar', 'alternativa', dos 'outros' sistemas de cuidados em saúde.

O estudo tem por objetivos analisar os desafios relacionados à difusão internacional das Práticas Integrativas e Complementares à Saúde (PICS), focando no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul; identificar os agentes estatais envolvidos no processo de difusão política das PICS; mapear os mecanismos de difusão política adotados no contexto das PICS; levantar os principais desafios relacionados às Práticas Integrativas e Complementares à Saúde (PICS), em cada esfera.

Para alcançar os objetivos propostos, a pesquisa de abordagem qualitativa conta com o desenho metodológico inspirado nos conceitos e mecanismos de difusão política internacional (DOLOWITZ; MARSH, 2000; JAKOBI, 2009; GRAHAM; SHIPAN; VOLDEN, 2013; FARIA, 2018; OLIVEIRA; PAL, 2018). Robert Putnam (2010, p. 147) e o seu entendimento da lógica dos dois níveis sobre política internacional, pressupõe que a “política doméstica e as relações internacionais [...] são inextricavelmente vinculadas”, também contribuindo e especialmente orientando o olhar para as instituições públicas do ambiente doméstico (que o autor chama de nível II), responsáveis por implementar decisões adotadas no nível internacional (nível I).

A pesquisa foi conduzida por meio de fontes primárias e da consulta e análise de fontes secundárias. Entre as primárias destacam-se os documentos oficiais publicados no site da OMS, das Declarações realizadas em Alma-Ata, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde e da

Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde do RS. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas com representantes da coordenação nacional (vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil) e regional (vinculada à Secretaria da Saúde do governo do estado do Rio Grande do Sul). No dia 23 de maio de 2023, por mecanismo de vídeo conferência, *Microsoft Teams*, foi entrevistado Alpheu Ferreira do Amaral Júnior, especialista em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde/RS, atualmente gestor da área técnica da Política Estadual de PICS. No dia 16 de junho de 2023, também por mecanismo de vídeo conferência, *Microsoft Teams*, foi entrevistado Marcos Vinícius Pedrosa, atualmente Diretor do Departamento de Gestão do Cuidado Integral, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde². As entrevistas foram orientadas por um protocolo de perguntas abertas, elaborado a partir da literatura, buscando levantar contribuições com vistas a comprovar ou refutar informações levantadas pela pesquisa.

Os dados da pesquisa foram analisados qualitativamente, pela análise de conteúdo e do cruzamento dos dados primários com a literatura que fundamenta a pesquisa. Os resultados são apresentados por meio do texto, figura e apêndices.

Além desta introdução e das considerações finais, o trabalho está dividido em duas partes. A primeira abrange o primeiro capítulo, que apresenta os conceitos norteadores da pesquisa e o segundo capítulo, que discute nas contribuições da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a difusão internacional das PICS. A segunda parte é composta pelo terceiro capítulo, que discute Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PNPICS) e, pelo quarto capítulo, cujo foco recai sobre a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde do Rio Grande do Sul (PEPIC/RS).

² O projeto contemplando as entrevistas foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina sob o código CAAE 69354623.1.0000.5317.

2. A Internacionalização das Políticas Públicas

Esse capítulo apresenta os conceitos que fundamentam o quadro metodológico-interpretativo para a abordagem do objeto da pesquisa, ou seja, as políticas públicas acerca das Práticas Integrativas e Complementares à Saúde (PICS).

2.1 Política Pública

O termo política pública sugere um conceito amplo dentro do campo de estudo da Ciência Política e não há uma definição ou interpretação única, uma vez que seu entendimento foi sendo ressignificado ao longo dos anos (SOUZA, 2006; SECHI, 2012; AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015). De uma forma geral, remete às questões políticas e governamentais que mediam a relação entre Estado e sociedade.

Sechi (2012, p.10) destaca que “políticas públicas tratam do conteúdo concreto e do conteúdo simbólico das decisões políticas, e do processo de construção e atuação dessas decisões”. Nesse sentido, entende-se a política pública como uma diretriz, uma orientação construída para lidar com desafios da sociedade como um todo. O autor também destaca a dificuldade relacionada ao conceito, em razão da indefinição acerca do que possa ser considerado uma política pública: exclusivamente políticas elaboradas por atores estatais ou também aquelas sugeridas por atores não estatais, por exemplo.

A introdução da política pública como ferramenta das decisões do governo é produto da Guerra Fria e da valorização da tecnocracia como forma de enfrentar suas consequências (SOUZA, 2006). Seu introdutor no governo estadunidense foi Robert McNamara que, em 1948, fomentou a criação da *RAND Corporation*, organização não-governamental financiada por recursos públicos e considerada a precursora dos *think tanks*. Um grupo de matemáticos, cientistas políticos, analistas de sistema, engenheiros, sociólogos, entre outros, buscava mostrar como uma guerra poderia ser conduzida como um jogo racional. A proposta das decisões políticas basearem-se em métodos científicos de avaliação dos problemas públicos espalhou-se a outras áreas da produção governamental, inclusive para a política social (PARSONS, 1997).

Souza (2006), considera que a área de políticas públicas contou com quatro grandes “pais” fundadores: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton. Laswell (1936) introduziu a expressão *policy analysis* (análise de política pública), nos anos de 1930, como forma de aproximar o conhecimento científico com a produção empírica dos governos, bem como favorecer o entendimento entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo. Simon (1957) introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (*policy makers*), mas que a limitação da racionalidade poderia ser minimizada pelo conhecimento racional. Para Simon, a racionalidade dos decisores públicos é sempre limitada por informação incompleta ou imperfeita, curto tempo para a tomada de decisão, interesses pessoais ou partidários; entretanto a racionalidade, segundo Simon, pode ser maximizada pela criação de regras e incentivos, que condicionem o comportamento dos atores na direção de melhores resultados. Lindblom (1959; 1979) questionou a ênfase no racionalismo de Laswell e Simon e propôs a incorporação de outras variáveis à formulação e à análise de políticas públicas, como as relações de poder e a interação entre as diferentes fases do processo decisório, propondo que este processo não teria necessariamente um fim ou um princípio.

Uma política pública necessita considerar outros elementos à sua formulação e à sua análise além das questões de racionalidade, tais como o papel das eleições, das burocracias dos partidos e dos grupos de interesse. Easton (1957) propôs um modelo avaliativo definindo a política pública como um “sistema”, que pode ser comparado com o sistema biológico humano, onde parte de seu funcionamento é determinado pelo tipo de sistema que é, ou seja, a instituição (sua estrutura e necessidades internas) e outra parte, pela conjuntura em que opera. Baseado nesse conceito, o sistema político acontece através do fluxo de *inputs* e *outputs*, onde os *inputs* são as demandas da sociedade e os *outputs*, são as decisões para a sociedade, que por sua vez, geram outras demandas ao governo.

Nas últimas décadas, o reconhecimento da relevância dos conhecimentos sobre políticas públicas foi irrefutável, bem como sobre as instituições, as regras e os modelos que regulam a decisão, elaboração, implementação e avaliação política. Muitos fatores levaram a essa maior visibilidade. A necessidade de políticas menos dispendiosas se tornou comum à

maioria dos países, principalmente os em desenvolvimento. Sendo assim, o desenho e a execução de políticas públicas como as econômicas e as sociais, ganharam maior visibilidade (SOUZA, 2006).

A discussão sobre políticas públicas também tem se apresentado sob as influências de outros campos teóricos, principalmente do “neo-institucionalismo”, que ressalta a relevância das instituições, bem como suas regras no processo decisório e na implementação das políticas públicas (SOUZA, 2006).

A visão de que o processo decisório sobre políticas públicas, é resultado apenas de barganhas negociadas entre indivíduos que defendem seu próprio interesse, é contestada pela visão de que os interesses se fundamentam não só por interesses particulares, mas também por processos institucionais de socialização, por novas ideias e por processos gerados pela história de cada país. Os decisores agem de acordo com regras e práticas socialmente construídas, predeterminadas (MARCH; OLSEN, 1995). Este entendimento sobre o processo político é fundamental para a compreensão das mudanças nas políticas públicas em situações de relativa estabilidade (*op. cit.*, 2006).

As instituições facilitam o curso de certas políticas e dificultam, de outras; também definem regras, que por sua vez, determinam as alternativas políticas e alteram o posicionamento dos atores. Em geral, instituições são associadas à inércia, mas muita política pública é formulada e implementada pelas instituições. Sob esta perspectiva, compreende-se que não são só os indivíduos ou grupos que exercem influências sobre as políticas públicas, mas também as regras formais e informais que regem as instituições (MARCH; OLSEN, 1995). Portanto, o principal foco da política pública está na identificação do tipo de problema que a política pública visa corrigir, na chegada desse problema ao sistema político (*politics*) e à sociedade política (*polity*), e nas instituições/regras que irão modelar a decisão e a implementação da política pública (SOUZA, 2006; FARIA, 20018).

Souza (2006) defende que, em linhas gerais, a política pública favorece a observação do que o governo pretende e o que verdadeiramente faz. Envolve vários atores e níveis de decisão; embora seja materializada através dos governos, é abrangente e não se limita a leis e regras; possui intencionalidade relacionada a determinados objetivos; envolve processos subsequentes, desde

a sua proposição, ou seja, implica também sua implementação, execução e avaliação.

A proposta de política pública organizada como um ciclo, chamada por Charles Lindblom de Ciclo da Política Pública (*policy cycle*), se traduz na dinâmica do processo feita de maneira temporal. Sechi (2012) destaca que o processo de elaboração de políticas públicas é conhecido por esse ciclo, representado por um esquema que organiza a vida das políticas em fases sequenciais e interdependentes. Agum, Riscado e Menezes (2015) relembram que é importante frisar que tal ciclo não pode ser entendido de maneira linear e como um corpo organizado. Os autores enfatizam que é comum que as fases frequentemente, sejam desconectadas ou alternadas, não configurando o esquema harmônico, considerado assim apenas para clareza metodológica.

Ainda que outras versões tenham sido elaboradas³, Sechi (2012) identificou sete principais fases do ciclo, representadas na Figura 1: 1) identificação do problema; 2) formação da agenda; 3) formulação de alternativas; 4) tomada de decisão; 5) implementação; 6) avaliação; 7) extinção.



Figura 1 - Ciclo de Políticas Públicas.

Fonte: Sechi (2012), p.33.

³ Harold Lasswell nos anos 1950, originalmente criou o modelo do ciclo que os autores adaptam e usam atualmente.

A representação se apresenta como um ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado. Algumas abordagens enfatizam sobretudo a definição de agenda (agenda *setting*). Pergunta-se: por que algumas questões entram na agenda política, enquanto outras são ignoradas? Outras vertentes do ciclo da política pública focalizam mais os participantes do processo decisório, e outras, o processo de formulação da política em si. Cada participante e cada processo podem atuar como um incentivo ou como um ponto de veto (FARIA, 2018).

Na fase de identificação do problema, busca-se observar a realidade por meio da interconexão entre como ela se apresenta e o que é considerado como possível ideal. Entende-se o problema público no caminho entre a realidade existente e o que se pretende dela (SECHI, 2012; AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015). É o estágio no qual ocorre um diagnóstico do problema, identificando a oportunidade para uma resposta política.

A formação da agenda, implica no reconhecimento de que um conjunto de temas ou problemas que em determinado momento, são colocados ou tidos como importantes ou como um problema público. Ou seja, pode ser entendido como estratégico quando consegue permear o programa do governo (SECHI, 2012; AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015). Nesse estágio é importante identificar os atores políticos envolvidos com o tema e avaliar suas concepções sobre os problemas, bem como a conjuntura em que a ação acontece.

A etapa da formulação das alternativas implica em identificar e avaliar possíveis soluções para o problema, considerando seus prós e contras, incluindo o processo da decisão sobre quais alternativas seriam aceitas ou rejeitadas. Trata-se de um momento em que, geralmente, são elaborados os programas e as estratégias de ação, com objetivos, metas e regras a serem seguidas (SECHI, 2012; AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015). Ou seja, é a consideração das propostas de ação nas esferas onde se quer implementar a política, que definirá a estrutura da política em termos dos objetivos a serem alcançados, custos ou implicações adicionais.

O estágio da tomada de decisão “[...] representa o momento em que os interesses dos atores são equacionados e as intenções (objetivos e métodos de enfrentamento de um problema público) são explicitadas (SECHI, 2012; AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015). É a ação em si, a proposta de ação política

fundamentada na análise das fragilidades e entraves e das concepções dos atores envolvidos. É quando uma decisão é realizada por meio da aplicação de diretrizes governamentais e confrontada com a realidade.

A etapa da implementação é entendida como aquela fase em que a política é aplicada ao problema, visando a produção dos resultados concretos, ou seja, quando se abstém do campo das intencionalidades e alcança o campo da ação. Aponta-se que um dos maiores entraves na implementação de políticas públicas, não se traduz, em problemas técnicos ou administrativos, mas “[...] pelo elemento político e suas complexidades” (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015, p. 28). Nesse sentido, Sechi (2012, p. 45) enfatiza: “são muitos os exemplos brasileiros de "leis que não pegam" "programas que não vingam" ou projetos de solução a problemas públicos, que acabam sendo totalmente desvirtuados no momento da implementação”.

Os autores destacam que a relevância de se debruçar sobre a análise dos desafios da implementação de uma política pública, consiste na possibilidade de compreender os obstáculos e as falhas do processo. Sechi (2012) direciona, informando que: “Elementos básicos de qualquer análise sobre o processo de implementação são pessoas e organizações, com interesses, competências (técnicas, humanas, de gestão) e comportamentos variados. Também fazem parte desse caldeirão analítico as relações existentes entre as pessoas, as instituições vigentes (regras formais e informais), os recursos financeiros, materiais, informativos e políticos (capacidade de influência).

Quando se fala em implementação governamental, está se falando da menos estudada das fases das políticas públicas, pois a formulação e a avaliação têm recebido maior atenção acadêmica (SOUZA, 2007). Ainda sobre a implementação, destaca-se o uso de instrumentos governamentais na implementação de políticas públicas, como implementação por gestão direta e por uso de incentivos econômicos; instrumentos para ampliar a participação popular; iniciativas para implementar políticas por gestão indireta, mediante convênios e contratos, concessões de uso – e instrumentos mais recentes – como transferências fundo a fundo (OLLAIK; MEDEIROS, 2011).

A fase de avaliação de uma política pública consiste em mensurar a capacidade de resolução de um problema por determinada política. Nesse sentido, são criados parâmetros de avaliação e mensuração do desempenho,

cujo objetivo é aferir se a política pública está adequadamente solucionando os problemas para os quais foi estabelecida. A avaliação poderá levar à: 1) continuidade; 2) reestruturação; ou 3) extinção da política.

Na visão de Sechi (2012), a continuidade se dá quando os desafios relacionados à implementação são relativamente menores; a sua reestruturação estaria relacionada aos aspectos práticos da implementação. Sua extinção ocorre, basicamente, em três cenários: casos em que o problema público tenha sido solucionado; quando os problemas de implementação são insuperáveis; ou quando a política pública se torna inútil pelo natural esvaziamento do problema. A extinção de uma política pública, para Sechi (2012) é utilizada como metáfora do ciclo de vida dos organismos vivos. Para o autor, a extinção de uma política pública nunca é um processo fácil, embora algumas apresentem maiores dificuldades, como é o caso das políticas de tipo distributivo, enquanto as políticas regulatórias seriam relativamente mais fáceis.

O campo de estudo sobre política pública é um campo holístico, ou seja, uma área que contempla diversas unidades organizadas, chega-se a duas implicações. A primeira é que, como já referido, a área torna-se território de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos. Assim, apesar de possuir suas próprias modelagens, teorias e métodos, a política pública, embora seja formalmente um ramo da ciência política, a ela não se resume - podendo também ser objeto analítico de outras áreas do conhecimento. A segunda é que o caráter holístico da área não significa que ela careça de coerência teórica e metodológica, mas sim que contemple vários paradigmas de observação. Isto posto, políticas públicas, após desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas (SOUZA, 2006).

Sabe-se que a dinâmica política - assim como a dinâmica do ciclo da construção das políticas públicas - varia nos diferentes locais onde é constituída. Sechi (2012, p.11-12) sugere que os estudos de políticas públicas mais recentes têm destacado a sua dimensão espacial como o contexto institucional, uma vez que se referem ao cenário político, ou seja, um conjunto de instituições no qual, as políticas são desenvolvidas. O autor também destaca que enquanto alguns autores defendem a abordagem estadista, outros defendem o olhar multicêntrico no que se refere ao estabelecimento dessas políticas. Nas palavras do autor:

A abordagem estadista admite que atores não estatais até tenham influência no processo de elaboração e implementação de políticas públicas, mas não confere a eles o privilégio de estabelecer (decidir) e liderar um processo de política pública. Já acadêmicos da abordagem multicêntrica admitem tal privilégio a atores não estatais.

Neste trabalho, o olhar recai sobre a orientação política do Estado, que regula as atividades governamentais relacionadas às políticas públicas na área da saúde. Tais políticas integram o campo de ação social do Estado, orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Em relação às outras políticas públicas, sua tarefa consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

No Brasil, desde 1988, com a promulgação da Constituição Federal, as políticas públicas de saúde orientam-se pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

Quanto a esses princípios, a universalidade refere-se a garantia aos cidadãos brasileiros, de acesso a todos os serviços de saúde pública e privados conveniados, em todos os níveis do sistema de saúde; enquanto a equidade aborda a regulação desse acesso através das diferenças de prioridades determinadas pela gravidade de cada situação. Já o atendimento com integralidade, deve incorporar um amplo espectro de intervenções capazes de promover saúde no cotidiano das pessoas, articulando prevenção, atendimento curativo, reabilitação e readaptação ao convívio social. Além disso, a gestão de saúde é determinada pela atual Constituição pela diretriz de descentralização, através da municipalização da saúde, como estratégia de redistribuição do poder, repassando competências e instâncias decisórias para as esferas mais próximas da população; que, por sua vez, tem seu poder decisório garantido através dos conselhos nacionais, estaduais e municipais de saúde, formados pela sociedade civil organizada (DUNCAN, 2022).

As políticas públicas estão presentes no cotidiano e é inegável que têm sido crescentes os estímulos internacionais em todas as suas etapas. Na sequência, serão abordados um conjunto de argumentos que fundamentam

nossa percepção acerca da influência internacional acerca das políticas públicas para as PICS.

2.2. Globalização, Estado e Políticas Públicas

O processo de globalização acarretou várias consequências no âmbito social, político e econômico. No contexto social, Guattari (1990), refere que esse processo, determinou catecismos psicanalíticos, comportamentalistas, sistematizados, em que a sociedade foi se desfazendo de suas crenças e práticas culturais por não se classificarem em paradigmas pré-determinados por padrões universais, classificados pelo autor como “esquizoanálise”.

Padrões, estes, assentados na ideia imperialista de unir povos com origem étnica semelhante, independentes de suas de suas histórias, apagando assim, suas memórias culturais (ARENDDT, 1951). Entretanto, a globalização, também permitiu que os movimentos sociais alcançassem o poder de libertação das amarras coloniais. A virtualidade do espaço mundial constituiu a primeira determinação de resistência da multidão aos limites impostos à subjetividade, através do compartilhamento de ideologias e da promoção de ações e comportamentos (HARDT, 2001).

As dinâmicas globais facilitaram também, o fluxo político nas arenas transnacionais, nas mais diferentes áreas. O Brasil, como um ator influente por suas políticas públicas – como o Fome Zero (2003) (FARIA, 2005) – pode ser considerado um disseminador de políticas públicas. Ao mesmo tempo, argumenta-se que as políticas sobre PICS no Brasil, têm sido influenciadas pelos pilares de uma proposta internacional, desde as recomendações da Declaração de Alma-Ata (BRASIL, 2018).

No contexto contemporâneo, as diversas fases do ciclo de políticas públicas são influenciadas pelo contexto internacional. Autores que trabalham com o conceito de transferência ou difusão de políticas públicas, defendem que sua formulação ultrapassa as fronteiras nacionais (DOLOWITZ; MARSH, 2000; JAKOBI, 2009; ZAEI, 2014; FARIA, 2018). Zaei (2014), afirma que a formulação e análise de políticas públicas na era da globalização é muito diferente do que em outros momentos históricos. Atualmente, os formuladores devem considerar o que ocorre nos diálogos no ambiente internacional, ao invés de apenas considerar unicamente os fatores e debates domésticos.

Há um movimento de “[...] progressiva internacionalização das políticas públicas” (FARIA, 2018, p. 10). Apesar de haver considerável debate acerca da pressão de uma agenda global, a qual poderia fragilizar a formulação de uma agenda nacional, Zaei (2014), é enfático ao afirmar que a última decisão – sobre a adoção e implementação de determinadas políticas - caberia, ainda, ao Estado. E sobre isso, os representantes dos Estados têm sido bastante criativos, aproveitando informações obtidas em suas interações em diversos ambientes, inclusive das Organizações Internacionais Governamentais, movimento que se tornou mais fácil pelas comunicações entre políticos, servidores de diferentes países, comunidades epistêmicas, coalizões de *advocacy* (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Entende-se que a difusão de política pública ocorre quando as políticas de um governo ou período específico, são transferidas – integralmente ou com adaptações – para arranjos administrativos ou instituições de outro período ou lugar (DOLOWITZ; MARSH, 1996). “processos em que o conhecimento sobre políticas, arranjos administrativos, instituições de um período e/ou lugar são usados no desenvolvimento de políticas, arranjos administrativos e instituições de outro período e/ou lugar” (DOLOWITZ; MARSH, 1996, p. 344). Como, praticamente, nenhum país pode isolar-se, a interação promovida no ambiente das instituições internacionais passou a exercer mais influência e poder (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Dolowitz e Marsh (1996; 2000) focaram no relacionamento entre processos de transferência voluntárias (necessidade, aprendizado, desejo de aceitação internacional) e coercitivas (resultante de tratados e outros instrumentos internacionais vinculativos), entendendo que a adoção de determinadas políticas por um número diferente de países e subsequentes adaptações dentro de alguns países ilustra a prevalência dos processos de transferência de políticas; o papel de indivíduos e instituições nesses processos; as dificuldades associadas à tentativa de enquadrar todos os processos em uma única categoria.

As forças globais não são apenas fontes de pressão de transferência política para os países. Para os autores, as interações globais e foros de comunicações – especialmente no contexto das organizações internacionais –

permitem trocas de ideias e conhecimentos disponíveis para formuladores de políticas públicas e tomadores de decisão, os quais frequentemente buscam em outras jurisdições e sistemas políticos conhecimentos e ideias sobre instituições, programas e políticas e seu funcionamento (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

As organizações internacionais governamentais⁴ – como as agências especializadas das Nações Unidas, por exemplo – desempenham frequentemente, um papel de disseminadoras de ideias, programas e instituições ao redor do globo e tais organizações influenciam os formuladores de política públicas, o meio de suas políticas e as condições de empréstimo e, indiretamente, por meio das informações, as políticas divulgadas em suas conferências e relatórios. E dependendo da situação ou tema envolvido, oito aspectos podem ser transferidos: objetivos políticos, conteúdos de políticas, instrumentos políticos, programas⁵, instituições, ideologias, ideias e atitudes (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Os autores chamam a atenção para os diferentes níveis que os formuladores de políticas públicas, atualmente, devem considerar no processo de formulação:

Em essência, argumentamos que os formuladores de políticas podem olhar para três níveis de governança: o internacional, o nacional e o local. Dentro de uma nação, os atores engajados na transferência de políticas podem, e o fazem, tirar lições de outros sistemas ou unidades políticas dentro de seu próprio país. Não apenas as unidades subnacionais de governo podem tirar lições umas das outras, mas o governo nacional também pode tirar lições dos níveis mais baixos do governo, enquanto os níveis mais baixos do governo podem se basear no governo nacional. Também é comum que governos e agentes transfiram políticas de uma nação para outra. Além disso, embora raramente seja examinado, deve-se enfatizar que, ao extrair lições de outras nações, os atores não se limitam a olhar para os governos nacionais, mas podem olhar para outros níveis subnacionais e unidades de governo. Por fim, as lições podem ser extraídas ou impostas a um sistema político pelo nível internacional (DOLOWITZ; MARSH, 2000, p. 12, tradução livre).

Desse modo, eles ensinam que nesse processo, há basicamente, quatro possibilidades de graus de transferências: 1) cópia, que envolve uma transferência completa de uma jurisdição para outra; 2) emulação, que envolve

⁴ Os autores também mencionam o papel das Organizações Internacionais Não-Governamentais nesse processo de influência, através da sua habilidade de disseminar ideias e informações a nível global.

⁵ Os autores distinguem políticas – como intenções amplas, que direcionam os formuladores – de programas, os quais são meios de ação específicos para implementação de políticas.

transferência das ideias por trás da política ou programa; 3) combinações, as quais envolvem misturas de diferentes políticas; 4) inspiração, quando a política em outra jurisdição pode inspirar uma mudança política, mas o resultado final não se baseia no original (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Vale destacar que os autores enfatizam a constatação de que não somente o tipo de transferência varia entre os diferentes casos, mas também, o tipo de transferência envolvida em casos particulares depende de fatores tais como atores, temas e instituições envolvidas no processo de formulação. Isso porque, apesar do pressuposto da racionalidade dos atores estar presente na maioria dos estudos, é raro que os atores sejam perfeitamente reacionais. A maioria age com informações limitadas, influenciada por informações incompletas, especialmente sobre a natureza da política, sua operacionalização, e questões sociais, econômicas e políticas, etc. (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Uma relevante conclusão do trabalho dos autores é no sentido de identificar os atores chaves dentro dos processos de transferência, pois os diferentes atores possuem diferentes motivações. Nesse sentido, sugerem a probabilidade de que, quando políticos ou empreendedores políticos instituem o processo, o façam voluntariamente. Embora raramente seja um processo completamente voluntário ou racional, será menos coercitivo do que, se outros atores instituíssem o processo. Há de se observar, entretanto, que quando há organizações internacionais envolvidas nos processos, trata-se de alguma forma de transferência coercitiva (quando se trata de alguma obrigação vinculativa assumida ou a alguma condicionalidade financeira). Na explicação dos autores:

Quando as agências de ajuda estão concedendo empréstimos, é provável que isso leve a medidas coercitivas de transferência de política. Ao mesmo tempo, quando essas mesmas organizações mantêm conferências ou emitem relatórios, é mais provável que leve a uma forma voluntária de transferência de política (DOLOWITZ; MARSH, 2000, p.16, tradução livre).

A contribuição dos autores, além de inspirar o avanço das pesquisas sobre a internacionalização das políticas públicas, relembra que embora a transferência possa moldar as mudanças, também pode levar a falhas na implementação, assim como processos que ocorrem apenas no ambiente doméstico. Dolowitz e Marsh (2000) referem que o paradigma de transferência/difusão política remonta de longa data, havendo registros do

período Helenístico. Mesmo sendo um fenômeno de difícil mensuração, que tem se intensificado no âmbito internacional e doméstico, observa-se um aumento do interesse acadêmico por esse assunto. Entretanto, em Ciência Política, os estudos sobre este assunto ainda são escassos (FARIA, 2018).

Sobre esses fundamentos, outros autores avançaram no desenvolvimento conceitual sobre os fluxos internacionais e seus desdobramentos em políticas públicas. Faria (2018, p. 32) explica que, ainda que não haja consenso na literatura, a influência internacional nas políticas públicas tem sido observada por “[...] dois paradigmas distintos, mas em certa medida complementares: o da transferência e o da difusão de políticas”. O primeiro se concentra nos casos em que um Estado traz para o ambiente doméstico conhecimentos sobre políticas e programas que existem no exterior. Os estudos de difusão focam no modo como inovações, políticas e programas se espalham de uma entidade governamental para outra. Assim, eles podem envolver inúmeras transferências. O autor, por sua vez, defende a complementaridade das abordagens.

Oliveira e Faria (2018) caracterizam o fluxo político em três pilares quando expõem que a transferência política se processa quando uma nação importa uma política ou programa, seguindo as mesmas normas e diretrizes; já difusão política abrange vários estados e continentes e se processa através de inovações, políticas e programas que se difundem de um país para outro; enquanto a circulação política, por sua vez, abrange processos difusos e multidirecionais. Dessa forma, os processos de difusão contemplam várias transferências.

Em um mundo globalizado, o processo de difusão e transferência política, resguardadas suas formas e graus, se tornou quase onipresente (FARIA, 2018). Nesse contexto, a propagação de políticas foi se intensificando e, atualmente, esse fluxo vai acontecendo naturalmente, conectando as políticas domésticas às internacionais através da transferência, difusão ou circulação de políticas (OLIVEIRA; PAL, 2018). Tais termos, têm sido utilizados de forma intercambiável, porém, muitos estudiosos têm procurado caracterizá-los. Entre os cientistas sociais, esses processos de propagação de políticas públicas têm sido compreendidos a partir de duas perspectivas que se complementam: o da transferência e o da difusão política, como já referido por Faria (2018).

Oliveira e Pal (2018), consideram que as pesquisas sobre transferência, difusão e circulação de políticas são um profícuo campo de análises de políticas públicas. O aumento de publicações sobre esse assunto, firmou um cenário de pesquisa e conhecimento de grande relevância. O estudo de Dolowitz e Marsh (2000) foi precursor na análise de pesquisas nesta área, caracterizando as atuações dos agentes de transferência, os *think-tanks*, atores não governamentais e organizações internacionais. Entretanto, nos dias atuais, existe um consenso de que essa abordagem se tornou muito restrita para estudar movimentos complexos que contemplam diferentes direções e ações políticas, por isso a importância de fóruns e estudos sobre este ramo do conhecimento político (PORTO DE OLIVEIRA, 2016; OLIVEIRA; FARIA, 2018).

Nas discussões do Seminário Internacional sobre Difusão de Políticas, realizado no Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), em 2016, percebeu-se que as coalizões domésticas, atores privados, arenas transnacionais, dinâmicas de resistência e tradução de políticas públicas, são pouco abordados na literatura. Esse entendimento é fundamental para a caracterização heurística e dinâmicas empíricas que estão se processando nos últimos anos (OLIVEIRA; PAL, 2018). Dessa forma, o fenômeno de difusão de políticas será melhor compreendido se aliarmos análises que contemplem escalas micro (difusão) e macro (transferência) (HADJIISKY; PAL; WALKER, 2017).

Sendo assim, sob esta perspectiva, Oliveira e Pal (2018) e Jakobi (2009), referem que os processos de difusão política não são automáticos, para tanto, são necessários agentes de transferência (instituições internacionais, instituições governamentais e não governamentais domésticas, indivíduos), também são necessários mecanismos de estímulo. A literatura sobre difusão foca especialmente no papel destes mecanismos adotados pelos agentes para a promoção e implementação de determinadas políticas.

2.3. Mecanismos de difusão política

Ao longo das décadas, as OIGs ampliaram e diversificaram tanto suas áreas de atuação, como suas formas de operação. Faria (2018, p. 51) destaca que “[...] se as OIGs impactam toda a variedade de políticas públicas, sua

influência pode ser percebida também ao longo de todo o ciclo de produção das políticas” (FARIA, 2018, p. 51).

No que diz respeito, especificamente, aos instrumentos empregados pelas OIs na sua busca por influenciar a produção das políticas no plano nacional, Jakobi (2009) desenvolveu a seguinte tipologia, supostamente capaz de ser empregada a todos os campos das políticas públicas e que se aplicaria a OIs que dispõem de maior ou menor capacidade de constrangimento sobre os Estados nacionais.

Jakobi (2009), por exemplo, destaca cinco diferentes mecanismos pelos quais as organizações internacionais atuam nos processos de difusão: a disseminação discursiva que consiste na transmissão de ideias e boas práticas sobre determinado tema, para tomadores de decisão dos Estados e, quando possível, para outros atores sociais. A formação de padrões, que está relacionada à capacidade de regulação, ou seja, é observada quando uma organização internacional atua na elaboração de convenções, regras, recomendações ou tratados. Já a função coordenativa é observada quando esta organização internacional assume o papel de monitorar determinados temas através da elaboração de rankings e comparações entre atores, *naming and shaming*, inspeções ou mecanismos de solução de controvérsias; nos esforços de Secretariado para a coleta de dados dos membros e no incentivo para a inclusão da política. Enquanto a assistência técnica, acontece a partir de treinamentos e capacitações da equipe de saúde envolvida no processo; reforçando as capacidades para a implementação de medidas. Por fim, o apoio financeiro, que acontece pelo direcionamento de doações ou financiamentos para determinado projeto (grifos meus).

Simon (2008), Graham, Schipan e Volden (2013), afirmam que há um consenso na literatura quanto à sistematização do processo de difusão política através do aprendizado (quando os formuladores de políticas buscam atalhos para a tomada de decisão e tentam aprender com experiências de outros governos), da coerção (quando os Estados pressionam seus entes federados para aderirem a determinadas políticas ou vice-versa. O exercício coercitivo também pode acontecer por parte de instituições financeiras, como as agências e organismos internacionais, que propõem certas sanções, reformas em troca de empréstimos), da emulação (é um processo totalmente vinculado a interesses

individuais em que políticos tentam imitar outros locais para legitimar seus governos. Trata-se de seguir padrões políticos condizentes com quem está no poder (ou com o que está em voga no momento) e da competição (quando os Estados competem entre si para obter vantagens econômicas ou simplesmente evitar desvantagens, ou seja, é quando um Estado, implementa determinada política a fim de evitar evasão para outros Estados ou diminuir a atividade econômica do seu Estado).

Oliveira, Saraiva e Sakai (2020), propõem a indução institucional, cooperação, circulação de indivíduos e *networking*, tradução e renovação política como mecanismos de difusão política. A indução institucional é caracterizada quando qualquer instituição (doméstica ou internacional) exerce qualquer tipo de pressão sobre um governo ou organização para adotar determinada política. Cooperação consiste em um trabalho conjunto para definir objetos, parceiros, responsabilidades, prazos, recursos, finalidades e resultados esperados com a transferência. A circulação de indivíduos e *networking*, trata-se das influências interpessoais na identificação de diversos instrumentos de políticas existentes para lidar com um problema público. A tradução define a adaptação dos instrumentos formais ou das dimensões abstratas das políticas às distintas especificidades do contexto local. Renovação política diz respeito à mudança de programa de governo, que pode tornar um órgão público mais aberto e adotar instrumentos de outros países.

Schipan e Volden (2012) afirmam que as próprias políticas influenciam nos processos de difusão política e propõem sete lições para pesquisadores e *policy makers*, evidenciadas em seu estudo: (1) a difusão de políticas públicas não é (meramente) o agrupamento geográfico de políticas semelhantes; (2) governos competem uns com os outros; (3) governos aprendem uns com os outros; (4) a difusão de políticas públicas nem sempre é benéfica; (5) a política e as capacidades governamentais são importantes para a difusão; (6) a difusão de políticas depende das próprias políticas; (7) a descentralização é crucial para a difusão de políticas públicas. Para esta pesquisa o conceito de que a difusão de políticas públicas depende das próprias políticas públicas foi uma lente de análise importante para observar como ocorria a difusão das PICS.

Por conseguinte, analisar as políticas públicas em si pode ser um dos pontos para explicar os processos de difusão. Makse e Volden (2011) dedicam

atenção para os atributos das políticas públicas e avaliam como eles podem contribuir para acelerar ou retardar os processos de difusão. Partindo da definição de *policy attributes* de Rogers (2004), Bernardo, 2016 caracterizou esses atributos de forma a determinar como poderiam contribuir para a difusão. Os *policy attributes* são: vantagem relativa, compatibilidade, complexibilidade, observabilidade e experimentabilidade (BERNARDO, 2016).

A vantagem relativa é observada quando a política em questão é percebida com vantagens sobre a política pública anterior. Trata-se do "grau" em que uma inovação é percebida como sendo melhor do que a ideia que ela substitui, segundo uma proporção de benefícios esperados e custos de adoção. A compatibilidade trata do grau em que uma inovação é percebida como consistente com os valores existentes, experiências anteriores e necessidades de adotantes em potencial, experiências passadas e valores da política pública. A complexibilidade seria o grau em que uma inovação é percebida como relativamente difícil de entender e usar. A "observabilidade" refere-se ao grau com que os resultados de uma inovação são visíveis a outros. Por fim, a "experimentabilidade" é o grau em que uma política pública pode ser experimentada de maneira ilimitada (BERNARDO, 2016).

2.4. Organizações Internacionais

As organizações internacionais podem ser definidas como "associações voluntárias de Estados, estabelecidas por acordo internacional, dotadas de órgãos permanentes, próprios e independentes, encarregados de gerir interesses coletivos e capazes de expressar uma vontade juridicamente distinta de seus membros" (SEITENFUS, 1997, p. 26-27). Com um número crescente e difícil de precisar, essas sociedades adquirem destaque em contexto internacional, uma vez que tratam das mais diversas temáticas – alguns exemplos das áreas são manutenção da paz, segurança, saúde, finanças, comércio e integração regional (BERNARDO, 2016).

Ademais, ao buscar interesses comuns e promover a cooperação entre os membros, as entidades internacionais direcionam e atuam como mediadoras nas relações entre os países. Responsáveis pelo gerenciamento de recursos monetários e técnicos, pela produção de informações sobre diversas áreas de

políticas públicas e dotadas de autoridade, elas possuem a capacidade de alterar o comportamento dos Estados (GONNET, 2012).

Diante disso, é fundamental discutir o papel das instituições internacionais em âmbito interno, nas políticas públicas dos países, sejam membros ou não. Faria (2018, p. 45) destaca que:

[...] muito mais do que instrumentos dos países mais poderosos ou arenas para a interação entre os Estados, adquiriram grande capacidade de agência. Como se verá, as OIs tornaram-se atores-chave nos processos de internacionalização das políticas desenvolvidas no plano doméstico ou intranacional.

Embora a literatura reconheça que tanto Organizações Internacionais Governamentais, quanto Organizações Internacionais Não-Governamentais e Empresas multinacionais tenham o potencial de impactar as políticas públicas dos Estados nacionais, de diferentes maneiras e com distintos propósitos, este trabalho foca nas OIGs, por serem atores do sistema internacional que impactam domesticamente os Estados, em distintos graus, em razão dos diferentes tipos de autoridade e de autonomia que possuem em relação aos membros (FARIA 2018).

Para compreender como as organizações internacionais podem impactar as políticas públicas, é necessário retomar os fundamentos de regimes internacionais e do institucionalismo, que apontam tendências quanto a expectativas e à cooperação entre Estados, bem como a busca de interesses comuns por parte dessas instituições e como essas organizações podem ser agentes de transferência e difusão de políticas públicas (BERNARDO, 2016).

As teorias de Relações Internacionais, que fundamentam esses conhecimentos, podem ser classificadas em três grandes vertentes: realismo, liberalismo e construtivismo. Dentro do liberalismo, está a vertente institucionalista (WALT, 1998). O institucionalismo pressupõe que, quando os Estados podem se beneficiar mutuamente da cooperação, os governos tendem a construir instituições. Estas podem prover informações, reduzir custos de transação, tornar acordos mais confiáveis, estabelecer pontos focais para operação e, em geral, facilitar a operação na reciprocidade. Elas desempenham papel fundamental, uma vez que controlam efeitos de poder e interesses, o que justifica sua existência (KEOHANE; MARTIN, 1995, p. 42).

À vista disso, regimes internacionais podem ser definidos como “princípios, normas, regras e procedimentos de tomada de decisões de determinada área das relações internacionais, em torno dos quais convergem as expectativas dos atores” (KRASNER, 2012, p. 93). Em outras palavras, espera-se um padrão comportamental com base em questões morais, direitos e obrigações assumidos, prescrições de ação ou práticas para a execução das decisões comuns entre os atores.

Krasner (2012), divide essa relação entre regimes e comportamento dos Estados em três vertentes: (1) não haveria qualquer relação entre regimes e comportamentos; (2) os regimes determinariam o comportamento dos Estados sob circunstâncias específicas; (3) estariam completamente interligados, ou seja, os regimes condicionariam o comportamento dos Estados. O alinhamento entre os atores e a convergência de expectativas e de comportamento, propiciariam a cooperação e o investimento em instituições internacionais.

Um dos principais papéis das instituições está ligado ao provimento de informações. Quanto mais segura elas forem, maior a tendência em seguir políticas que podem maximizar a utilidade e cooperar. Embora as instituições não representem o único mecanismo possível de coordenação, em situações de complexidade devido ao número de atores, elas podem trabalhar pontos focais que tornam particulares os resultados proeminentes. Dessa forma, podem arrefecer o medo de ganhos diferenciados, o que torna possível a cooperação (KEOHANE; MARTIN, 1995). Essas instituições representam um fator para a transferência e a difusão de um conjunto de princípios, normas e regras relacionadas a políticas públicas.

Para melhor compreensão dos elementos envolvidos no processo de transferência de política pública, Dolowitz e Marsh (1996; 2000) fizeram uma revisão de literatura sobre transferência de políticas públicas e caracterizaram os seguintes aspectos: razão, atores envolvidos, componentes transferidos, origem, graus de transferência, restrições e demonstração do processo de transferência. É importante descrevê-los para entender como estão relacionados com a ação das organizações internacionais.

Quando esses autores se referem à razão, elucidam que pode ser um processo voluntário ou coercitivo. Se, voluntário, buscará uma solução para determinada questão oriunda da insatisfação com o *status quo*. Se, coercitivo,

pode ser direto ou indireto. Direto, quando diz respeito a situações em que um governo ou uma organização internacional impõe sobre outro/a determinada política/ação; indireto, quando está ligado às externalidades e à interdependência entre os países. Esses processos não podem ser considerados estáticos, pois essas classificações podem envolver mais de um elemento ou, ainda, mudar de acordo com a negociação.

A respeito dos atores envolvidos no processo, Dolowitz e Marsh (1996; 2000) elencam uma série de categorias, que podem atuar individualmente ou em conjunto: funcionários, políticos eleitos, grupos de pressão, burocratas, empresários de política e especialistas, corporações transnacionais, instituições supranacionais e consultores governamentais e não governamentais. Para este estudo é importante compreender o papel dessas duas últimas categorias, que também são enfatizadas pelos atores. As instituições internacionais e os consultores – conhecidos também como comunidades epistêmicas – colaborariam na formação de um consenso internacional sobre determinado problema, bem como na possível solução.

Quanto aos componentes transferidos, os autores referem-se à política – ou seja, meta, conteúdo e instrumentos –, programas ou lições negativas. Em relação à origem da transferência, Dolowitz e Marsh (1996; 2000) relatam que pode acontecer nos níveis internacional, nacional e local. Além disso, experiências passadas podem ser consideradas na tomada de decisão. Assim sendo, da mesma forma que uma organização internacional pode ser a origem de um modelo de política, ela pode colaborar na difusão de outros governos/organizações através das boas práticas.

No que se refere aos graus de transferência, os autores mencionados estabelecem os seguintes: cópia, emulação, mistura ou inspiração. A cópia é a implantação de uma política tal qual sua origem. A emulação diz respeito à transferência dos princípios e ideais do modelo em questão. A mistura ou síntese é o processo em que há a combinação de determinada política a elementos de outra. A inspiração é a busca e o conhecimento, para a solução de questões locais, a partir de outros modelos. Talvez, nesse sentido, o que diferencia a emulação da inspiração é que na última o resultado final pode ser diferente do original.

Em se tratando das restrições ao processo de transferência, os determinantes do sucesso ou fracasso da relação, Dolowitz e Marsh (1996; 2000) apontam questões de complexidade (advindas de jornais, revistas, televisão e rádio), políticas anteriores, fragilidade estrutural (ligadas a ideologias, proximidade cultural, tecnologia, economia e burocracia) e a língua. Dificilmente os contextos – tanto do “doador” como do “receptor” – possuiriam as mesmas condições. Dessa forma, esses são alguns dos fatores que devem ser considerados nesse tipo de estudo.

Para demonstração da existência da relação entre os aspectos mencionados e as ações das organizações internacionais, Dolowitz e Marsh (1996; 2000) recomendam a análise de declarações, mídias, conferências, relatórios. No caso das organizações internacionais, as atas de reunião da área de interesse se mostram de grande relevância na identificação de qual foi o processo, como ele se deu e quem o protagonizou.

De acordo com os autores, o início do processo de transferência – por jurisdições, organizações internacionais, entre outros – acontece com o objetivo de resolução de um problema. Todavia, o decorrer do processo depende de outros fatores relacionados ao ambiente e à tomada de decisão que não estão necessariamente ligados àquele que iniciou o processo (BERNARDO, 2016).

Ao considerar o ciclo de política, reconhece-se que outros atores e instituições – com seus respectivos conhecimentos, interesses e motivações – poderão ter envolvimento nesse processo. Diante disso, entender quando e como isso acontece pode fornecer informações sobre as motivações envolvidas – o que vem, de onde vem, em que será utilizado (BERNARDO, 2016). Dolowitz e Marsh (2012), também apontam que a área de transferência e difusão de políticas públicas envolve uma variedade de ferramentas teóricas, enfatizando a discussão a respeito do conceito e dos modos de governança. Segundo eles, dependendo do modo de governança – hierarquia, mercado ou redes –, a natureza e o papel da transferência de políticas públicas podem ser diferentes. Diante desta constatação, reforça-se a necessidade de inserção dessas discussões sobre transferência e difusão em debates teóricos (BERNARDO, 2016)

As organizações internacionais podem ser classificadas como atores e/ou origem no processo de transferência e difusão de políticas públicas. Alguns

autores (DOLOWITZ; MARSH, 2000; GONNET, 2012; STONE, 2001; 2004) dedicam especial atenção a essa categoria, devido a complexidade dos fatores envolvidos, seja pela autoridade que possuem, pelos recursos que gerenciam, pela promoção das boas práticas. Esse processo pode ocorrer entre as organizações internacionais e algum país – membro delas ou não –, ou até mesmo entre as instituições.

Stone (2001, 2004) destaca as organizações internacionais como atores de transferência e difusão de políticas, tendo em vista que estas podem ser meios de desenvolvimento de políticas setoriais comuns, sendo que regimes internacionais podem levar a uma harmonização de políticas. Entende-se que da mesma forma acontece com as instituições.

Dolowitz e Marsh (2000) explicam que essas instituições propiciam um espaço de observação e troca de experiências das práticas e políticas entre os membros, um ambiente propício para transferência e difusão entre os atores, uma vez que se pode observar ações de sucesso e/ou de insucesso já implantadas por outras jurisdições. Além do que, também podem ser responsáveis por iniciar esses processos, de modo coercitivo, através de suas políticas ou condições, ou de modo voluntário, por meio de suas conferências, relatórios e recomendações.

Gonnet (2012), além de salientar a autoridade dessas organizações, destaca a importância da gestão de recursos técnicos e monetários pelos quais são responsáveis. Isto posto, um aspecto imprescindível é que, dentro da jurisdição e em relação à opinião pública, as instituições colaboram para a legitimação de processos e políticas.

No que diz respeito aos propósitos e funções dessas OIs, os principais são: resolver disputas e definir regras para a interação entre os Estados (e também para o seu comportamento doméstico, devemos acrescentar); servir de arena e de mediadoras para negociações as mais diversas; prover auxílios variados e serviços de várias naturezas; coletar, analisar e disponibilizar dados e informações; e, finalmente, mas não menos importante, monitorar tendências e definir padrões esperados ou desejados de comportamento para os Estados (FARIA, 2018, p. 49-50).

Entendendo, portanto, que há influência entre as esferas nacional e internacional, Robert Putnam (2010) sugere que a política doméstica e as

relações internacionais estão sempre entrelaçadas de alguma forma. Em sua proposta ofereceu a metáfora de “Jogos de dois níveis” para tais interações:

Em anos recentes, o desenvolvimento mais portentoso das áreas de Política Comparada e de Relações Internacionais é o crescente reconhecimento entre os pesquisadores de cada área da necessidade de levar-se em consideração os entrelaçamentos entre ambos (PUTNAN, 2010, p. 169).

Essa abordagem permite abrir a “caixa-preta” do Estado, olhando para dentro do Estado, para os atores do nível II, que podem representar agências burocráticas, grupos de interesse, classes sociais ou mesmo a “opinião pública”. Para Putnam (2010), no nível nacional (nível II) os grupos domésticos possuem interesses e os perseguem pressionando os governos de distintas formas. No nível internacional (nível I) os governos procuram maximizar suas habilidades de satisfazer as pressões domésticas, enquanto minimizam as consequências adversas das evoluções externas.

Dessa forma, entende-se que quando as representações diplomáticas representam o país no exterior, consideram as informações que possuem acerca das oportunidades e desafios domésticos para a formulação e implementação de determinadas políticas. Dessa forma, os líderes políticos estão presentes em dois tabuleiros. No nível I, negociam e discutem políticas com os contra-partes estrangeiros, inclusive no âmbito das Organizações Internacionais. No tabuleiro doméstico (nível II), lideranças articulam com grupos chave (parlamentares, agências domésticas, coalizões, grupos de interesses e assessores do próprio líder). É provável que haja consultas prévias e negociações prévias no nível II, para ampliar as informações a fim de elaborar posições para o nível I (PUTNAN, 2010). Essas interações são necessárias pois permitem a sondagem dos pontos de vista que, de certa forma, poderiam possibilitar ou mesmo inviabilizar políticas públicas. O autor usa o termo “ratificação” para o processo de implementação de determinados resultados no nível II:

A “ratificação” pode envolver um processo formal de votação no nível II, como [...] para a ratificação de tratados, mas eu uso o termo genericamente **me referindo a qualquer processo decisório no nível II que seja necessário para endossar ou implementar** um acordo formal ou informal do nível I (PUTNAN, 2010, p. 153).

Nas próximas seções serão debatidos os incentivos à cooperação internacional e à promoção das políticas públicas relacionadas às PICS no nível

I e também, no nível doméstico dos Estados, a partir do isolamento dos atores estatais do nível II (Ministério e Secretaria de Governo do Estado).

3. As PICS no Contexto da Governança Global

Este capítulo abordará contribuições do debate internacional relacionado à saúde global, bem como das discussões no contexto da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a difusão internacional das PICS.

3.1. Declaração de Alma-Ata

Nos registros da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) destacou a importância da difusão política das práticas alternativas de cuidado (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA 1978; BRASIL, 2018). O parágrafo VII da Declaração sobre os cuidados primários em saúde entende que esses:

[...] baseiam-se, aos níveis local e de encaminhamento, **nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais**, conforme seja necessário, convenientemente **treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde** e para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978, p. 2, grifo nosso).

Na visão de Choi (2009), o papel das práticas tradicionais foi descrito na Declaração de Alma-Ata, reconhecendo a necessidade do trabalho com equipes multidisciplinares de saúde envolvendo desde médicos, enfermeiras, auxiliares e outras práticas terapêuticas, para responder às necessidades de saúde expressas da comunidade.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são conhecidas na literatura internacional como medicinas alternativas e complementares (*complementary and alternative medicine*) ou medicina tradicional (*traditional medicine*) (CHOI, 2009; GALE; McHALE, 2015; BRASIL, 2018). A nomenclatura da política adotada no Brasil reconhece o conjunto de práticas e conhecimentos não inseridos na medicina convencional ou Biomedicina (BRASIL, 2018).

Choi (2009) descreve que nos países com sistemas de cuidados em saúde baseados na medicina ocidental, ou onde a medicina tradicional não foi incorporada, os termos como medicina “alternativa”, “complementar” ou “não-convencional” são utilizados. Gale e McHale (2015) apontam que a medicina ocidental tem dominado os diferentes sistemas de saúde do mundo, de forma

que termos como 'tradicional', 'complementar' e 'alternativas' são utilizados para descrever 'outros' sistemas, práticas e produtos de cuidados em saúde.

As Medicinas Tradicionais (MT), que congregam saberes, práticas e crenças nativas em diferentes culturas e as Medicinas Complementares Alternativas (MCA) que são cuidados em saúde não inseridos nos métodos convencionais, dominantes na atenção médica (OMS, 2002), são utilizadas por milhões de pessoas em países em desenvolvimento e atingem significativos níveis de uso na atenção primária à saúde em países como a Índia (70%), Ruanda (70%) e Etiópia (90%) (OMS, 2002; OPAS, 1978). Em ambas abordagens, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de enfermidades físicas e mentais são realizados com certa eficácia e legitimidade social. Os países desenvolvidos como EUA, Austrália, Canadá registram milhões de dólares em gastos com a utilização dessas terapias. Dessa forma, a discussão deste assunto passou a ser de inegável importância para a saúde pública mundial com o reconhecimento de governos, agências internacionais e entidades sanitárias (ANDRADE, 2010).

No Brasil as práticas não convencionais em saúde foram promovidas por políticas públicas desde 2005, primeiramente, através da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares, que inspirada nas orientações da OMS, refere que os vários saberes e práticas da Medicina Natural constituem sistemas médicos complexos que estimulam mecanismos naturais de promoção e recuperação da saúde, enfatizando a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, ampliando o entendimento do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano (BRASIL, 2005). Em 2006, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS (Sistema Único de Saúde), através da portaria 971 de 03 de maio de 2006, com o objetivo de estimular a utilização dessas práticas no sistema público de saúde (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), realizou em 1978, a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, capital do Cazaquistão, que contou com a participação de mais de setecentos representantes de diferentes nações. O evento reafirmou o significado da saúde como um direito fundamental e a consolidou como uma das mais importantes

metas sociais mundiais. Naquele momento a saúde foi compreendida como o completo bem-estar físico, mental e social. Na sequência ao evento, foi elaborada a Declaração de Alma-Ata, onde a Organização Mundial de Saúde (OMS) passa a recomendar que seus membros se empenhem em fomentar o desenvolvimento social e econômico para diminuir o hiato existente entre o estado da saúde de países em desenvolvimento e desenvolvidos. A relevância da promoção e proteção da saúde para garantir o contínuo desenvolvimento social e econômico e melhorar a qualidade de vida, bem como garantir a paz mundial, foi um consenso entre os participantes do evento (BRASIL, 2002).

O americano John Allen Blount (1972), pesquisador da área de saúde e administração pública, antes mesmo das orientações de Alma-Ata, referia que, na medida em que os cientistas sociais se conscientizassem da relação entre saúde e desenvolvimento, se tornaria cada vez mais importante estudar saúde pública, pois através desses estudos, especialistas regionais poderão compreender os fatores sociais, econômicos e políticos que influenciam a ação ou a passividade governamental em saúde pública dentro de suas áreas de interesse.

A atenção primária à saúde ganha destaque com a ideia de saúde para todos e a OMS define a atenção primária como estratégia a ser ofertada a toda a população (MENDES, 2004), pela concepção de universalidade⁶ no contexto de um sistema de saúde. Neste encontro, conceito de sistema de saúde foi articulado, abordando a integralidade⁷ no cuidado e as necessidades de saúde da população. O documento refere a importância das articulações intersetoriais, destacando a abordagem nutricional, participação comunitária na organização dos serviços e a educação em saúde (BRASIL, 2002).

O evento de Alma-Ata aconteceu em uma conjuntura em que se observava um movimento mundial de iniciativas nacionais e em contextos particulares de experiências em atenção primária à saúde, que foram discutidas e reconhecidas como importantes possibilidades de aprimoramento das

⁶ Garantia de que todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde públicos ou privados conveniados, em todos os níveis do sistema de saúde, assegurado por uma rede hierarquizada de serviços e com tecnologia apropriada para cada nível (DUNCAN, 2022).

⁷ Ações com capacidade de promover a saúde no cotidiano das pessoas, fazer diagnósticos e tratamentos precoces para reduzir danos e iniciar rapidamente a reabilitação e a readaptação ao convívio social (DUNCAN, 2022).

estratégias de cuidado em saúde. Muitas práticas, fundamentadas em outras racionalidades médicas diferentes da Biomedicina – como a Medicina Tradicional Chinesa, a fitoterapia, Medicina Ayurveda, entre outras – estavam atingindo resultados muito positivos na assistência em saúde, segundo registros de nações da África, da Ásia e América do Sul. Frente a isto, a Organização Mundial de Saúde, recomendou o reconhecimento destas práticas, classificadas internacionalmente, naquele momento, como medicinas alternativas e complementares, nos sistemas públicos de saúde de seus países membros, como forma de implementar o cuidado (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978; BRASIL, 2018).

Em outros sistemas de saúde que estavam se organizando, como o sistema de saúde inglês, observava-se algumas experiências em atenção primária, mas que não atingiram a importância de elemento central. A Revolução Cubana, entre 1959 e 1969 foi o momento em que se pensou a organização dos sistemas de saúde com serviços próximos à moradia dos pacientes, orientados para o atendimento em saúde. Entretanto, naquela época, não se tinha um modelo de atenção primária à saúde. Tem-se referências do início do século XX, de 1920, através do Relatório de Dawson, médico inglês, sobre uma organização de sistemas de saúde baseada em uma rede “capilarizada” propondo a atenção primária como “porta de entrada” ao serviço de saúde. Contudo, essa concepção não resistiu ao enfrentamento político da época. Outras experiências de atenção primária ocorreram em vários países da África, Ásia e América Latina, com a participação de profissionais de saúde e, principalmente médicos vinculados às igrejas católica e protestante. Neste contexto, vigorava uma concepção missionária, de dedicação religiosa, filantrópica em relação a essas iniciativas pontuais de atenção primária à saúde durante o século XX (FACCHINI, 2018).

3.2. Outros Fóruns Internacionais sobre Saúde

Outros fóruns de discussão sucederam o evento de Alma-Ata, como a Conferência do Canadá, em 1986, quando foi elaborada a Carta de Otawa, que discorreu sobre condições e recursos fundamentais para ações na promoção de saúde, destacando a importância da equidade no cuidado. Em 1988, a Conferência da Austrália discutiu sobre a importância das políticas públicas para a melhoria das condições de saúde da população e enfatizou a relevância das

decisões políticas, notadamente as de caráter econômico, para o avanço das condições de saúde. A Suécia também seguiu as orientações da OMS e realizou a terceira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em 1991, seguida pela Conferência Mundial sobre Meio Ambiente realizada no Rio de Janeiro em 1992, onde se discutiu sobre ecologia e saúde como questões interdependentes e indissolúveis, em decorrência disso, as políticas de governo deveriam desenvolver políticas que respeitassem esta relação. No mesmo contexto, Bogotá, na Colômbia, realizou a quarta Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em 1992, quando se discutiu a situação da saúde na América Latina para traçar estratégias de como conciliar interesses econômicos e propósitos sociais de bem-estar. O evento também salientou a prioridade de mais ações de saúde pública para combater o sofrimento causado pelas enfermidades decorrentes da pobreza (BRASIL, 2002). A 51ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em 1998 em Genebra, na Suíça, redigiu um documento corroborando a estratégia de saúde para todos no século XXI e a necessidade de implementação de novas políticas nacionais e internacionais (OMS; OPAS, 1998).

Seguindo este processo, no Brasil, em 1986, na Oitava Conferência Nacional de Saúde, foi deliberada a implantação de práticas alternativas de assistência à saúde. Em 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) determinou diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e fitoterapia (BRASIL, 2018). De acordo com as informações do Ministério da Saúde: “[...] após a declaração de Alma Ata, validada, principalmente, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi criado um espaço legítimo de visibilidade das demandas e necessidades da população por uma nova cultura de saúde [...]” (BRASIL, 2022, n.p).

3.3. A OMS e as Medicinas Tradicionais Complementares

A discussão sobre as Medicinas Tradicionais Complementares (MTC), ou Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como são conhecidas no Brasil, remonta de longa data. Desde 1969, quando ocorreu a 22ª Assembleia Mundial da Saúde, a OMS observou que o uso generalizado de

medicamentos tradicionais em diferentes países deveria ser mais bem estudado para garantir sua eficácia e segurança (WHO, 1969).

Até os dias atuais, foram publicadas pela OMS 16 resoluções e duas estratégias relacionadas à Medicina Tradicional. No geral, a maioria dessas resoluções reconhece o uso da MTC e seu potencial terapêutico (GLASS; LIMA, 2021). Mesmo assim, essas resoluções chamam a atenção para a necessidade de investimentos, estudos e implantação da MTC pelos seus Estados-membros. Como estratégia, recomendam que suas nações regulem o processo de implantação e implementação desses novos métodos de cuidado e produzam relatórios de progressos (OMS, 2002).

Observa-se que as resoluções não tratam de uma visão integral de saúde, nos moldes da Integralidade do cuidado que é um dos princípios do SUS; mas entendem a MTC como uma forma de oferecer cuidados de saúde a população de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Além disso, nota-se o interesse na exploração econômica dos produtos relacionados à MTC, ou seja, transformar o tradicional em científico, apropriando-se (GLASS; LIMA, 2021). Todavia, essa abordagem pode ser observada até a conclusão da primeira estratégia da OMS.

As diretrizes da OMS foram sendo adaptadas em consonância com a conjuntura de progressivo reconhecimento popular mundial da medicina tradicional complementar. É evidente que a globalização e seu consequente intercâmbio cultural, favoreceu o uso generalizado de técnicas e produtos terapêuticos de MTC, sendo assim, em 2003, quando aconteceu a Assembleia Mundial da Saúde sobre Medicina Tradicional, os Estados membros da Organização Mundial da Saúde foram incumbidos de fornecer informações confiáveis sobre Medicina Tradicional Complementar (MTC) aos seus usuários, a fim de promover segurança em seu uso. No mesmo ano, na Lombardia, na Itália, países membros da OMS se reuniram para a elaboração e revisão de novas Diretrizes da OMS. O evento foi patrocinado pelo governo da Suécia, Suíça, China e Estados Unidos (OMS, 2004).

Para melhor compreender a evolução da MTC no contexto mundial, é importante avaliar a concepção da OMS e seus Estados-membros a partir do Estatuto Legal da Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa: uma Revisão Mundial (OMS, 2001); da 1^o Estratégia de Promoção da Medicina

Tradicional (2002-2005); das Diretrizes de Informações sobre uso adequado aos Usuários de Medicina Tradicional Complementar Alternativa (2004).

No seu plano estratégico para 2002-2005, a OMS destaca quatro grandes objetivos: (1) embasamento de políticas; (2) garantia de segurança, eficácia e qualidade; (3) melhoria no acesso; (4) promoção do uso adequado de MTC. O documento enfatiza a necessidade do reconhecimento legal das suas práticas e um aumento no financiamento para pesquisas na área. A existência de organizações profissionais representa importante meio para coibir o uso destas práticas por pessoas não capacitadas e a automedicação, e para planejar estratégias para o desenvolvimento, implementação e disseminação de atividades que promovam o uso adequado de MTC. Quanto à capacitação dos profissionais praticantes de MTC, a OMS ressalta a importância de ser construída a partir de conhecimentos básicos de partes relevantes da medicina convencional, como saúde pública, higiene, primeiros socorros e questões éticas; bem como, da construção de uma boa relação entre o praticante e seu usuário. A relação de confiança entre o profissional e o paciente é considerada fundamental para garantir a segurança de seu uso e reduzir os riscos de eventos adversos e interações entre terapias medicamentosas e MTC. É de grande relevância também, o desenvolvimento de organizações locais de praticantes de MTC que possam fomentar futuras organizações nacionais.

A congregação de ações entre os interessados em MTC, como ONGs, organizações profissionais, usuários e pesquisadores da área também são recomendados pela OMS às autoridades de saúde. A instituição acredita na informação e educação dos usuários de MTC através de uma linguagem simples e acessível, conduzindo a escolhas apropriadas de autocuidado. Todavia, é essencial que uma campanha de informação, que promova o uso de MTC, seja baseado no contexto social, cultural, religioso e espiritual de cada nação, assim como a estrutura do seu sistema de saúde e o padrão de utilização das MTC, para garantir que as informações desenvolvidas sejam eficazes e adequadas à situação específica do país (OMS, 2002).

De fundamental importância, para o planejamento e estratégias internacionais, é reconhecer o padrão estrutural do sistema de saúde de cada nação envolvida na implementação da MTC. Para a OMS, o sistema de saúde de cada país pode ser classificado de acordo com o seu reconhecimento à MTC,

bem como sua integração aos diferentes contextos de abordagem da saúde (educação, capacitação, regulamentação, pesquisa e prestação de serviços). Sendo assim, um sistema de saúde pode ser integrativo, inclusivo ou tolerante. Até 2002, China, República da Coreia e Vietnã, eram as únicas nações que reconheciam oficialmente a MTC, incorporando-a em todas as áreas da prestação de cuidados de saúde, caracterizando sistemas de saúde integrativos. Para tanto, é necessário uma série de regulamentos e registros para controlar a qualidade, a eficácia e a qualidade das práticas. Nestas nações, os médicos recebem educação universitária que inclui conhecimento da MTC e da medicina moderna (ou biomedicina). Já os sistemas de saúde inclusivos, reconhecem a MTC, mas ainda não a incorporaram em todos os contextos do cuidado em saúde, como é o caso de sistemas existentes na Austrália, Canadá, Alemanha, Gana, Índia, Indonésia, Irã, Madagascar, Malásia, Mali, Singapura, Suíça, Tailândia, Ucrânia, Emirados Árabes e Estados Unidos (OMS, 2002). O Brasil, a partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, sancionada em 2006, promoveu um sistema de saúde inclusivo, reconhecendo diferentes práticas até chegar a 29 reconhecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018). Nos sistemas de saúde tolerantes, os cuidados de saúde são baseados inteiramente na medicina convencional (biomedicina). Nesses sistemas, as práticas de MTC não são oficialmente reconhecidas como um método terapêutico (OMS, 2002).

Os meios de promoção das MTC são abordados nas documentações da OMS. Para esta organização internacional, uso dos meios de comunicação de massa (rádio, TV e jornais) é uma das principais formas de divulgação de informações para consumidores. Abordagens informativas e educativas também podem ser feitas através das escolas. Em uma pesquisa realizada pela OMS sobre educação pública no uso racional de medicamentos, foi descoberto que nos países em desenvolvimento o uso da mídia de massa foi o canal de comunicação mais popular, seguido por oficinas e distribuição e exibição de material impresso. Já nos países desenvolvidos, os meios de comunicação mais populares foram as atividades de ação com materiais impressos, seguidos pelos meios de comunicação. Outras atividades populares usadas tanto nos países em desenvolvimento, quanto nos, desenvolvidos foram as reuniões comunitárias, palestras, programas escolares, teatro tradicional ou de rua, shows de

marionetes e serviços telefônicos. Muitos projetos incluídos no estudo usaram uma abordagem mista de atividades. Para a OMS, os governos têm um papel fundamental no controle destas informações sobre MTC, independentemente da existência de um centro nacional de MTC. (OMS, 2004).

3.4. Estatuto Legal da Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa: uma revisão mundial

Em 2001, a OMS, exercendo sua função de produzir informações em saúde (GONNET, 2012), publicou o “Estatuto Legal da Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa: uma Revisão Mundial”. O documento fornece informações sobre o *status* legal da MTC em vários países no período de 1991 a 2001, com o objetivo de facilitar o desenvolvimento de legislações e partilhar experiências entre os países (formação de padrão (JACOBI, 2009) e cooperação (OLIVEIRA; SARAIVA; SAKAI, 2020), que abordem estratégias de regulamentação da medicina tradicional e complementar. Nota-se que nos documentos publicados até a conclusão da primeira estratégia da OMS, a MTC é abordada como uma prática “alternativa” de saúde, termo, segundo Barros (2006), com referências amplas, heterogêneas, classificando suas práticas pelo que não são, ao invés de fazê-lo pelo que são e demonstrando um certo “descrédito” inicial.

Constatou-se, a partir do documento, que práticas de MTC são amplamente utilizadas em diversos países do mundo, nos três níveis do cuidado: prevenção, diagnóstico e tratamento de um extenso contingente de doenças. Isso é devido a existência de inúmeros fatores, principalmente por serem, essas práticas, o único acesso à saúde de populações mais carentes como as da Ásia e África. Nesses locais, mais da metade da população não conta com acesso regular a medicamentos essenciais. Entretanto, o documento atribui a difusão destas práticas ao perfil ideológico dos pacientes, além de serem menos paternalistas do que a medicina convencional (compatibilidade) (BERNARDO, 2016), fazendo referência a homeopatia que foi integrada aos sistemas nacionais de saúde em muitos países, incluindo Índia, México, Paquistão, Sri Lanka e Reino Unido.

Independentemente do motivo pelo qual um indivíduo a utiliza, a MTC se tornou um importante serviço de saúde para a população sem acesso geográfico

ou financeiro à medicina alopática e constatou a sua eficácia em áreas como saúde mental, prevenção e tratamento de doenças não transmissíveis, bem como a melhoria da qualidade de vida de pessoas que vivem com doenças crônicas, como a população idosa (observabilidade) (BERNARDO, 2016).

A OMS enfatiza que, mesmo diante dos resultados positivos da MTC, o seu crescente alcance mundial torna ainda mais urgente sua abordagem por meio de pesquisas, ensaios clínicos e avaliações como formas de garantir que os cuidados de saúde prestados através da MTC sejam seguros e confiáveis; que os padrões de segurança, eficácia e controle de qualidade de produtos fitoterápicos e terapias tradicionais sejam estabelecidos e mantidos; que, por fim, praticantes tenham as qualificações necessárias para o bom desempenho de suas funções. Essas questões tornaram-se alvos de discussões permanentes pelas autoridades de saúde e pelo público mundial.

Segundo os consultores da OMS, as políticas nacionais são uma parte fundamental para lidar com essas preocupações, pois é através delas que a MTC conseguirá uma definição capaz de as inserir nos programas nacionais de saúde, assegurando a criação de mecanismos regulamentares e legais necessários à promoção e manutenção de boas práticas; garantia de segurança e eficácia dessas terapias e fornecer acesso equitativo a recursos de saúde e informações sobre esses recursos. Entretanto, o reconhecimento e a regulamentação da MTC variam consideravelmente entre as nações. Em vista disso, a Organização Mundial da Saúde tem trabalhado com os países para desenvolver políticas mais apropriadas para minimizar esta heterogeneidade.

3.5. Estratégia de Promoção da Medicina Tradicional Complementar Alternativa para 2002-2005

Na Estratégia de Promoção da Medicina Tradicional Complementar para período compreendido entre os anos de 2002 a 2005, a OMS reconheceu na MTC sua diversidade, flexibilidade e acessibilidade, sua ampla aceitação entre muitas populações de países em desenvolvimento; sua popularidade crescente em países desenvolvidos, seu custo comparativamente baixo, seu baixo nível de aporte tecnológico e sua crescente importância econômica (atributos políticos) (BERNARDO, 2016). O documento ilustra essas questões com estatísticas, demonstrando que são os países mais pobres do mundo que mais precisam de

tratamentos de baixo custo e eficazes para doenças transmissíveis, referindo que, dos 10,5 milhões de crianças que morreram em 1999, 99% eram de países em desenvolvimento.

A Organização Mundial da Saúde avalia essas contribuições como potencialidades a serem maximizadas sem, contudo, subestimar outras características que compreendem desafios a serem superados, como: grau variável de seu reconhecimento pelos governos, falta de evidências científicas sólidas sobre a eficácia de muitas de suas terapias, dificuldades relativas à proteção do conhecimento indígena da MTC e problemas em garantir seu uso adequado.

Nesta estratégia, os desafios da MTC compreendem a construção de uma política nacional e estruturas regulatórias, devendo abranger legislação e regulamentação para produtos fitoterápicos e práticas de MTC; educação, treinamento e licenciamento de praticantes; pesquisa e desenvolvimento; alocação de recursos financeiros. Para a OMS, políticas sólidas de MTC aumentam a oferta de cuidados de saúde para pacientes com diferentes comorbidades, configurando uma importante estratégia de melhorar os cuidados em saúde da população mundial. Mesmo assim, até 2002, apenas 25 dos 191 Estados Membros da OMS haviam desenvolvido uma política nacional de MTC. Outro aspecto importante a ser abordado pelas políticas nacionais são as questões de propriedade intelectual das práticas de MTC, bem como os recursos naturais envolvidos. Alguns grupos da OMS não reconhecem o direito à propriedade desses conhecimentos; outros opõem-se a essa postura por razões éticas ou econômicas. No entanto, a “biopirataria”, a apropriação não autorizada de conhecimento e materiais da MTC, é amplamente condenada.

O segundo desafio trata da segurança, eficácia e qualidade, pois a medicina alopática ou biomedicina é baseada na cultura ocidental. Os praticantes destacam que sua abordagem é científica e isenta de valores culturais, enquanto as terapias de MTC desenvolvem-se sob intensa influência da cultura e história popular, fundamentando-se em abordagem holística da vida e no equilíbrio entre mente, corpo e ambiente, com ênfase na saúde e não na doença. Essa abordagem, mais complexa aos cuidados de saúde, torna a MTC muito atraente à população; mas também torna a avaliação muito difícil, pois muitos fatores devem ser considerados. As práticas de MTC se desenvolveram

em diferentes culturas e regiões, com padrões e métodos diversos, portanto, desenvolver métodos paralelos, aplicáveis em níveis nacionais ou internacionais, tornou-se um dos grandes obstáculos a serem enfrentados. Além disso, os praticantes de MTC podem vir de um contexto cultural e filosófico que difere, radicalmente, daquele que envolve os padrões originais de uma terapia. Isso pode levar a problemas de interpretação e aplicação da técnica. Compreensivelmente, os praticantes de medicina alopática, em alguns países, relutam em encaminhar pacientes para praticantes de MTC, o que, por sua vez, tem, como consequência, a oposição de muitos sistemas de saúde em aceitar essas práticas entre os seus tratamentos, reduzindo efetivamente a escolha de cuidados de saúde dos pacientes. A OMS também ressalta que a falta de apoio à pesquisa nesta área, nos últimos anos, resultou em carência de dados e desenvolvimento de metodologia para avaliar a segurança, eficácia e qualidade das MTC. A falta de registro de praticantes de MTC também faz parte desta categoria de obstáculos. Destaca-se, ainda, a dificuldade na avaliação de produtos fitoterápicos, cuja precisão na identificação da planta é essencial, assim como o isolamento dos ingredientes ativos. No entanto, diante da popularidade mundial da fitoterapia, a OMS destaca a urgente necessidade de um método aplicável, com poucos recursos e eficaz para a avaliação de fitoterápicos.

O acesso é outra categoria de dificuldades para a MTC elencada pela OMS, que destaca a falta de dados que possam medir os níveis de acesso a essas práticas; a necessidade de identificar terapias e produtos seguros e eficazes; a falta de reconhecimento oficial do papel dos praticantes de MTC, também interfere na acessibilidade; a falta de cooperação entre provedores de MTC e médicos alopatas; o uso insustentável de recursos de plantas medicinais são outros aspectos a serem considerados para aumentar esse acesso.

O uso racional da MTC, configura a quarta categoria de obstáculos a serem enfrentados. Neste contexto, a OMS aponta para a necessidade de qualificação e licenciamento de praticantes; uso adequado de produtos de qualidade assegurada; boa comunicação entre pacientes, profissionais de MTC e de medicina alopática; fornecimento de informações com base científica e orientação para o público em geral. Estratégias de informação, educação e comunicação poderão contribuir para a conscientização popular sobre os benefícios potenciais da MTC, a importância de procurar profissionais

capacitados, que possam conduzir terapêuticas com MTC sem desconsiderar suas possíveis interações com a alopatia, assim como o que pode acontecer durante o uso concomitante de fitoterápicos e medicamentos alopáticos, são questões muito importantes a serem consideradas pelos governos.

É relevante avaliar a abordagem cientificista da OMS em seus documentos publicados até 2002, desconsiderando evidências históricas e culturais de práticas de cuidado utilizadas há milênios, indo ao encontro da proposta de “esquizoanálise” de Guattari (1990). Não se observa nenhuma intenção da instituição em fundamentar a MTC sob uma visão epistemológica, que a coloque em igualdade à medicina científica, mas, sim, de torná-la em algo científico (GLASS; LIMA, 2021). Além disso, a dicotomia tradicional *versus* moderno reforça a supremacia em que se colocam os países colonizadores, que podem reconhecer um conhecimento tradicional produzido no passado e apropriar-se dele, mas que nunca poderá atingir a importância do conhecimento científico produzido por eles (SANTOS, 2019).

3.6. O Papel Atual da OMS na Estratégia 2002-2005

Na Estratégia 2002-2005 a OMS destaca que seus objetivos quanto a MTC são fornecer suporte normativo e de programa aos seus países membros; ajudar cada país a desenvolver a MTC e integrá-la aos sistemas nacionais de saúde; garantir o uso adequado, seguro e eficaz da medicina tradicional aumentando o acesso às informações. Para atingir estes objetivos, a OMS se propõe a trabalhar diretamente com os Estados Membros, organizações nacionais e internacionais e órgãos regionais, com o auxílio de sua rede de Centros Colaboradores (disseminação discursiva, formação de padrões e função coordenativa) (JAKOBI, 2009) – (cooperação) (OLIVEIRA; SARAIVA; SAKAI, 2020).

Na África, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental, a OMS se apresenta particularmente mais ativa no apoio a MTC, ajudando os Estados Membros a desenvolver políticas e regulamentos nacionais, facilitando o intercâmbio regional de informações sobre essas questões e apoiando os esforços para garantir a segurança de produtos envolvidos, bem como a disponibilidade de pessoal treinado e qualificado. O Comitê Regional Africano da OMS adotou uma resolução, em 2000, sobre a Promoção do Papel da Medicina Tradicional nos

Sistemas de Saúde: uma Estratégia para a Região Africana. A Resolução reconheceu a importância e o potencial da MTC para a melhoria da qualidade de saúde para a população e recomendou o rápido desenvolvimento da produção local de medicamentos tradicionais. Também impeliu as nações africanas, membros da OMS, a traduzir a estratégia em políticas nacionais de MTC, com legislação apropriada e planejamento de intervenções específicas nos níveis nacional e local; e a colaborar ativamente com todos os parceiros em sua implementação e avaliação. Os resultados desta estratégia começaram a ser percebidos cinco anos depois, com estruturas legais para MTC em 16 países africanos.

Nas Américas, em 1999, um grupo de trabalho da AMRO (Escritório Regional da OMS para as Américas), avaliou a utilização da MTC no contexto de seus países (incluindo políticas e regulamentações nacionais), propondo duas reuniões, uma para discutir a regulamentação de produtos preparados com plantas medicinais e outra para promover a pesquisa em medicina indígena. O Encontro Regional sobre aspectos regulatórios de produtos fitoterápicos, organizado pela Sede da OMS e da AMRO, foi realizado no ano de 2000 e analisou questões sobre a política nacional, economia e regulamentação, além do registro destes produtos. Ademais, foram introduzidas as Diretrizes da OMS para avaliar a segurança e eficácia de fitoterápicos, e os participantes adotaram uma proposta sobre requisitos comuns de registro de produtos fitoterápicos, que facilitará uma maior integração da MTC nos sistemas nacionais de saúde nas Américas. A regulamentação e o registro de fitoterápicos, em particular, foram estabelecidos em: Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Honduras, Guatemala, México, Peru e Venezuela. A segunda reunião, sobre pesquisa em medicina indígena, foi realizada em março de 2001 na Guatemala.

No continente europeu, mais de 12 países da Europa Ocidental estabeleceram ou revisaram seus regulamentos sobre medicamentos fitoterápicos fundamentando-se nas Diretrizes da OMS para Avaliação de Fitoterápicos.

No sudeste da Ásia, a MTC é amplamente utilizada e respeitada. Nessa região, em 1998, ocorreu uma Reunião dos Ministros da Saúde do Sudeste Asiático, recomendando que essa “rica herança” e “recurso importante” fosse utilizado de forma mais eficaz na implementação da atenção primária à saúde

nos países da região. No ano seguinte, a SEARO (Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático), organizou uma consulta regional sobre o desenvolvimento da MTC. O foco da consulta foi o reforço dos programas nacionais de MTC e o papel dos especialistas em MTC na melhoria dos sistemas distritais de saúde. Esse encontro promoveu também, o compartilhamento de informações sobre políticas e regulamentos nacionais sobre essas práticas. A SEARO, continua a apoiar ativamente cada país para desenvolvimento de políticas nacionais sobre MTC e sua integração em seus sistemas nacionais de saúde. Além disso, a OMS tem apoiado particularmente, as ações do Departamento de Sistemas de Medicina e Homeopatia, que foi estabelecido na Índia, pelo Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar em 1995; sendo que no período entre 1998 e 1999, engajou-se em padronizar e promover o controle da qualidade de medicamentos *ayurvédicos*, *unani*, *siddha* e homeopáticos concluindo as “diretrizes de boas práticas de fabricação para medicamentos *ayurvédicos*”, aprimorando a MTC indiana.

Os países do Pacífico Ocidental, têm um vasto patrimônio em MTC. Nas Reuniões de Ministros da Saúde entre 1997 e 1999, as autoridades destacaram total apoio ao desenvolvimento da MTC e sua promoção para melhorar o estado de saúde de suas populações. O Escritório Regional para o Pacífico Ocidental (WPRO), apoiou os países na elaboração de políticas e regulamentos nacionais de MTC e facilitando sua integração nos sistemas de saúde. O Instituto Filipino de Cuidados Tradicionais e Alternativos de saúde e a criação da política nacional de MTC em Papua Nova Guiné contaram com a contribuição da OMS na construção de suas legislações. Além disso, esta política destaca a pesquisa em MTC como uma prioridade.

Até a elaboração da primeira Estratégia da OMS, no ano de 2000, a região do Pacífico Ocidental, contava com 14 países com documentos oficiais do governo, reconhecendo os benefícios da medicina tradicional complementar, em contraste com a realidade de alguns anos atrás quando apenas China, Japão, República da Coreia e Vietnã reconheciam politicamente a MTC. Até o momento da publicação da primeira estratégia da OMS, cursos de graduação em MTC em tempo integral estavam sendo ofertados em universidades da Austrália, China, Hong Kong, Japão, República da Coreia e Vietnã, muitos dos quais se beneficiaram da contribuição do WPRO, que também contribuiu para o

desenvolvimento das *Diretrizes para o Uso Adequado de Fitoterápicos*, em 1997, promovendo a segurança no uso de fitoterápicos pelos países da região, a mesma ação desenvolvida nas Américas. As diretrizes contribuíram na formulação de políticas e programas nacionais sobre fitoterápicos.

Na análise deste documento, observou-se que a criação e implementação de políticas nacionais de MTC foi o foco principal de colaboração da OMS a seus países membros. Em 1999, um *workshop* da OMS sobre o desenvolvimento de políticas nacionais de MTC analisou a contribuição da MTC para a saúde da população do Pacífico Ocidental, elencando as terapias mais populares. Pode-se destacar ainda, o estudo da OMS, realizado em 1999 sobre MTC e medicina alopática para determinar meios de harmonizar os dois tipos de cuidados e assim, alcançar um maior impacto no aprimoramento da saúde. Além disso, os 20 países das Ilhas do Pacífico no ano de 2000, puderam contar com um plano de ação sobre MTC elaborado por um *workshop* regional organizado pela OMS.

3.7. Mecanismo de Difusão Política: formação de padrões

As terapias de MTC, originalmente, se desenvolveram em contextos culturais muito específicos e, mesmo assim, suas terapias foram se difundindo progressivamente para outros ambientes, com outras culturas. Entretanto, essa difusão não foi mediada no início, comprometendo a segurança e a eficácia de suas práticas. A OMS cita como exemplo a acupuntura que, originária da China, se tornou uma das terapias mais populares, levando ao questionamento se o conhecimento, treinamento e habilidade dessa prática, se mantêm no mesmo grau de suas práticas originais. Por isso, a OMS desenvolveu Diretrizes sobre Treinamento Básico e Segurança em Acupuntura e Diretrizes para Pesquisa Clínica em Acupuntura para regular a prática e a pesquisa na área.

O uso da fitoterapia também preocupa quanto à segurança em seu uso, principalmente quanto à sua regulamentação. Frente a isso, a OMS respondeu com a produção de documentos de referência, como os Métodos de Controle de Qualidade para Materiais de Plantas Medicinais, para facilitar o trabalho técnico das autoridades reguladoras de medicamentos e encorajando países a realizar o controle de qualidade destes medicamentos (formação de padrões) (JAKOBI, 2009).

3.7.1. Ferramentas e Assistência Utilizadas pela OMS

Quanto às ferramentas de assistência utilizadas pela OMS, seus documentos fazem referência a criação dos Institutos Nacionais de MTC nos moldes como os criados na China, República Popular Democrática da Coreia, Gana, Índia, Indonésia, República Democrática Popular do Laos, Mali, Madagascar, Nigéria, República da Coreia, Sri Lanka, Tailândia e Vietnã. Para estes institutos, a OMS contribuiu com diretrizes e informações científicas, apoiando e fornecendo subsídios para pesquisas sobre segurança e eficácia do uso de MTC. Na África, por exemplo, até 2002, a OMS apoiou um total de 21 países em estudos nesta área, fornecendo bolsas para pesquisa com antimaláricos e fitoterápicos, realizados, como exemplo: Instituto de Pesquisa Médica do Quênia, Centro Nacional de Pesquisa Científica em Plantas Medicinais de Gana e Instituto Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Farmacêutico da Nigéria. As pesquisas seguiram as Diretrizes Gerais da OMS para metodologia de pesquisa e avaliação da Medicina Tradicional.

3.8. Mecanismo de difusão política: cooperação (colaboração com outras organizações)

O trabalho de construção de diretrizes da OMS, com o objetivo de promover a segurança e eficácia das práticas de MTC, contou com a contribuição técnica de várias organizações nacionais e internacionais. O NCCAM, Centro Nacional de Medicina Complementar e Alternativa, nos EUA, por exemplo, foi designado Centro Colaborador da OMS para Medicina Tradicional em 1996, fornecendo comentários técnicos nas monografias da OMS sobre medicamentos fitoterápicos e orientações sobre treinamento básico e segurança em Acupuntura, além de apoio financeiro para elaboração de documentos como as Diretrizes Gerais de Metodologias de Investigação e Avaliação da Medicina Tradicional.

Na Europa, houve colaboração do Grupo de Trabalho EMEA, Agência Europeia de Avaliação de Medicamentos, sobre Medicamentos à Base de Plantas, que ajudou na preparação das monografias da OMS sobre Plantas Medicinais Seleccionadas, Diretrizes Gerais para Metodologias de Pesquisa e Avaliação de Plantas Medicinais Tradicionais e Diretrizes para a Avaliação de

Medicamentos à Base de Plantas. Dessa forma, os países europeus são incentivados a usar os documentos técnicos da OMS sobre MTC.

A OMS também trabalha com Centros Colaboradores de Medicina Tradicional para realizar atividades nacionais, regionais e globais, promovendo MTC nacional através de programas de pesquisa e treinamento. Por sua vez, estes Centros também colaboram com a OMS, com comentários técnicos e informações para a construção das diretrizes e documentos técnicos, além de fornecer treinamento em acupuntura e em habilidades de pesquisa para investigar a segurança e eficácia de medicamentos fitoterápicos.

3.9. Mecanismo de Difusão Política: acesso às informações sobre MTC

Em relação a acessibilidade das informações sobre terapias de MTC, o trabalho da OMS concentrou-se na produção de obras de referência sobre as práticas de MTC, principalmente sobre plantas medicinais e orientações sobre a construção de política nacional, treinamento práticos em MTC, ensino de boas práticas na área e seleção e uso destas terapias (formação de padrões e assistência técnica) (JAKOBI, 2009). Estados Membros da OMS como Benin, México, África do Sul e Vietnã usaram estas obras de referência para construir diretrizes condizentes com seus contextos nacionais (tradução) (OLIVEIRA; SARAIVA; SAKAI, 2020). As obras da OMS foram recomendadas pela Comissão Europeia aos seus próprios Estados-Membros como um documento de referência oficial. Outro contexto de atuação da OMS, trata do compartilhamento e troca de informações entre seus Estados-membros, através de encontros nacionais e internacionais e de seus Centros Colaboradores de Medicina Tradicional. Estes Centros respondem dúvidas de autoridades de saúde, cientistas e público em geral, responsabilizando-se por manter bancos de dados com informações sobre MTC, exercendo um importante papel no fornecimento de informações científicas para os praticantes de MTC e o público em geral.

A OMS tem se dedicado a elaboração de *sites* para a difusão de informações em MTC, mantidos e atualizados pela sede da OMS e pelos seus Centros Colaboradores, focando nas políticas nacionais de MTC, regulamentos para suas práticas e dados de pesquisa sobre segurança, eficácia e uso destas terapias.

3.10. Estratégia de Promoção da Medicina Tradicional para o período 2014-2023

Diante do importante papel que a MTC alcançou mundialmente na prestação de cuidados, a Assembleia Mundial de Saúde publicou uma resolução em 2009, solicitando ao diretor geral da OMS a realização de um planejamento para promover a MTC, a partir da realidade de seus países membros em relação a essas práticas e dos diferentes desafios que surgiram com o avanço desta “nova” forma de cuidado. Observa-se que esta estratégia foi construída a partir dos mesmos pilares da antecessora, mas com um foco mais abrangente, além da fitoterapia e de seus produtos, que na atual conjuntura, atingiu um expressivo grau de aceitabilidade, uso e acesso. A Estratégia de Medicina Tradicional da OMS 2014-2023, portanto, faz um planejamento de suas ações para a década atual.

A última Estratégia da OMS não justifica fundamentalmente, a MTC pelo contexto socioeconômico de uma nação, mesmo que seja irrefutável a contribuição destas práticas para a população de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento; todavia, o aumento da prevalência global de doenças crônicas é destacado como a razão mais urgente para a implementação da MTC nos sistemas de saúde (OMS, 2011).

Como a fitoterapia e seus produtos deixaram de ser o alvo de atenção de Governos e pacientes, as discussões se voltaram para as demais práticas de MTC e seus praticantes e se eles devem ser integrados à prestação de serviços de saúde. Sendo assim, com o intuito de atender a nova demanda, a OMS repensou os seus objetivos em relação à MTC.

A nova estratégia tem dois objetivos principais: apoiar Estados Membros no aproveitamento da contribuição das práticas de MTC para a saúde, bem-estar e cuidados de saúde centrados nas pessoas e promover a segurança e a eficácia da MTC por meio da regulamentação de produtos, práticas e profissionais; este último, manteve-se da estratégia anterior. O planejamento da OMS para alcançar estes alvos parte das seguintes ações:

- 1) construção de base de conhecimento e formulação de políticas nacionais;

- 2) fortalecimento da segurança, qualidade e eficácia por meio da regulamentação;
- 3) promoção da cobertura universal de saúde por meio da integração de serviços de MTC e autocuidado de saúde nos sistemas nacionais de saúde.

Apesar da promoção do autocuidado ser uma novidade nas abordagens da OMS em relação às MTC, a instituição ainda fundamenta seu planejamento, mantendo suas ações na construção de políticas nacionais; redigindo diretrizes para a MTC; criando padrões internacionais para a técnica das práticas e metodologia para pesquisas das terapias, produtos e praticantes da MTC; estimulando a pesquisa na área; fornecendo apoio a projetos de pesquisa clínica sobre a segurança e eficácia; defendendo o uso racional da MTC através da promoção de suas evidências e por fim, mediando informações sobre MTC ao facilitar a troca de informações (formação de padrões) (JAKOBI, 2009) .

O objetivo da Cobertura Universal de Saúde, proposto pela OMS é garantir à população em geral, o acesso a serviços de saúde promotores, preventivos, curativos e reabilitadores com a qualidade de garantir sua eficácia, acompanhando ao padrão abordado pela Constituição da OMS e o conceito de Saúde para Todos⁸. Entretanto, há de se considerar todos os fatores intrínsecos e extrínsecos ao sistema de saúde, que são determinantes da qualidade de saúde universal: aspectos socioeconômicos e investimentos no próprio sistema de saúde (como oferta de profissionais de saúde, disponibilidade de medicamentos essenciais e unidades de saúde, qualidade no atendimento, que por sua vez, dependem de um financiamento adequado, que advém de uma boa gestão, entre inúmeros outros fatores).

A cobertura universal parte da superação das barreiras ao acesso aos serviços de saúde, dificultado pela fragmentação dos seus serviços e a falta de centralização no paciente. Diante dessas constatações a OMS, considera que a MTC qualificada, tem grande potencial de contribuição para a cobertura universal de saúde.

⁸ A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO, 1946).

Uma consideração importante da OMS neste documento é a adequação das práticas de MTC no contexto social, econômico, cultural de cada nação ao desenvolver uma política de integração (tradução) (OLIVEIRA; SARAIVA; SAKAI, 2020). A construção da política nacional deve partir de um estudo prévio, com regulamentação adequada, identificando as formas de MTC usadas, definindo quem as usa, explorando as razões de seu uso e determinando as necessidades presentes e futuras. Os países, então, devem construir seu próprio perfil nacional em torno da MTC, ou seja, devem desenvolver políticas, regulamentos e diretrizes que abordam as formas de MTC e atendam às necessidades e escolhas de saúde de seu povo.

Na Suécia, por exemplo, a integração da MTC na atenção primária demonstrou a importância da disponibilidade de treinamento especializado para clínicos gerais, da combinação de métodos de pesquisa qualitativos e quantitativos, do diálogo e colaboração interdisciplinar. Uma política baseada no conhecimento técnico e contextual é a chave para integrar a MTC nos sistemas nacionais de saúde (tradução) (OLIVEIRA; SARAIVA; SAKAI, 2020). A pesquisa é priorizada pela OMS, enfatizando a importância das contribuições dos ensaios clínicos controlados e de outros métodos de avaliação. É fundamental que métodos de pesquisa continuem sendo testados, como os de eficácia comparativa e os de padrões de uso para que o conhecimento em MTC atinja uma ampla base de evidências para fundamentar as políticas nacionais e as tomadas de decisões.

3.11. Dificuldades Regulatórias às Práticas de MTC Elencadas pelos Estados-membros da OMS

As dificuldades para as práticas constituem-se na falta de: dados de pesquisa; mecanismos para controlar e regular propaganda e reclamações sobre MTC; mecanismos apropriados para controlar e regular os produtos fitoterápicos; mecanismos apropriados para monitorar e regular as práticas e os praticantes de MTC; apoio financeiro para pesquisas em MTC; experiência das autoridades nacionais de saúde e agências de controle; canais de cooperação entre as autoridades nacionais de saúde para compartilhar informações sobre MTC; mecanismos para monitorar a segurança dos produtos de MTC, incluindo fitoterápicos; educação e treinamento para práticas de MTC (OMS, 2012).

3.12. Suportes para Implementação da MTC Indicados pelos Estados-membros da OMS

Orientação técnica em pesquisa em MTC e avaliação de segurança, qualidade e eficácia de suas práticas; compartilhamento de informações sobre meios regulatórios; seminário/*workshop* sobre integração da MTC nos sistemas de saúde; seminário/*workshop* nacional sobre capacitação em monitoramento da segurança de medicamentos fitoterápicos; fornecimento de bancos de dados de pesquisa; seminário/*workshop* nacional sobre capacitação em regulamentação de práticas de MTC; seminário/*workshop* sobre o desenvolvimento de políticas e programas nacionais para MTC; seminário/*workshop* nacional sobre capacitação em regulamentação de medicamentos fitoterápicos; fornecimento de diretrizes ou requisitos mínimos para treinamento básico de praticantes de MTC; organização de reuniões globais; apoio técnico para promover o uso seguro e eficaz da MTC indígena na APS; disponibilização de canais de cooperação entre as autoridades sanitárias nacionais; fornecimento de orientações para a promoção do autocuidado para o público/comunidade na APS (OMS, 2012).

Mesmo diante das fragilidades referidas pelos Estados Membro da OMS, os dados desta instituição apontam para as questões regulatórias quanto aos produtos, práticas e praticantes de MTC como as áreas que necessitam maior atenção. A regulamentação de medicamentos fitoterápicos, assim como a construção de políticas nacionais nessa área, já alcançou um avanço bem mais considerável do que os demais aspectos discutidos até então.

Os resultados dos estudos da OMS constatam a crescente demanda mundial por essas práticas. A justificativa para esta constatação é reiterada no texto desta segunda estratégia de planejamento da OMS, como na primeira, ou seja, a MTC além de abordar o tratamento de diferentes patologias, especialmente as crônicas; também contribui na prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde, além de, segundo alguns governos, com baixo investimento financeiro (experimentabilidade) (BERNARDO, 2016).

Para oferecer o suporte necessário aos Estados Membros, a OMS planejou estratégias para alcançar três objetivos: construir a base de conhecimento para a gestão ativa de MTC por meio de políticas nacionais

adequadas; fortalecer a qualidade, segurança, uso adequado e eficácia da MTC, regulando produtos, práticas e profissionais; promover a cobertura universal de saúde por meio da integração adequada dos serviços de MTC na prestação de serviços de saúde e no autocuidado.

3.13. Políticas Nacionais: estratégia de regulação, segundo a OMS

A MTC conta com uma grande diversidade de produtos, práticas e praticantes capazes de contribuir com a saúde de seus usuários, inculcando, alguns em riscos e outros apresentando interesses estritamente comerciais. Tendo em conta os recursos limitados às políticas públicas, os Estados-Membros devem gerenciar esses conflitos de forma a proporcionar aos usuários a melhor e mais segura forma de cuidados de saúde, sem, contudo, esquecer a preferência daqueles que as utilizam e o contexto nacional em que estão inseridos. Para tanto, é necessário que os gestores reconheçam o atual papel que a MTC vem estabelecendo na saúde de seu país ou região e fortalecê-lo através de uma base de conhecimento e evidências, além de um planejamento de recursos para sua implementação.

3.14. Diagnóstico Situacional: estratégia de implementação, segundo a OMS

Reconhecer a contribuição e a diversidade da MTC nos cuidados de saúde de seu país ou região; definir a abrangência dessas práticas através do número de usuários de MTC, de quais práticas estão sendo utilizadas, dos motivos que levaram a escolha dessas práticas, se foi por indicação de um profissional de saúde e/ou se este, sabe sobre o uso da MTC pelo seu paciente. Implementar e integrar políticas e programas de MTC no sistema nacional de saúde, quando apropriado. Promover a comunicação e parceria entre profissionais da biomedicina, de MTC e pacientes. Priorizar e determinar as ações a serem tomadas de acordo com a capacidade e prioridades nacionais.

3.15. Organizações Profissionais e Pesquisa: estratégias de regulação, segundo a OMS

Qualificar as práticas em cooperação com organismos credenciados de profissionais e pesquisadores e que os resultados sejam compartilhados

internacionalmente. Fazer recomendações sobre prioridades de pesquisa em áreas específicas para formulação de políticas.

3.16. Ações Estratégicas para a OMS

Continuar a fornecer apoio e orientação técnica aos Estados Membros, desenvolvendo documentos e ferramentas relevantes para estudos de políticas. Apoiar os Estados Membros na definição e regulamentação das diferentes modalidades de MTC. Coordenar recursos técnicos globais para construir consenso sobre as definições básicas de MTC. Apoiar os Estados Membros no compartilhamento de informações com os demais países para a formulação de políticas. Coletar dados globais sobre a utilização de MTC; estabelecer e manter um banco de dados para coletar informações sobre políticas e regulamentos de MTC pelos Estados Membros.

3.17. *Benchmarking* como estratégia de implementação

A necessidade em avaliar a eficácia da MTC e identificar estratégias para superar os seus desafios, tornaram-se uma premissa diante do progresso de políticas nacionais e estruturas regulatórias. Para tanto, pode-se utilizar o método de comparação com padrões de referência (*benchmarking*). Isso pode ser feito por meio de auditorias e análises nacionais, bem como pelo desenvolvimento e compartilhamento de modelos em nível internacional.

Os *benchmarks* são importantes para desenvolver abordagens capazes de identificar como os sistemas existentes podem ser melhorados. Eles podem ser aplicados para avaliar terapias individuais, criar padrões de prática, estabelecer estruturas regulatórias para profissionais e práticas de MTC e fornecer supervisão por profissionais, incluindo treinamento, credenciamento e remuneração, e determinar como um serviço é prestado dentro de um sistema de saúde.

3.18. A OMS como Agente de Difusão Política

A OMS recomenda que indicadores de desempenho baseados nos seus três objetivos estratégicos sejam avaliados em nível nacional por cada Estado-Membro e, que outros indicadores, condizentes com a conjuntura de cada país,

sejam desenvolvidos para implementar a avaliação da MTC. A OMS desenvolveu uma lista de indicadores-chave de desempenho, relativos a cada um dos objetivos estratégicos, que ajudarão a medir o sucesso da estratégia de MTC e seu avanço nos Estados-membros: número de Estados-membros que relatam uma política nacional/provincial/estadual de MTC; aumento no financiamento em pesquisa público/governamental para MTC; regulamentação nacional para produtos de MTC; regulamentação nacional/provincial/estadual para a prática de MTC; regulamentação/registo nacional/provincial/estadual para praticantes de MTC; planos/programas/abordagens nacionais para integrar o serviço de MTC na prestação de serviços nacionais de saúde; projeto/programa de educação do consumidor para autocuidado de saúde usando MTC (função coordenativa) (JAKOBI, 2009).

Nota-se assim, uma postura cartesiana da OMS em seus documentos publicados até 2002; voltada essencialmente para dados quantitativos, sem considerar evidências históricas e a relevância cultural de práticas de cuidado datadas de milênios. Não se identifica uma intenção da OMS em fundamentar a MTC sob uma visão epistemológica, de forma a reconhecê-la em igualdade à medicina científica, mas sim, de torná-la em algo mensurável, o mais próximo possível do considerado científico (GLASS; LIMA, 2021).

Por fim, em sua última Estratégia de Promoção da Medicina Tradicional Complementar, a OMS altera sua postura diante destas práticas, considerando a avaliação de suas evidências históricas, contrapondo o cientificismo apresentado até então. Neste documento, a OMS se refere à MTC como sendo um paradigma complementar, demonstrando um abrandamento político das resistências a essas práticas de cuidado. O seu reconhecimento pela OMS e por muitos de seus países membros, através de diretrizes regulatórias internacionais e políticas públicas, configura uma nova perspectiva para a saúde mundial. A ideia de método alternativo como uma opção clínica, mesmo quando se apresenta como uma posição político-ideológica, vai se arrefecendo diante dos esforços para promover a cooperação e a complementaridade entre a biomedicina e a MTC (ANDRADE; COSTA, 2010). Dessa forma, chega-se a uma área de confluência, mas não consensual, no qual as iniciativas interdisciplinares são fomentadas. Diante dessa confluência que expressa uma transição paradigmática (MARTINS, 2003), em que o campo médico ortodoxo, apresenta

uma iniciativa de integração com outras racionalidades, vislumbra-se um processo de humanização da saúde através da inclusão de outros conhecimentos diagnóstico-terapêuticos.

4. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PNPICS)

Este capítulo discutirá a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PNPICS).

4.1. PNPICS: uma estratégia política pela integralidade no cuidado

Na sequência às recomendações da OMS, através da Declaração de Alma-Ata, o Brasil, inserido nessa conjuntura de reestruturação da saúde pública, realizou sua Reforma Sanitária, na década de 1980, com a construção do Sistema Único de Saúde, o SUS, e de políticas públicas que viabilizassem a nova ideologia sanitária. Um sistema universal de saúde foi proposto, com atenção primária à saúde estruturada na integralidade do cuidado. Essa concepção foi se materializando com experiências que foram surgindo em vários estados brasileiros como: Minas Gerais, São Paulo, Rio Grande do Sul e estados do Nordeste (FACCHINI, 2018). Além disso, a história da construção da atenção primária brasileira, registra o início da utilização de “medicinas alternativas e complementares” por profissionais de saúde, evidenciada por registros no sistema de saúde pública, desde a década de 1980 (BRASIL, 2006). Quando a Conferência de Alma-Ata define sua proposta, no Brasil já estavam acontecendo várias experiências com os mesmos fundamentos do documento proposto pela Conferência (FACCHINI, 2018).

Em registros históricos do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) consta que sua fundação data de 1976, dois anos antes de Alma-Ata, quando também foi criada uma Unidade Básica de Saúde (UBS) vinculada ao departamento, o que já apresentava aspectos de uma atenção primária universal, com livre acesso à população, atendimento gratuito e território definido para as ações em saúde. Quando o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988, dez anos após a Conferência de Alma-Ata, o paradigma da atenção primária universal e integral já havia sido sedimentada (FACCHINI, 2018). Em 1988, o Brasil criou seu sistema público de saúde, o SUS, através dos artigos nº 196 e nº 198 da Constituição Brasileira, regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8080/90. Nesse contexto, o conceito de

saúde foi ampliado, adotando uma concepção mais ampla para a compreensão do processo de cuidar e dos cuidados da saúde (BRASIL, 1988).

Dessa forma, por meio da criação do SUS conquistou-se o maior sistema de saúde pública universal do mundo (SAMPAIO, 2019). A Carta Magna brasileira determina que é dever do Estado garantir a saúde para todos os cidadãos. Isso deve ser feito por meio de políticas sociais e econômicas voltadas para a redução do risco de doença e outros agravos, assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988). O Brasil, então, conseguiu construir um sistema de saúde de acesso universal, financiado com recursos pagos pela população por meio de impostos, integral desde a vacina até os transplantes. Contudo o financiamento do SUS, ainda é a fragilidade do sistema, que atravança a acessibilidade mais plena à saúde pública no Brasil (FACCHINI, 2018).

Para viabilizar esses fundamentos propostos pelo SUS, o Brasil promoveu diferentes políticas públicas, além de promulgar várias deliberações, como a implantação de práticas alternativas de assistência à saúde em 1986, na Oitava Conferência Nacional de Saúde. Em 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) determinou diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e fitoterapia (BRASIL, 2018).

O Ministério da Saúde publicou uma política para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS), apenas em 2006, pela Portaria GM/MS nº 971. O Governo Federal criou esta política como forma de atender a demanda criada pela Organização Mundial de Saúde em inserir as então chamadas, “medicinas alternativas e complementares”, no sistema de saúde pública de seus países membros e às deliberações das Conferências Nacionais de Saúde; 1º Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001; 1º Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2003, ressaltando a necessidade de acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos e da 2º Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004 (BRASIL, 2006). As Conferências reivindicaram a legitimação de propostas

terapêuticas que, segundo evidências históricas, participaram da construção da atenção primária brasileira (BRASIL, 2006).

Essa ação política gerou outra demanda governamental, criada pelos conselhos profissionais, que ainda não reconhecem essas práticas terapêuticas e se opõe ao seu reconhecimento pelo Ministério da Saúde. Atualmente, a indústria farmacêutica se manifesta em oposição a essa política (SAMPAIO, 2019).

A PNPICS é uma “política de inclusão terapêutica”, que favorece a complementaridade e diversifica as opções de cuidado em saúde (ANDRADE, 2006). Segundo Freitag e Badke (2019), as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos de tratamento com caráter multiprofissional, buscando estimular mecanismos naturais de prevenção de doenças e promoção de saúde. Tais práticas, fundamentam o cuidado nas necessidades individuais de cada paciente, na multidimensionalidade – física, emocional e espiritual.

Atualmente, o Brasil reconhece 29 terapias como Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Antroposofia e Termalismo, reconhecidas em 2006; Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga, reconhecidas em 2017; Apiterapia, aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de florais, com reconhecimento em 2018 (BRASIL, 2018; BRASIL, 2022) (APÊNDICE C).

O Ministério da Saúde informa que “[...] o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, de forma integral e gratuita, estes 29 procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) à população” (BRASIL, 2022, n.p.). As informações do *sítio web* do Ministério indicam que tais atendimentos iniciam na rede de Atenção Básica à saúde, que as evidências científicas têm apontado para os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e práticas integrativas e complementares, bem como, destaca que tais práticas não substituem tratamentos convencionais.

4.2. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

A Ciência Política tem estudado os determinantes do processo político sob à luz do neo-institucionalismo. Dessa forma, o surgimento do novo institucionalismo determinou linhas de pesquisa sobre como o arranjo institucional reflete no comportamento político; ou seja, as variações do desenho institucional (forma de governo, sistema eleitoral, modelo federativo, regras do processo legislativo, etc.) e as relações do Estado (com mercado econômico, com sociedade civil organizada, com partidos políticos, com eleitores, etc.) interagem entre si e determinam resultados políticos diversos. São as “regras do jogo” que restringem o comportamento dos atores e que direcionam o indivíduo a um comportamento coletivo específico, sendo aquele preferencialmente considerado pelas regras. É preciso estudar essas regras para explicar o comportamento político individual e coletivo (PERES, 2008).

No Brasil, tem-se um modelo de República Federal Presidencialista, formada pela União, estados, distrito federal e municípios, determinando autonomia política aos estados brasileiros. A União, por sua vez, está dividida em três poderes independentes: legislativo, que elabora as leis; executivo, que atua na execução de programas ou prestação de serviço público; e judiciário, que soluciona conflitos entre cidadãos, entidades e Estado. O Brasil tem um sistema pluripartidário, admitindo a formação legal de vários partidos políticos. O regime político-institucional brasileiro foi caracterizado pelo cientista político Sérgio Abranches (1980), como “presidencialismo de coalizão”, definindo o país como um presidencialismo com o poder parlamentar fragmentado em vários partidos pois, nesse arranjo, o presidente se elege por maioria absoluta, mas o seu partido dificilmente consegue uma bancada com mais de 20% das cadeiras na Câmara dos Deputados, levando o executivo a uma prática comum ao parlamentarismo, que são as coalizões (AVRITZER, 2006). Isto posto, para a compreensão do processo de implantação da PNPICS é fundamental a análise da interação do Estado com as demais instituições políticas (nacionais e internacionais), bem como as instituições sociais brasileiras.

A regulamentação de práticas tradicionais de cuidado em saúde chegou ao Brasil como uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS),

que no início de suas discussões, em 1969, até os dias atuais, publicou 16 resoluções e dois planos estratégicos de implantação internacional dessas práticas (GLASS; LIMA, 2021). Contudo, no Brasil, a criação da política iniciou-se em junho de 2003, quando o então Ministro da Saúde reuniu-se com representantes das Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, com vista a desenvolver diretrizes para práticas de saúde que estavam sendo realizadas no sistema de saúde pública de vários estados e municípios brasileiros. O Ministério da Saúde criou um grupo gestor responsável pela formulação da PNPIC, determinando a criação de quatro subgrupos de trabalho, baseando-se nas áreas de atuação dos profissionais envolvidos, devido às especificidades de cada uma delas. Logo, o grupo gestor desenvolveu um plano de ação para ser adotado pelos subgrupos, que posteriormente seria consolidado em um documento técnico comum para ser utilizado na elaboração da política (BRASIL, 2006).

Os subgrupos tiveram autonomia para definir o seu plano de ação e alguns subgrupos, como o da homeopatia, fitoterapia e medicina antroposófica, realizando fóruns com importante participação da sociedade civil organizada de várias regiões do Brasil, além de reuniões técnicas para concluir o plano de ação. O subgrupo da medicina tradicional chinesa (MTC) e acupuntura realizaram reuniões técnicas, mas fundamentadas em documentos da OMS (BRASIL, 2006). Foi feito um diagnóstico situacional através da avaliação das práticas já inseridas no SUS, do levantamento da capacidade instalada, do número e perfil dos profissionais envolvidos, da capacitação de profissionais, da qualidade dos serviços, entre outros critérios. Segundo documentos da PNPICS (2006), para essa análise, o grupo gestor e os subgrupos de trabalho contaram com a contribuição dos seguintes órgãos, entidades e instituições:

- Coordenação-geral do processo de formulação da política nacional:
- Secretaria-Executiva/MS;
- Secretaria de Atenção à Saúde/MS.
- Subgrupo de trabalho – medicina tradicional chinesa/acupuntura:
- Secretaria de Atenção à Saúde (coordenação);
- Secretaria-Executiva;
- Secretaria de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde;

- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos;
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- Governo do Distrito Federal – Secretaria de Saúde;
- Município de São Paulo – Secretaria de Saúde;
- Município de Campinas – Secretaria de Saúde;
- Associação Médica Brasileira de Acupuntura (AMBA);
- Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA);
- Subgrupo de trabalho – homeopatia;
- Secretaria de Atenção à Saúde (coordenação);
- Secretaria-Executiva;
- Secretaria de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde;
- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos;
- Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB);
- Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH);
- Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas Homeopatas (ABCDH);
- -Subgrupo de trabalho – plantas medicinais e fitoterapia;
- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (coordenação);
- Secretaria-Executiva;
- Secretaria de Atenção à Saúde;
- Fiocruz – Farmanguinhos;
- Associação Nacional de Fitoterapia em Serviços Públicos (ASSOCIOFITO);
- Instituto Brasileiro de Plantas Medicinais (IBPM);
- Associação Brasileira de Fitomedicina (SOBRAFITO);
- Rede Latino-Americana Interdisciplinar de Plantas Medicinais (RELIPLAN);
- Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina;
- Subgrupo de trabalho – medicina antroposófica;
- Secretaria de Atenção à Saúde (coordenação);
- Secretaria-Executiva;
- Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (ABMA).

À conclusão da elaboração do projeto da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, foi apreciado pelas Câmaras Técnicas dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite, sendo aprovado em fevereiro de 2005. A próxima instância foi a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e após várias reuniões entre profissionais do Ministério da Saúde e a Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiológica, a proposta de política foi aprovada pelo CNS em dezembro de 2005, com restrições quanto ao texto referente à medicina tradicional chinesa/acupuntura e à denominação da política. Sendo assim, foi formada uma subcomissão pelo CNS com representantes desse conselho, técnicos do Ministério da Saúde e outros profissionais para redigir a proposta final que seria reavaliada pelo CNS em fevereiro de 2006, conquistando a aprovação por unanimidade. Nesse momento, foi sancionada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e publicada através das portarias ministeriais nº 971 de 3 de maio de 2006 e nº 1600 de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2006).

Tanto as recomendações da OMS, como o discurso do Ministério da Saúde quanto aos princípios da promoção de saúde, atingem identidade ao reconhecerem o pluralismo terapêutico e a “alteridade dos cuidados”, ao qual a Antropologia se refere. A institucionalização da PNPICS é resultado do histórico sanitário brasileiro: eficácia clínica e sociocultural sustentada na tradição. A PNPICS reconhece o pluralismo terapêutico presente na cultura da sociedade (BARROS, 2007; ANDRADE; COSTA, 2010). Os princípios de promoção global do cuidado humano, integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, a ampla abordagem da doença e da saúde e a utilização de recursos naturais de prevenção constituem elementos da integralidade do cuidado, holística e complexa, como referem as diretrizes defendidas pela OMS e pelo Ministério da Saúde (LUZ, 1993).

Segundo Glass e Lima (2021), os documentos brasileiros apresentam visões epistemológicas diferentes das apresentadas pela OMS, a começar pelos objetivos da implantação dessas práticas. No Brasil, a integralidade do cuidado em saúde, a humanização dos atendimentos e a atenção primária à saúde, constituem os objetivos principais da política brasileira; melhoria na atenção à saúde indígena também consta nos alvos a serem alcançados. Assim, as

portarias do Ministério da Saúde defendem um paradigma de saúde distinto do que é denominado de modelo biomédico, que é defendido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Portanto, trata-se de um ato político polêmico por envolver a demarcação entre o científico e o não científico.

O Conselho Federal de Medicina manifestou-se em 13 de março de 2018, em uma nota à comunidade médica e à população (CFM, 2018) e uma reportagem em sua página virtual (CFM, 2018). No primeiro manifesto o CFM refere que as PIC não apresentam resultados e eficácia comprovados cientificamente; a incorporação dessas práticas ignora as prioridades de alocação de recursos no SUS; e, por fim, a prescrição e adoção de terapias sem reconhecimento científico são proibidas aos médicos brasileiros. Glass e Lima, 2021 destacam que o CFM, ao se pronunciar sobre a alocação de recursos públicos, demonstra desconhecimento sobre as políticas que apoiam as PICS, como a Política Nacional de Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, bem como o inciso da Constituição de 1988, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS. Ao ressaltar que é prioridade do SUS a prevenção, proteção e tratamentos integrativos, essas políticas justificam a alocação de recursos para estratégias capazes de atingir estes objetivos. Já na referência de 13 de março de 2018, é abordada a falta de comprovação científica das PICS e destacada a proibição dos médicos de aplicarem terapias não comprovadas cientificamente, demonstrando mais uma vez a demarcação epistemológica. Essa mesma opinião também é partilhada pela Associação Médica Brasileira que publicou um artigo referindo-se à primeira portaria regulamentar das PICS (2006) como “Portaria equivocada” (2006).

A Sociedade Brasileira de Física (SBF), em 2018, também publicou uma carta pública, intitulada “Um basta à pseudociência” (2018), também demonstrando um posicionamento epistemológico combatido por Guattari (1990), quando discorre sobre a “esquizoanálise”, processo que determina que todos os conhecimentos e práticas devem ser enquadrados em fundamentos teóricos assegurados por autoridade de um grupo, de uma escola, de um conservatório ou de uma academia. O autor classifica a “esquizoanálise” como catecismos psicanalíticos, comportamentalistas, sistematizados, ou seja,

quando a sociedade vai se desfazendo de suas crenças e práticas culturais por não se classificarem em paradigmas pré-determinados por padrões universais.

4.3 PNPICS: conjuntura atual

Segundo dados do Ministério da Saúde (2020), existe o registro de 17.335 estabelecimentos de saúde que oferecem PIC na atenção básica em 4.297 municípios. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a que mais oferece essas práticas, concentrando 90% da oferta em serviços de saúde. Foram realizados dois milhões de atendimentos com PICS nas UBSs desde a criação da política. As práticas mais utilizadas foram Medicina Tradicional Chinesa, incluindo acupuntura com mais de 1 milhão de atendimentos e fitoterapia, com 85 mil (BRASIL, PICS, 2020). Registros do Ministério da Saúde demonstram um crescimento substancial na oferta de PICS entre os anos de 2017 e 2019, pois em 2017 foram publicadas portarias importantes para o aprimoramento do registro das PICS nos sistemas de informações do SUS (BRASIL, 2020). Desde então, foi possível incrementar o monitoramento dessas práticas nos estabelecimentos de saúde pública e constatar sua expansão.

Entretanto, nos seus primeiros dez anos, existiu uma indefinição do escopo dessa política, o que resultou das falhas no registro de informações pertinentes às ações em PIC no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), essa dificuldade de registro foi atribuída à falta de códigos de identificação dessas práticas para preenchimento dos formulários. Estudos referem que ainda existe uma insuficiência de diretrizes operacionais para implementação da PNPIC nos municípios brasileiros, o que dificulta a sua consolidação no SUS, no âmbito na Atenção Básica (HABIMORAD; CATARUCCI, 2020).

Os dados do Ministério da Saúde (SCNES, SISAB/DATASUS) apontam para a concentração de estabelecimentos de saúde com PIC em APS nas regiões Sudeste e Nordeste, existindo diferenças regionais significativas na implantação dessas terapias complementares. Acredita-se, que essa diferença se deve ao fato de municípios dessas regiões estarem envolvidos com terapias complementares por meio de iniciativa de voluntários, desde 1980, como aconteceu em Uberlândia-MG, com a utilização da fitoterapia. Nesse município o processo de implantação de PIC ocorreu por meio da criação do Programa

Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PMPICS), uma articulação entre o prefeito, câmara de vereadores, Comissão Interssetorial de PICS (CIPIC) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (ALVES; QUERINO, 2019). Neste sentido, sob a ótica da proposta de Immergut (1996), ressalta-se a importância da Central de Movimentos Populares (CIPIC e CNS) na estruturação das PICS no município.

Os principais desafios elencados pelos gestores, de acordo com estudos de Costa e Costa (2019) e Habimorad e Catarucci (2020) são: falta de coordenação nacional oficial da PNPIC no contexto do Ministério da Saúde; inexistência de dotação orçamentária para implantação e implementação das PICS nos municípios brasileiros (a própria PNPIC não expõe de onde deve partir o seu financiamento), ressaltando a importância do Poder Executivo na formulação de políticas (IMMERGUT, 1996); predominância do atual modelo biomédico, voltado para os tratamentos alopáticos; falta de conhecimento das PICS (o que pode contribuir para a formação de opiniões equivocadas sobre o assunto, dificultando a relação da equipe de saúde com os praticantes desses métodos) e carência de capacitação de recursos humanos no SUS.

Segundo Santos e Tesser (2012), uma estratégia para facilitar a implantação da PNPIC e a melhoria de acesso às PIC seria através de quatro fases:

- Fase 1: estabelecer os profissionais que irão conduzir as PIC (preferencialmente profissionais com experiência em PIC);
- Fase 2: realizar uma análise situacional, quando os profissionais, atuantes ou não em PIC, seriam recrutados para levantar questões que dificultam a implantação das PICS, estratégias de organização das ações e de fluxo de atendimentos dos serviços e a formalização das ações;
- Fase 3: regulamentação para o desenvolvimento das PIC de acordo com a PNPIC;
- Fase 4: implantação cíclica e contínua, baseada na capacidade de atendimento da equipe envolvida no processo. Para tanto, serão necessários investimentos iniciais e capacitação contínua dos

profissionais da rede para atendimento de modo qualificado e resolutivo.

Observa-se que é necessário reunir gestores, profissionais da saúde e a sociedade para promover debates sobre a relevância das PICS como um novo paradigma de cuidado integrativo. Essa coparticipação é fundamental para a implantação da PNPIC, pois é através dessa interação que é possível planejamento adequado e sustentabilidade das ações (COSTA; COSTA, 2019; HABIMORAD; CATARUCCI, 2020). As diferenças regionais no Brasil, na implantação da PNPIC, se devem, a princípio, por diferenças nessas interações. Essa interação entre os atores é determinante no “jogo político”. A relação, entre os poderes do Estado, são determinadas pelas “regras do jogo” estabelecidas pelas instituições políticas que, por sua vez, são determinadas pelos resultados eleitorais e pelos sistemas partidários. Sob essa perspectiva, uma proposta política pode ter uma história diferente em diferentes sistemas políticos, devido a maior ou menor influência de grupos de interesse (IMMERGUT, 1996).

Como a PNPIC não dispõe de financiamento, é de grande relevância sua defesa política nos conselhos de saúde e em outras instâncias do poder público. O enfrentamento dos desafios de implantação da política requer criação de legislação específica dos estados e municípios que garantam a destinação de recursos para a operacionalização dessas práticas (HABIMORAD; CATARUCCI, 2020).

É importante considerar a relevância de políticas institucionais que facilitem a apresentação dessas práticas em ambientes acadêmicos, bem como demonstrar sua eficácia nos tratamentos de pacientes; e em ambientes de cultura local e organizacional, como forma de readequar o modelo biomédico vigente, em que as pessoas esperam apenas por medicalização para controle de suas enfermidades, dificultando a implementação da política em questão (SILVA; LIMA, 2015, MOURA; SOUSA, 2017, REIS; ESTEVES, 2018). Além disso, a relação existente entre as PICS e as práticas da cultura popular e religiosa do Brasil é reconhecida como uma potencialidade no processo de implantação dessa política (HABIMORAD; CATARUCCI, 2020), de forma a facilitar sua aceitação pela população brasileira.

Desde a criação da PNPIC, observou-se progressos consideráveis nas diretrizes operacionais para a sua implementação, o que determinou o avanço no número de municípios brasileiros que aderiram ao novo modelo terapêutico (BRASIL, 2020). Nesses quinze anos, a PNPIC foi abordada de diferentes formas pelos diferentes gestores, em diferentes conjunturas, que podem ser consideradas como as “variáveis externas” propostas, pelo “modelo de sistemas” de David Easton, que busca compreender a interação entre problema, regras e decisões políticas. Essas “variáveis externas” determinam períodos de estagnação e períodos de avanços na história dessa política. Assim, pode-se elencar como variáveis o conhecimento das PICS por parte dos gestores e da sociedade, sua aceitação pelos profissionais de saúde e pelos usuários do SUS, o envolvimento da sociedade civil organizada, bem como o grau de cooperação entre os defensores da política e a gestão.

Nos últimos cinco anos, na instância federal, aconteceram importantes conquistas como a criação da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, criada em março de 2018 pelo Ministério da Saúde no âmbito da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde, mas regulamentada apenas em fevereiro de 2021, estando sob o comando da biomédica Christiane Santos Matos até final de 2022. O Laboratório de Inovação em Saúde sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (LIS PICS), criado em outubro de 2021, foi outro avanço na expansão da PNPIC e conta com a participação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a referida Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPICS), que acompanharão seis experiências exitosas em PICS no SUS como estratégia de trocar conhecimento entre os participantes e divulgar evidências de resultados terapêuticos com as PICS (BRASIL LIS PICS). Constatou-se também, diferentes níveis de progresso nas instâncias estadual e municipal (BRASIL, 2020), demonstrando que os resultados eleitorais e a conjuntura realmente determinam diferenças no processo decisório e nas ações políticas, assim como a participação popular organizada.

Pode-se concluir que o Poder Executivo, nesses últimos seis anos, tem se organizado de forma a incentivar a implantação e implementação da PNPICS, mas ainda existem importantes diferenças na sua implantação nas diferentes

regiões do Brasil. Diante dessa constatação, ressalta-se a importância da divulgação da PNPIIC entre os gestores estaduais e municipais, bem como no ambiente acadêmico de saúde e entre os profissionais e usuários do SUS. Levar essa discussão a sociedade civil organizada nas diversas regiões do país, revela-se, também, como importante estratégia na implantação desse novo modelo terapêutico, bem como esforços interdisciplinares, multiprofissionais, gerenciais, principalmente participativos e motivacionais, fundamentados na subjetividade humana (ANDRADE; COSTA, 2010).

4.4. A PNPICS na Percepção da Atual Gestão Nacional da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Na esfera federal a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde é coordenada pelo Dr. Marcos Vinicius Pedrosa, diretor do Departamento de Gestão do Cuidado Integral na Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, desde 2 de janeiro de 2023, quando a presidência da república foi assumida por Luís Inácio Lula da Silva. As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, no governo anterior, estavam sob coordenação do Departamento de Estratégia de Saúde da Família. Entretanto, o atual governo decidiu colocá-las em um departamento que as permitisse interagir de forma transversal com as demais políticas deste departamento, contemplando o cuidado com crianças, jovens, mulheres, homens e idosos.

A institucionalização da PNPICS foi uma resposta à demanda social que já existia desde a oitava Conferência Nacional de Saúde. Todavia, em 2003, um grupo de associações profissionais vieram ao Ministério com a solicitação de uma política. O debate desta proposta perdurou por três anos, com o Conselho Nacional de Saúde e com a Câmara Intergestora Tripartite (CIT). Até que própria OMS fomentou esse movimento com a publicação de sua Estratégia para implementação das práticas tradicionais para o período 2002-2005, de forma que as associações profissionais brasileiras envolvidas neste contexto, trouxeram em mãos esse documento da OMS, ao Ministério da Saúde – naquele momento liderado por Humberto Costa, ministro do primeiro governo Lula – de maneira a demonstrar que não se tratava apenas de uma demanda nacional, mas internacional. Assim, em 2006, as PICS foram institucionalizadas no Brasil.

Atualmente 93% dos municípios brasileiros oferecem PICS. As PICS mais ofertadas no Brasil são as relacionadas à Medicina Tradicional Chinesa, com a auriculopuntura, acupuntura, ventosaterapia, entre outros.

Dentre as figuras mais importantes na história da PNPICS, foram elencadas pela gestão o ex-ministro da saúde Humberto Costa, com quem iniciou a implementação da política, o atual diretor técnico do Departamento de Gestão do Cuidado Integral, Daniel Amado, que tem participado desse processo desde 2010; a Associação Brasileira de Fitoterapia; o Colégio Médico de Acupuntura; a Associação Médica de Homeopatia; o Conselho Nacional de Saúde; a FIOCRUZ; a professora Madel Therezinha Luz, pesquisadora da Sociologia da área da saúde e da vida, que criou o grupo de pesquisa Racionalidades Médicas e Saúde (iniciado na década de 1990), uma figura fundamental para se pensar em um referencial teórico aqui no Brasil; o professor Nelson Filice, ex-aluno da professora Madel, Cientista Social, um pesquisador importante, que sempre esteve presente nas discussões da implementação dessa política; o Dr. Charles Tesser, Médico de Família, professor da Universidade de São Paulo (USP), uma parceria com a qual o Ministério da Saúde conta atualmente, na construção do curso de auriculoterapia; Carmen de Simoni, que foi a primeira coordenadora da política de PICS em 2006 até 2010.

Esse processo de implementação da PNPICS seguiu regras que estão descritas no próprio texto da política, no qual são referidas as atribuições do governo federal, estadual e municipal. Contudo, a PNPICS é uma política transversal, que é contemplada por outras políticas públicas como a de Promoção de Saúde, de Alimentação e Nutrição e a própria PNAB (Política de Atenção Básica). Não existe um programa específico das PICS, mas elas são consideradas em várias outras políticas, que fortalecem a implementação da PNPICS.

A gestão afirma que o governo federal tem um grande interesse na política, mas destaca que ela precisa ser atualizada, pois de 2006 até o momento, houve evolução no entendimento do tema. Há alguns anos, as medicinas tradicionais eram classificadas como alternativas; tempos depois, foram denominadas integrativas e complementares, o que não faz jus ao real papel que essas terapias têm desenvolvido no sistema de saúde brasileiro. Então, um dos objetivos da gestão nacional é atualizar a política através de uma

revisão conceitual. O Estado também tem planejado a política de PICS como um campo de ferramentas para o cuidado clínico e estratégia de cuidado ao longo da vida, incluindo a promoção de saúde. Para o governo nacional, as PICS são consideradas no contexto da saúde mental, cardiovascular, no controle da dor, que, por sua vez, contempla os cuidados paliativos, e na promoção da saúde planetária, através da proposta inerente das PICS quanto ao cuidado da saúde do meio ambiente.

Quanto à coordenação nacional das PICS, sabe-se que sempre existiu uma coordenação com autonomia envolvendo os projetos, mas não dentro da estrutura do organograma de gestão. As PICS nunca tiveram um departamento de gestão. Atualmente, na Secretaria de Atenção Primária à Saúde, o Dr. Marcos assumiu a liderança enquanto diretor de Departamento e Daniel Amado é o responsável pelo Núcleo Técnico (grupo de trabalhadores que apoiam as ações do Ministério da Saúde e do Departamento na política). Os processos de planejamento e decisões são de responsabilidade do Diretor, que os executa de forma integrada com os demais objetivos do Departamento.

Nesses planejamentos, configuram-se as capacitações em PICS, desenvolvidas principalmente em auriculoterapia, que é uma prática com a qual se teve uma experiência exitosa no Brasil e constitui-se uma das medicinas tradicionais com maior alcance no mundo; fitoterapia, plantas medicinais e territórios saudáveis, que constituem outro eixo da política; iniciativas com PICS envolvendo saúde mental, dor e cultura de paz. As capacitações se destinam aos profissionais da atenção primária à saúde: as equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e equipes multiprofissionais.

O Ministério da Saúde oferece, em plataforma, seis cursos de PICS de ensino à distância (EAD), que contam com mais de 150 mil participantes e ainda outros cursos oferecidos por estados, municípios e universidades. A PNPICS conta também com canais nacionais para compartilhamento de informações e experiências com PICS, com os gestores regionais, com universidades, com organizações de terapeutas de PICS. Todavia, no contexto nacional, os encontros para compartilhamento dessas experiências entre os estados brasileiros ocorrem conforme a demanda, não há uma regularidade para essas atividades.

Quanto à ideia de se desenvolver o Laboratório de Inovação em Saúde em PICS, surgiu da aproximação do Ministério da Saúde com a OPAS. O Ministério tinha a intenção de documentar algumas experiências de excelência que pudessem ser utilizadas pelos municípios. Então, em 2020, foram previstos recursos para essa organização internacional, que implementou a proposta com o Laboratório de Inovação em Saúde em PICS (LIS-PICS).

Os atributos da PNPICS, conforme a proposta de Bernardo (2016), foram avaliados de forma positiva pela gestão nacional. Segundo o Dr. Marcos Pedrosa, a vantagem relativa da política sobre às demais atribuídas ao cuidado, se refere ao baixo custo de sua implantação, independência de tecnologias e/ou grandes investimentos e alcance na promoção de saúde.

Quanto aos valores políticos brasileiros, a gestão classifica a PNPICS como compatível aos valores expressos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como a ideia da participação popular, visto que foi a própria sociedade civil organizada, com trabalhadores e gestores representativos das três esferas de governo, que promoveram sua implementação, com o mesmo arranjo de governança do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Segundo o gestor, a política também dialoga com outros valores políticos brasileiros como a racionalidade, que fundamenta a política a partir de sua legitimidade social, bem como a integralidade do cuidado, sob os dois aspectos abordados no Brasil, abrangendo as dimensões física, psíquica e espiritual de cada paciente e lhe ofertando uma extensa gama de possibilidades terapêuticas para atingir esse objetivo.

A complexidade da PNPICS a torna difícil para sua implementação, pois envolve práticas multidisciplinares, com diferentes profissionais de saúde, que normalmente exercem atividades reguladas não só pelos seus conselhos profissionais, como pelos conselhos de saúde. Os conselhos profissionais partem de premissas exclusivamente pelo ato profissional no qual as PICS, na maioria das vezes, não são reconhecidas. Além disso, a relação interprofissional que envolve o exercício das PICS gera conflitos nas equipes de saúde, principalmente, com os profissionais que as não reconhecem como práticas terapêuticas. Outrossim, a complexidade da PNPICS envolve paradigmas de cuidado que vão de encontro às propostas terapêuticas consolidadas na Medicina Convencional, envolvendo conceitos do que é ciência, do que talvez seja ciência e do que não é ciência, mas que se auto-configura como sendo uma

prática integrativa de cuidado, e que pode causar riscos por envolver conceitos que não são científicos. Então, outra dificuldade a ser destacada na PNPICS é a própria epistemologia da ciência, envolvendo a racionalidade, questões paradigmáticas, até a coordenação de projetos de atuação com terapeutas de práticas integrativas que sejam ou não, profissionais de saúde.

Quando se fala de PICS, se fala de práticas profissionais, no qual se deve considerar a regulação do trabalho, que por sua vez envolve a regulação do aparelho formador, diretrizes curriculares, distinções legais entre curso livre, curso técnico e curso superior e como o Ministério do Trabalho reconhece essa atividade.

Outra dificuldade na operacionalização da PNPICS destacada pela gestão é a confusão que permeia o reconhecimento dos saberes tradicionais das populações brasileiras – como indígenas, quilombolas, cigana, romani, dos campos, da floresta e das águas – como se correspondesse necessariamente, a um reconhecimento de novas profissões. Esta é uma grande encruzilhada na implementação da política.

Existe outra dimensão envolvida pelas PICS, que é delimitada pelos saberes tradicionais e populares. Dessa forma, as práticas tradicionais exercidas no Brasil, não serão as mesmas da Rússia, China e Índia; cada lugar terá um arranjo próprio, condicionado pela educação popular em saúde. Cada região reconhecerá terapias que respondam às incertezas causadas pelos sintomas. Reconhece-se que as PICS oferecem segurança e fortaleza às pessoas que passam por experiências de adoecimento, que acarretam sofrimento e sensação de desamparo. Contudo, a gestão espera que os conhecimentos tradicionais possam ser consolidados pela construção de evidências científicas de ensaios clínicos, de forma a garantir segurança na promoção das práticas integrativas.

Quanto à observabilidade, a gestão considera que a PNPICS, não é fácil de ser observada, pois se tem indicadores de processo e de satisfação, mas não de impacto; não se tem um indicador para mensurar a integralidade. Sabe-se, por exemplo, que as PICS são ofertadas em mais de 80% dos municípios brasileiros; conhece-se o número de profissionais capacitados, mas não se possui o indicador para avaliar o impacto. A escolha das práticas que se pretende promover se dá através de uma escolha racional, fundamentada na sua aplicabilidade, em seu alcance populacional, nos seus resultados clínicos

possíveis. Se existem dados de profissionais que estão implementando a auriculoterapia, sobre a satisfação dos pacientes com a aplicação da técnica, correspondendo a sustentabilidade da implementação. Existem pesquisas municipais na qual se observou redução no uso de analgésicos em unidades de saúde que ofertam práticas integrativas, mas são observações locais.

Quanto a experimentabilidade, a gestão considera que o acesso ainda é pequeno, considerando que se tem quatro milhões de procedimentos de práticas integrativas por ano, tendo em vista que normalmente, o mesmo paciente realiza mais de um procedimento.

Sobre como foi a tradução da PNPICS para o contexto brasileiro, a gestão esclarece que as PICS iniciaram sua história no Brasil participando da reconstrução do modelo de saúde pública nacional, visto que as práticas integrativas começaram a ser utilizadas na atenção primária à saúde, concomitantemente, com a construção do SUS, apresentando um alcance inovador para o cuidado em saúde.

Quanto ao financiamento dessas terapias, a gestão refere que, na prática, ele é feito a partir do arcabouço geral dos recursos da PNAB (Política Nacional da Atenção Básica), apesar das PICS serem também, estratégias para o cuidado na atenção especializadas. As equipes que oferecem PICS não contam com um recurso financeiro federal específico para manutenção dessas terapias. O financiamento existente se dirige ao município por equipe implantada e pelo alcance de alguns indicadores, que estão sendo rediscutidos pelo Ministério da Saúde com o intuito de redefinição nos próximos meses.

O governo brasileiro não dispõe de nenhum incentivo financeiro internacional; a gestão destacou que o que acontece, na prática, são projetos executados pela OPAS (sede da OMS na América) com financiamento brasileiro. Através dessa parceria, o Brasil tem trabalhado em projetos na América Latina e Caribe envolvendo medicinas tradicionais. Em agosto de 2023, acontecerá a primeira cúpula da OMS sobre o tema, em Nova Deli, da qual o Brasil também participará. Destaca-se ainda, a parceria de projetos que está se confirmando entre os BRICS – principalmente, Brasil, Índia, China e África do Sul, que são nações que tem uma história importante de experiências com essas terapêuticas. O gestor classifica o Brasil como uma das grandes lideranças nesse processo de difusão política.

A parceria do Ministério da Saúde com a OPAS também resultou na criação do Laboratório de Inovação em Saúde em PICS. O Ministério tinha a intenção de documentar algumas experiências de excelência que pudessem ser utilizadas pelos municípios. Então, em 2020, foram previstos recursos para a OPAS, que implementou a proposta com o Laboratório de Inovação em Saúde em PICS (LIS-PICS).

O gestor refere que existem parcerias do Ministério da Saúde com instituições privadas, que acontece através do PROADI – SUS, no qual hospitais privados de excelência, como o Hospital Sírio Libanês, Albert Einstein, Moinhos de Vento, realizam pesquisas com o propósito de aprimorar o SUS, com recursos financeiros advindos da isenção fiscal promovida pelo governo federal. Atualmente, a gestão está em negociações com o Hospital Moinhos de Vento para implementar pesquisas envolvendo práticas integrativas. A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), também é citada como uma importante instituição apoiadora do Ministério da Saúde, contribuindo com um grande grupo de pesquisadores, com uma grande interlocução nos territórios brasileiros e uma importante atuação no campo da pesquisa.

No contexto federal, os maiores desafios para a PNPICS representa a construção de um consenso do que formará a agenda política envolvendo as PICS para os próximos anos, considerando que a PNPICS completará 18 anos em 2024; além de restrições orçamentárias e todo o contexto profissional, como as formações profissionais a regulação do trabalho e o envolvimento interprofissional que envolve as PICS.

5. A Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul (PEPIC/RS)

Neste capítulo, o foco é sobre a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul, publicada no ano de 2013.

5.1. PEPIC/RS: uma política que considera a espiritualidade através da integralidade no cuidado

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS), publicada em 2006, além de reconhecer novas propostas terapêuticas para os pacientes do sistema de saúde pública brasileiro, reconhece que a descentralização na implementação da política, contribuiria na sua difusão (BRASIL, 2006; OMS, 2002). Assim, os estados contaram com a liberdade de implementar suas políticas regionais de PICS, conforme o contexto e as necessidades de suas sociedades. Então, em 2013, através da resolução 695, é publicada a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Rio Grande do Sul, apresentando em seu texto a espiritualidade como determinante de saúde/doença.

Compreende-se essa conjuntura como uma dinâmica de transferência de políticas públicas de uma organização internacional, a OMS, que considera as PICS como uma estratégia de oferta de saúde, primeiramente, para países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (OMS, 2002); para o Brasil, que, por sua vez, entende a proposta como um meio de exercício da integralidade no cuidado em saúde; até o âmbito local, Rio Grande do Sul, que a traduz como uma forma de abordar a espiritualidade, uma das dimensões do indivíduo que deve ser considerada para um cuidado integral (PEPIC/RS, 2013).

Sob a perspectiva da Ciência Política, essa dinâmica de transferência de políticas públicas intensificou-se nos últimos anos com a globalização (através das forças econômicas globais e do rápido crescimento das comunicações), visto que nenhuma nação pode isolar-se do que acontece no mundo, com risco de sucumbir economicamente (DOLOWITZ; MARSH, 2000; ZAEI, 2014). Os autores propõem paradigmas para a compreensão do processo de transferência política, tais como: quais são as motivações dos formuladores de políticas para se envolverem nesse processo (ideológicas ou práticas)?; os diferentes atores

se envolveram nos diferentes estágios da transferência política?; qual é a probabilidade da transferência ocorrer em alguma fase do ciclo de formulação político?; como se processa a transferência política (através de inspiração da agenda ou através de uma mistura para a formulação da política)?

Para Jakobi (2009), o início de um processo de política global requer uma janela de oportunidade que permita o acoplamento entre a política e o problema. Sendo assim, as “medicinas tradicionais complementares”, assim reconhecidas pela OMS, emergiram em um contexto de Guerra Fria, no qual o hiato econômico entre os países desenvolvidos e países em desenvolvimento determinava grandes diferenças na saúde de suas populações (OMS, 2002). Além disso, o aumento da demanda causada pelas doenças crônicas; o aumento dos custos dos serviços de saúde, levando à procura de outras formas de cuidado; a insatisfação com a terapêutica biomédica; o interesse por um cuidado holístico e preventivo às doenças e à procura por tratamentos que ofereçam qualidade de vida quando a cura não é possível também configuraram um contexto bastante receptivo às PICS (CONTATORE, 2015; OMS, 2014). Dessa forma, a OMS reconhece, a partir de experiências advindas da África, Ásia e América, práticas terapêuticas não inseridas na biomedicina, como estratégia de contribuir na melhoria dos parâmetros sanitários (OMS, 2002). Para a promoção de políticas dentro de organizações internacionais e países, é inevitável a sua tradução/adaptação para os distintos contextos envolvidos. A simplificação de políticas é também uma dimensão importante para impulsionar sua circulação transnacional e local (OLIVEIRA; PAL, 2018).

A forma de implementação da PNPICS (2006), determinada pelo governo federal foi permitir que os gestores estaduais adaptassem a política aos seus contextos locais, determinando em seu texto que os gestores estaduais do SUS são responsáveis pela elaboração de normas técnicas para inserção das terapias alternativas na sua rede de saúde, bem como a definição de recursos orçamentários e financeiros para a implementação da PNPICS (considerando a composição tripartite); a promoção de articulação intersetorial; a implementação de diretrizes da educação permanente em acordo com a realidade local e regional; a definição de instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da sua implementação. Junto com os municípios, os estados devem apoiar a implantação e supervisão das ações e a vigilância

sanitárias das ações da PNPIC, além de incentivar estudos de farmacovigilância e fármaco-epidemiologia, entre outras. Cabe também ao estado a apresentação de propostas para a inclusão das PICS ao Conselho Estadual de Saúde.

Em agosto de 2012, no Rio Grande do Sul, o I Seminário Regional Sul de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, promovido pela SES e Comissão intersetorial de PICS do Conselho Nacional de Saúde, com o apoio da Federação dos Municípios e Conselho Nacional de Secretários Municipais destaca em sua Carta de Porto Alegre, a necessidade de garantir o acesso do usuário do SUS a essas práticas, em todos os níveis de atenção e programas de saúde. Tal discussão destacou a relevância do aporte científico e da segurança para a utilização dessas terapias, bem como o reconhecimento de seu uso em outras culturas pelos resultados alcançados. Esse seminário foi um importante marco de legitimação da necessidade de uma Política Estadual de PIC e contou com a participação de servidores estaduais e municipais de saúde, de usuários do sistema público de saúde do RS e expressivo número de diferentes terapeutas (PEPIC/RS, 2013). Diante disso, percebe-se o interesse do governo do RS em seguir um padrão internacional já aceito na esfera nacional, pelo entendimento de participar de uma região geopolítica contígua, mais abstrata (OLIVEIRA; PAL, 2018).

Dolowitz e Marsh (2002), destacam que quando uma política envolve não apenas políticos e burocratas, mas também grupos de interesse, que representam a população a quem a política afetaria, então o processo de implementação enfrentará menos problemas. Frente a isso, os movimentos populares e as entidades civis organizadas, em favor de práticas tradicionais de cuidado, foram fundamentais para fortalecimento da CEPIC (Comissão de Elaboração da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde), movimentando-se de encontro à medicina ocidentalizada, biomédica, compartimentada, que desconsidera o contexto social, econômico, cultural e espiritual como determinantes de saúde ou adoecimento (COSTA; COSTA, 2019; HABIMORAD; CATARUCCI, 2020). Muitos profissionais do governo do estado do RS, partilhavam da ideia de que a ocidentalização da medicina acarretou o apagamento da medicina tradicional e desumanizou o cuidado. Isto posto, o resgate de técnicas de cuidado fundamentadas na cultura e nas

tradições dos povos, trouxe para debate também, a humanização da saúde (BARROS, 2007).

Seguindo o movimento nacional e internacional pelas práticas de medicina tradicional complementar, como são chamadas as PICS na literatura internacional, o Rio Grande do Sul buscou uma política pública para valorização das plantas medicinais, através da Lei Estadual 12.560/2006, que instituiu a Política Intersectorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (RIO GRANDE DO SUL, 2006). No seu artigo 4º, item II a lei prevê que “para implementar essa política, é necessário promover ações para o uso da fitoterapia nos serviços públicos de saúde”. Sendo assim, foi implementada a lei estadual, depois de seis anos de vigência e com amplo respaldo político, técnico e institucional, em relação a uma das práticas integrativas mais populares no Rio Grande do Sul, que, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) é o estado que mais oferece plantas medicinais e fitoterápicos em seu sistema de saúde pública. Essa política foi o resultado do Projeto Plantas Vivas, empreendido pelo Fórum pela Vida da Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembleia Legislativa (DARON; CONY, 2002), o qual já havia originado em 2000, uma primeira iniciativa de formulação de uma política para a área. O movimento de inserção das plantas medicinais e fitoterápicos no SUS foi fator de estímulo à institucionalização das PICS no sistema público de saúde do Rio Grande do Sul (TERRA; PIZUTTI, 2012). De acordo com Santos e Tesser (2012), a “tradicionalidade” do uso de plantas medicinais pela população a coloca como a primeira prática integrativa a ser reconhecida para uso na área da saúde pública.

A publicação da PNPIC, em 2006, ensejou não só os estados, mas também os municípios a produzirem suas próprias políticas e diretrizes quanto à oferta e ao uso das PICS no SUS. Além do Rio Grande do Sul, estados como Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Norte e Espírito Santo, acrescentaram novas práticas além das previstas na política nacional. Leis e portarias municipais também foram promulgadas para legitimar essas práticas terapêuticas (TONIOL, 20015). A prefeitura de Santo Ângelo, no interior do Rio Grande do Sul, instituiu, por meio de decreto de lei, o Programa Municipal de Terapias Naturais, com o objetivo principal de implementar, nas suas unidades básicas de saúde, atendimentos de bioterapia, bioenergética, iridologia, hipnose, alfa terapia, oligoterapia, radiestesia, entre outras (SANTO ÂNGELO, 2012).

No Rio Grande do Sul, foram realizados vários fóruns de discussões das PICS, antes de sua institucionalização. Destacam-se os seminários anuais de Saúde Holística da Assembleia Legislativa, em mais de oito edições, que entre conferências, palestras, vivências e debates, reuniram em torno de mil pessoas ao ano, entre terapeutas e usuários; com grande diversidade de propostas. Esses seminários evidenciaram a importância do Legislativo na agenda das políticas públicas (PEPIC/RS, 2013).

É importante o entendimento de como ocorreu esse processo político, o relato histórico, para a identificação dos atores envolvidos e as demandas que chegavam ao governo naquele momento de pré-concepção política. Souza (2006) e Faria (2018) destacaram que o foco de análise da política pública está na identificação do tipo de problema que ela visa corrigir, na chegada desse problema ao sistema político (*politics*) e à sociedade política (*polity*), e nas instituições/regras que irão modelar a decisão e a implementação da política pública. Além disso, Oliveira e Pal (2018), destacam também, a importância do entendimento de como a política circula nas diferentes instâncias (neste caso, municípios-Estado), enfatizando a fase de implementação política, que é onde, frequentemente, requer parcerias e a anuência passiva de setores econômicos.

Os relatos de Rodrigo Toniol, então aluno de doutorado, que atuou como “observador convidado” da construção política e contribuiu com a revisão bibliográfica e estudos científicos para a comissão de elaboração da política estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CEPIC), grupo responsável pela elaboração da Política Estadual de PICS do Rio Grande do Sul, colabora muito para o entendimento do ciclo político, marcado pela pluralidade de agentes envolvidos e pela diversidade de interesses. Em muitas passagens de seu texto se identifica tópicos da proposta interpretativa de Immergut (1996), para quem a relação entre os poderes do Estado é determinada pelas “regras do jogo” estabelecidas pelas instituições políticas, que por sua vez, são determinadas pelos resultados eleitorais e pelos sistemas partidários. Sob essa perspectiva, uma proposta política pode ter uma história diferente em diferentes contextos políticos, acompanhando a ideologia de quem está no governo.

5.2. Análise do Ciclo Político da PEPIC-RS a partir de Relatos Históricos

David Easton (1957), em seu estudo “O Modelo de Sistemas”, propõe que podemos entender a vida política, tentando compreendê-la como um sistema biológico, analisando cada um de seus aspectos: funcionamento das instituições (partidos políticos, grupos de interesse, governo, eleições); estudo da natureza e das consequências das práticas políticas e por fim, a análise da estrutura dentro das quais essas práticas acontecem. Easton também ressaltou a existência das “variantes externas”, que seriam as demandas que chegam às instituições políticas; afirmando que a maioria das mudanças dentro de um sistema acontece pela influência dessas variantes, que por sua vez, são determinadas pelo contexto em que a ação política acontece. Por isso, para a devida compreensão do ciclo político (definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação), é preciso distinguir cada desses determinantes (FARIA, 2018).

A microdinâmica das transferências, difusão e circulação de políticas públicas, não são lineares e racionais. Existem outros processos envolvidos, pois muito comumente uma política tem que ser traduzida, o que requer sua interpretação por quem a está promovendo, recebendo e implementando. De fato, a transferência de políticas sem adaptações é um fenômeno raro. Mesmo nos casos de imposição institucional como o das Constituições Estaduais brasileiras, há espaço para a interpretação das normas (JAKOBI, 2009).

Em face a isto, destaca-se os relatos de Toniol (2015), quando descrevem o início do fluxo político da PEPIC RS através do interesse do secretário adjunto do governo do estado do RS, em 2011, ao manifestar a alguns servidores estaduais, que já trabalhavam com PICS, o seu interesse em criar uma política estadual para legitimar essas terapias (TERRA, 2021). Esses servidores que trabalhavam na Secretaria de Saúde do estado do RS, configuraram o que Schumpeter (1984) e Kingdon (2003), denominaram como empreendedores políticos, também classificados, no entendimento de Oliveira e Pal (2018), como agentes de transferência e tradução de políticas. Esses atores podem ser encontrados dentro e fora de governos e apresentam três características determinantes do processo político: domínio de conhecimentos sobre o assunto em questão (por exemplo, ser um especialista na área para

apresentar habilidade na comunicação durante o processo decisório); conexões políticas e habilidades de negociação; e por fim, característica determinante para o sucesso de um empreendedor: a persistência, com uma grande quantidade de recursos pessoais para alcançar o sucesso do processo político (KINGDON, 2003). Em seguimento, montou-se a comissão para elaboração da PEPIC-RS. A portaria que instituiu e nomeou os membros da CEPIC está registrada com o número 201/2012 na Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Durante 18 meses, quinzenalmente, a comissão dedicou-se ao debate sobre a viabilidade da introdução das terapias no SUS.

Torna-se importante destacar a referência que Oliveira e Pal (2018) fazem sobre relevância da análise do contexto em que acontece uma transferência política, bem como sua tradução e adaptação à conjuntura doméstica. Para os autores, a dinâmica de transferência política deve ter uma conexão entre a experiência doméstica e a internacional. Sendo assim, segundo Putnam (1988), a transferência política pode ser um jogo de “dois níveis”, no qual as coalizões domésticas serão uma rede de apoio no processo de transferência. Dessa forma, o que à primeira vista seria um ambiente dominado por atores estatais, pode, na verdade, ter um elenco de atores domésticos que apoiam um determinado modelo de política e desejam vê-la se propagar mais amplamente. Todos estes parâmetros avaliativos contavam, dessa forma, a favor da construção de uma política estadual de PICS no estado do RS.

Em 2012, diante de uma proposta para uma política estadual de PICS, apresentada ao secretário-adjunto, pelos empreendedores políticos, Tonioli (2015) refere que o temor principal era por uma reação opositora do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS), registrada em programas de rádio, televisão e jornais, referindo que “medicina é uma só e só se faz com médicos”; e pela ação civil que impetrou contra a União pela oficialização da oferta de PICS no SUS. O Conselho Estadual de Saúde, instância pela qual a política necessariamente teria que passar para ser instituída, era considerado como uma das resistências a ser enfrentada pelos membros da CEPIC. Tal conjuntura ilustra a referência de March e Olsen (1995), sobre as instituições que podem facilitar o curso de certas políticas e dificultar o de outras; contudo, definem regras, capazes de apresentar alternativas políticas e alterar o posicionamento dos atores. Souza (2006), afirma que o entendimento sobre o processo político

é fundamental para a compreensão das mudanças nas políticas públicas em situações de relativa estabilidade, o que pode ser projetado para o “negacionismo” estrutural enfrentado pelas PICS.

Diante desse temor pelo impacto que as resistências poderiam causar no andamento da PEPICS-RS, o observador da CEPIC descreve que o secretário adjunto optou pela discricção da comissão referente a quais práticas seriam contempladas na política e convidou Rafael Morosini, um especialista jurídico para participar da construção da política, que concordou com a discricção proposta pelo secretário-adjunto. O novo membro da CEPIC era funcionário da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde e advogado responsável pela defesa de uma instituição de ensino de naturopatia num processo movido pelo SIMERS, contra o exercício “de medicina não convencional” por terapeutas holísticos. Morosini foi um dos *think-tanks* (um profissional especialista que atuou no aconselhamento político) que os *policy makers* (elaboradores da PEPIC-RS) puderam contar. Para March e Olsen (1995), os decisores sempre agem de acordo com regras e práticas socialmente construídas, predeterminadas, portanto, contar com um aliado jurídico, na sua rede de apoio, foi uma estratégia importante da CEPIC.

A CEPIC, no início desse processo político, não deliberou sobre quais profissões seriam reconhecidas para atuar em terapias integrativas, referenciando aos municípios tal decisão. A ideia era que o estado se manifestasse sobre isso, depois que a política já estivesse publicada. Essa recomendação pautou o paradigma de trabalho da CEPIC. A microdinâmica das transferências, difusão e circulação de políticas públicas, não são lineares e racionais. Existem outros processos envolvidos, pois muito comumente uma política tem que ser traduzida, o que requer sua interpretação por quem a está promovendo, recebendo e implementando. De fato, a transferência de políticas sem adaptações é um fenômeno raro. Mesmo nos casos de imposição institucional como o das Constituições Estaduais brasileiras, há espaço para a interpretação das normas (OLIVEIRA; PAL, 2018). Sob essa perspectiva, acredita-se que esta foi a forma de tradução da PNPICS para a realidade do RS, pois, segundo os autores, sem algum tipo de tradução, as políticas simplesmente não se encaixariam em contextos distintos, nem seriam aceitas por grupos heterogêneos, sendo uma estratégia para persuadir grupos específicos.

A comissão decidiu por começar fazendo um diagnóstico situacional, escutando a sociedade e identificando quais PICS estavam sendo utilizadas no estado, para dar suporte ao que já existia, seguindo a mesma linha de trabalho do grupo de técnicos responsáveis pela elaboração da PNPICS. Para tanto foi criado um questionário como instrumento de pesquisa, que foi enviado aos municípios do estado do RS para identificar todos os serviços públicos utilizadores de PICS no processo terapêutico; os profissionais na atenção básica praticantes de PICS e se eram capacitados; e se o município possuía alguma lei ou ato administrativo de reconhecimento das PICS.

De todos os questionários enviados, apenas 26% retornaram, mantendo-se assim, o desconhecimento do estado sobre o uso das terapias complementares em 74% dos municípios do RS. Dos dados conseguidos, 27% das cidades afirmaram utilizar as terapias complementares no SUS; enquanto 9% responderam que contavam com profissionais habilitados nessas práticas, e que, por vezes, realizavam algum procedimento nas unidades de saúde. Os gestores de 64% dos municípios afirmaram não haver atendimento com terapias alternativas/complementares.

As perguntas abertas do instrumento de pesquisa revelaram algo pouco pontuado pelos textos das políticas de PICS e também pelas pesquisas dedicadas ao assunto. A maioria das terapias nas unidades do SUS não estavam contempladas dentre as práticas reconhecidas pela política nacional. Isso significa que o serviço público do RS estava oferecendo mais terapias alternativas/complementares do que práticas integrativas complementares. Entre as terapias declaradas pelos municípios do RS como procedimentos de saúde, vinte e três não estavam descritas na Política Nacional de PICS; eram elas: terapia floral, reiki, massoterapia, auto-massagem, tai chi chuan, lian gong, lien chi, tui ná, shantala, yoga, shiatsu, chi gong, quiropraxia, meditação, terapia comunitária, deeksha, hipnose, auriculoterapia, cromoterapia, medicina ayurvédica, reflexologia, terapias com óleos e numerologia.

O questionário enviado aos municípios não avaliava o interesse dos gestores pelas práticas, contudo, muitos retornaram com bilhetes ou e-mails com essa demanda. As solicitações não se referiam às práticas reconhecidas como PICS pela PNPICS de 2006, mas às terapias alternativas/complementares como o Reiki e a prática do “benzimento”. Entre os 15 encaminhamentos registrados

com essa demanda, cinco deles mencionaram o Reiki, enquanto os 10 restantes, referiram-se ao reconhecimento das benzedadeiras como prática integrativa de saúde. A demanda por benzedadeiras incitou a discussão da CEPIC sobre os possíveis vínculos da PEPIC com questões de espiritualidade e saúde (em 2012, a atuação da benzedeira foi reconhecida como PICS em dois municípios do Paraná – Rebouças e São João do Triunfo), através da ação do Movimento Aprendizes da Sabedoria, que defende os direitos dos detentores de ofícios tradicionais de cura. O reconhecimento se fez por decretos municipais e possibilitou que as benzedadeiras buscassem sua inserção no SUS como agentes comunitários de saúde). Easton (1957), propunha que podemos entender a vida política, tentando compreendê-la como um sistema, analisando cada um de seus aspectos: funcionamento das instituições (partidos políticos, grupos de interesse, governo, eleições); estudo da natureza e das consequências das práticas políticas e por fim, a análise da estrutura dentro das quais essas práticas acontecem. O autor ressaltou a existência das “variantes externas”, afirmando que a maioria das mudanças dentro de um sistema acontece pela influência dessas variantes que se referem ao contexto em que a ação política acontece. Essas variantes, denominadas como *inputs*, apresentaram à CEPIC a necessidade de uma discussão sobre espiritualidade, como forma de responder a essa demanda.

A Secretaria de Saúde Estadual constata que as PICS já eram utilizadas no estado. A maioria dos terapeutas que as utilizavam eram enfermeiros, técnicos e médicos com capacitações em terapias complementares, mas que estavam lotados em outras funções. O registro desses atendimentos no sistema de gerenciamento do SUS era feito como “consulta clínica”, “educação em saúde” ou “práticas corporais”.

Para a CEPIC essa constatação foi uma evidência da necessidade urgente dos municípios por uma política capaz de regulamentar as práticas terapêuticas e regulá-las para que pudessem ser efetivamente incorporadas nos atendimentos de saúde. Tal demanda considera a demarcação dos limites entre o que continuará sendo uma terapia alternativa, do que passará a ser considerado como uma Prática Integrativa Complementar em Saúde.

A decisão sobre cada uma das terapias abrangeu uma ou mais das reuniões que estavam sendo realizadas quinzenalmente pelos membros da

CEPIC, além de ser levada a uma reunião ampliada, com a participação de servidores das dezenove coordenadorias regionais de saúde (as coordenadorias regionais de saúde são a principal instância de contato entre a SES e as secretarias municipais de saúde. No Rio Grande do Sul são 19 coordenadorias, que congregam entre sete e 62 cidades). A comissão avaliou a inclusão de outras práticas terapêuticas nos espaços do serviço público de saúde do RS, pela sua capacidade de contemplar a integralidade do cuidado. Foram elevadas à categoria de PICS as terapias alternativas/complementares que abordavam o processo saúde/doença considerando a relação entre corpo, mente e espírito.

A comissão baseou-se em três critérios para a institucionalização das terapias alternativas/complementares no SUS: a) precedência em atendimentos na rede pública de saúde; b) existência de associação profissional organizada; c) afinidade das características da terapêutica com o princípio da integralidade (holismo).

A determinação sobre a prática terapêutica estar inserida no contexto dos serviços públicos como primeiro critério para ser considerada uma PICS, reforça a primeira preocupação da CEPIC, em regulamentar e regular as terapias que estavam sendo utilizadas no SUS. Essa informação sobre as referidas terapias, chegou à CEPIC, através das respostas aos questionários enviados aos gestores municipais.

O segundo critério, que considera as práticas que estejam vinculadas a associações profissionais, foi o recurso encontrado pela comissão para que, inicialmente, o estado não tivesse que estabelecer os parâmetros normativos para realização das PICS.

Quanto ao terceiro critério, a abordagem holística que fundamenta o cuidado na integralidade de cada paciente em todos os seus contextos: físico, mental, emocional, social, ambiental e espiritual (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Na versão final do texto da PEPIC, a CEPIC referendou, além das práticas terapêuticas legitimadas/reguladas pela Política Nacional de PICS, outras seis: terapia floral, reiki, práticas corporais integrativas, terapias manuais e manipulativas (massoterapia, osteopatia e quiropraxia), terapia comunitária e dietoterapia. Dessa forma, as terapias que não estiverem descritas em políticas de PICS são consideradas procedimentos ilegais nos espaços de saúde pública.

A observação da dinâmica da CEPIC demonstra que outros critérios participaram dessa classificação. A disponibilidade de profissionais capacitados na rede de atenção naquele momento foi considerada no reconhecimento de uma prática terapêutica. Por exemplo, o reiki e a cromoterapia contemplam a integralidade do cuidado, entretanto a cromoterapia não foi oficializada por não dispor de número significativo de servidores capacitados. Além disso, cinco membros da CEPIC eram reikianos; essa proximidade dos técnicos da comissão com as terapias introduzidas pela PEPIC pode ser elencada como um fator determinante para o reconhecimento das práticas que o estado do Rio Grande do Sul classificou como PICS. Entre os integrantes da CEPIC, além dos reikianos, havia terapeutas florais, mestres em práticas corporais e especialistas em terapias manuais (massoterapia, osteopatia e quiropraxia), todas essas práticas foram legitimadas pela PEPIC. Isso certamente não invalida as decisões tomadas pela comissão sobre essas terapias, mas demonstra os determinantes do processo político conceituado por Immergut (1996), quando refere que os atores envolvidos também determinam o destino de determinada política.

Outro acontecimento que pode ser considerado emblemático na história da construção da PEPIC é o Encontro Holístico Brasileiro, realizado em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, em 2005, sediado na Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, tendo como idealizador do evento o deputado federal, Giovani Cherini e contando com a Frente Parlamentar Mista de Práticas Integrativas em Saúde como seu principal divulgador. Esses eventos se tornaram um espaço importante para que os agentes de transferência pudessem ampliar sua atuação aspirando alcançar um maior impacto (PORTO DE OLIVEIRA, 2017). Esse é o momento em que “o desempenho dos atores se torna público” (OLIVEIRA; PAL, 2018).

A Frente Parlamentar Mista de Práticas Integrativas em Saúde, também conhecida como Frente Holística, conta com parlamentares do Congresso Nacional que defendem as PICS e sua implementação no SUS, além de apoiar o desenvolvimento de pesquisas sobre o assunto e a regulamentação da profissão de terapeutas integrativos. No encontro, as universidades federais têm estandes permanentes para apresentar suas experiências com PICS (pesquisas, projetos de extensão, disciplinas obrigatórias/optativas da graduação e pós-graduação na área de PICS). Questões sobre financiamento de pesquisas e

eventos científicos para discussão dessas práticas também são destacados nesse evento.

Na fase de conclusão da PEPIC, em setembro de 2013, o assunto espiritualidade, que rondou todo o período de sua formulação, mas que foi legitimado mediante a demanda trazida pelos municípios quanto ao reconhecimento do ofício das benzedeiros, começa a ser discutido na CEPIC com vistas em sua fundamentação teórico-científica. Dessa forma, a especialista em espiritualidade, Raquel Panzini, então funcionária da Secretaria Estadual de Saúde, doutora em Ciências Médicas e especialista em psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, foi convidada pelo secretário adjunto da Saúde do Estado para expor os instrumentos por ela validados e os resultados de diversas pesquisas médicas, que demonstram a existência de correlações entre espiritualidade e saúde, no qual a espiritualidade se enquadraria na área de promoção de saúde.

Para Stengers (2002), para um fato científico tornar-se um fato político é de fundamental importância a conquista de aliados, além de engajá-los no fato; do que apenas fazê-los concordar sobre ele. O trabalho da CEPIC foi marcado por uma rede de aliados, estrategicamente escolhidos para incorporar a causa com a importância necessária naquele momento.

A oficialização das terapias alternativas/complementares pelo Estado torna a deliberação sobre a legitimidade dessas práticas não um ato oficialmente técnico, mas oficiosamente político à atuação do Estado como nova instância de articulação dos sujeitos, discursos e práticas associados às terapias alternativas/complementares que, por sua vez, a partir das políticas de PICS, passaram a estar implicados em processos de legitimação, regulação e, num sentido amplo, de oficialização (PEPIC, 2013).

Por fim, as conferências Estadual de Saúde e conferências setoriais como a de Vigilância Sanitária, a de Assistência Farmacêutica e a de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, recomendaram a adoção de práticas integrativas e complementares como a homeopatia, fitoterapia, acupuntura, terapia floral, reiki, terapias manuais e manipulativas (massoterapia, osteopatia e quiropraxia) musicoterapia, cromoterapia, práticas corporais integrativas (yoga, tai chi chuan, qi gong e outras práticas corporais tradicionais), terapia comunitária, dietoterapia, medicina ayurvédica, meditação, cromoterapia,

musicoterapia, aromaterapia e geoterapia, no Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul, como mostram seus relatórios (PEPIC/RS, 2013).

A implantação da Política de Práticas Integrativas e Complementares do RS, a PEPIC/RS, tem se realizado de forma crescente, segundo dados do Ministério da Saúde de 2020. Entretanto, na análise de informações de 2019 publicadas pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul em comparação com as do Ministério da Saúde, observa-se que dos 487 municípios do estado, 71,8% oferecem PICS (BRASIL, 2020), mas das 2.586 unidades básicas de saúde do Rio Grande do Sul (RS, 2019), apenas 39,75% registram o uso dessas práticas terapêuticas (BRASIL, 2020). O RS tem uma considerável abrangência de municípios que aderiram à PNPIC, porém, o número de estabelecimentos de atenção primária à saúde que trabalham com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, ainda pode expandir-se quando comparado com outros estados como Santa Catarina, que também se localiza na região Sul do país e apresenta uma cobertura de 48,95% de suas unidades básicas de saúde com PICS (BRASIL, 2020).

A implantação e implementação da PEPIC nos municípios do Rio Grande do Sul depende do estudo dos desafios enfrentados na transferência de uma política pública que surgiu de uma proposta externa, oriunda da Declaração de Alma-Ata, em 1978. Segundo Frey (2000) o estudo da implantação de uma política pública se justifica, muitas vezes, quando os seus resultados e seus impactos, não correspondem às expectativas da fase de formulação. Sob esta perspectiva, a PEPIC/RS ainda necessita ser estudada para atingir melhores resultados.

5.3. Análise do Ciclo Político e Mecanismos de Difusão Política da PEPIC-RS

Faria (2018), refere que o chamado “ciclo da política pública” é apenas um dos muitos paradigmas avaliativos da dinâmica de uma política pública. Contudo, sua abordagem facilita a compreensão dos diferentes estágios que uma proposta passa até sua implementação: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação. Esta abordagem enfatiza notadamente a definição de agenda (agenda setting) ao destacar os motivos que levam algumas questões entrarem

na agenda política enquanto outras. Algumas vertentes do ciclo da política pública focalizam mais os participantes do processo decisório, e outras, o processo de formulação da política em si. Cada participante e cada processo podem atuar como um incentivo ou como um ponto de veto (FARIA, 2018).

Quanto a PEPIC-RS, pode-se destacar, baseado nos relatos históricos da CEPIC, que no momento da publicação da PNPICS, já fulgurava no RS vários praticantes de terapias tradicionais; e muitos *policy makers* (protagonistas na elaboração de uma política pública) já estavam envolvidos como pacientes ou como praticantes dessas práticas. Tal contexto facilitou o processo de transferência política, determinando sua inserção na agenda política. March e Olsen (1995), mencionaram essa constatação, ao defender a ideia de que o processo decisório sobre políticas públicas é resultado de interesses particulares, de processos institucionais de socialização e de novas ideias geradas pela história de cada região. Além disso, o RS concentra 18% dos idosos do país, segundo dados do IBGE, conseqüentemente, apresenta grande prevalência de doenças crônicas, para as quais as PICS se voltam, principalmente para diminuir o uso excessivo de medicações (CONTATORE, 2015).

O interesse por práticas de cuidado complementares à biomedicina, é naturalmente despertado em uma população marcada pela tradição no uso de plantas medicinais (BRASIL, 2009). Portanto, o principal foco de análise da política pública está na identificação do tipo de problema que a política pública visa corrigir, na chegada desse problema ao sistema político (*politics*) e à sociedade política (*polity*), e nas instituições/regras que irão modelar a decisão e a implementação da política pública (SOUZA, 2006; FARIA, 2018).

Durante a formação da comissão estadual de elaboração da política estadual de práticas integrativas e complementares em saúde, os participantes foram atentamente elencados sob a fundamentação de suas experiências com as referidas práticas, o que incentivou o empenho de seus integrantes para a institucionalização da PEPIC. A CEPIC, por sua vez, agregou colaboradores estrategicamente eleitos devido sua atuação profissional no âmbito de sustentação da defesa das terapias tradicionais.

Dentre eles, destaca-se Rafael Morosini, advogado, funcionário público estadual, com experiência em defesa jurídica de instituição relacionada a

terapias não convencionais; Rodrigo Toniol, cientista social, mestre em Antropologia Social e doutorando em Antropologia Social pela UFRGS, participou da CEPIC como “observador convidado” e colaborou com a revisão bibliográfica da política estadual, bem como, importante pesquisa de campo e descrição de relatos de pacientes e praticantes de terapias tradicionais de diferentes municípios do RS; Raquel Panzini, médica psiquiatra, funcionária pública estadual, pesquisadora sobre o envolvimento da espiritualidade nos processos de saúde-doença. Estes três atores configuraram como os *think-thanks* da CEPIC, ou seja, especialistas em diferentes áreas, que atuavam junto à CEPIC para aconselhamento de estratégias e fundamentação teórica para a justificção da PEPIC-RS.

Souza (2006) identifica a política pública como um campo multidisciplinar, com foco nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos. Sendo assim, a compreensão das inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade são fundamentais para a sustentação de uma política pública. A autora ressalta que o caráter holístico dessa área é determinado por sua necessidade em contemplar vários paradigmas de observação.

Outro ponto de grande relevância a ser considerado na análise da PEPIC-RS, referido por Terra (2021) é o fato do modelo eleitoral brasileiro, com eleições estaduais a cada quatro anos, fazer com que as prioridades sofram grande influência político-eleitoral, a ponto de comprometer até mesmo ações que já tenham forte sustentação técnica e apoio social. Foi o que aconteceu com a PEPIC-RS, que havia sido aprovada no Conselho Nacional de Saúde, contudo, na mudança de gestão de 2013 para 2014 sofreu o risco de não alcançar continuidade. Diante disso, o fato da CEPIC contar com um agente político foi decisivo para a sobrevivência da política, ao colocá-la para avaliação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) antes do momento de transição. Com a aprovação do CNS e da CIB a política estadual de PICS se manteve no governo seguinte. Tal situação reflete a proposta de Immergut (1996) de que a relação entre os poderes do Estado é determinada pelas “regras do jogo” estabelecidas pelas instituições políticas que por sua vez, são determinadas pelos resultados eleitorais e pelos sistemas partidários. Sob essa perspectiva, uma proposta política pode ter uma história diferente em diferentes sistemas políticos, devido

a maior ou menor influência de grupos de interesse. Portanto, esta constatação evidencia um importante entrave no desenlace de uma política pública.

Importante identificar os mecanismos de difusão política adotados na implementação da PEPIC-RS como método de identificação de possíveis entraves a este processo. A partir dos dados da revisão bibliográfica, nenhum estudo determinou estes obstáculos através do uso ou não de mecanismos de difusão política. Dolowitz e Marsh (2000), em seu trabalho pioneiro, argumentaram que no contexto da globalização, as transferências de políticas, arranjos administrativos, ideias entre outras, ocorrem tanto do nível doméstico para o internacional, quanto ao contrário. Porém, estes processos não são automáticos e ao mesmo tempo são necessários agentes de transferência (instituições internacionais, instituições governamentais e não governamentais domésticas, indivíduos), necessários mecanismos de estímulo, como por exemplo, disseminação discursiva, formação de padrões, funções coordenativas, assistência técnica e meios financeiros (JAKOBI, 2009), ou mecanismos que envolvam aprendizado, coerção, emulação, competição (GRAHAM; SHIPAN; VOLDEN, 2013).

Jakobi (2009), destaca cinco diferentes mecanismos pelos quais as organizações internacionais atuam nos processos de difusão: a disseminação discursiva que consiste na transmissão de ideias e boas práticas sobre determinado tema, para tomadores de decisão dos Estados e, quando possível, para outros atores sociais. A formação de padrões, que está relacionada à capacidade de regulação, ou seja, é observada quando uma organização/instituição atua na elaboração de convenções, regras, recomendações ou tratados. A função coordenativa é observada quando esta organização assume o papel de monitorar determinados temas através da elaboração de rankings e comparações entre atores, *naming and shaming*, inspeções ou mecanismos de solução de controvérsias; nos esforços de Secretariado para a coleta de dados dos membros e no incentivo para a inclusão da política. Enquanto que a Assistência técnica se dá a partir de treinamentos e capacitações da equipe de saúde envolvida no processo; reforçando as capacidades para a implementação de medidas. Por fim, o apoio financeiro, que acontece pelo direcionamento de doações ou financiamentos para determinado projeto.

Na elaboração da PEPIC, observa-se a importância do Congresso Holístico Brasileiro, sediado anualmente em Porto Alegre, criado e mantido pelo trabalho da Frente Parlamentar Mista de PICS. Destacado meio de disseminação discursiva, oferece apoio e visibilidade aos agentes de transferência política, através da demonstração de suas experiências, resultado de pesquisas e disponibilizando ao público a experimentação da ação terapêutica das práticas tradicionais utilizadas.

Quanto à formação de padrões, desenvolvida através da regulação do trabalho realizado com as terapias tradicionais, não foi a primeira preocupação da PEPIC-RS. Isso se evidencia nos relatos de que a CEPIC procurou reconhecer primeiramente as terapias que já estavam sendo realizadas no Estado, aproveitando a mão-de-obra disponível no sistema. Todavia, regulamentos e tratados não foram descritos na PEPIC-RS.

A função coordenativa dessas práticas, como no caso da PNPICS, só foi possível a partir de 2017, quando foi disponibilizado no E-SUS, códigos de registro para as PICS. Mesmo assim, esses dados evidenciam apenas as práticas que estão sendo realizadas, quem as realiza e a quantos pacientes estão sendo disponibilizadas. O monitoramento das PICS, não contempla ações de regulação do trabalho e/ou vigilância sanitária (SITE SES-RS).

A assistência técnica vem acontecendo a partir de capacitações ofertadas aos servidores federais, estaduais e municipais. Entretanto, os profissionais não contam com o apoio técnico no decorrer de suas práticas, nem quanto à manutenção dos insumos utilizados nas terapias.

Quanto ao aporte financeiro, a PEPIC-RS não faz referências ao orçamento para financiar as práticas integrativas e complementares em saúde. Os municípios que implantaram as PICS no RS, o fizeram com recursos próprios e alguns promulgaram projetos-de-lei para reconhecimento de terapias complementares antes mesmo da publicação da PEPIC-RS, como foi o caso de Santo Ângelo (SANTO ÂNGELO, 2012). Entretanto, em 13 de março de 2023, o governo estadual do RS publica a PORTARIA SES Nº 360/2023, que define os critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), instituído pelo Decreto Estadual nº 56.061, 29 de agosto de 2021. Neste plano de incentivos financeiros, às atividades individuais e coletivas de PICS são

apresentadas como um dos indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2023. Para receber este incentivo os municípios terão como meta a oferta de procedimentos com PICS em no mínimo 25% de suas unidades básicas de saúde.

Grahan, Shipan e Volden (2013), apresentam outros quatro mecanismos de difusão política: aprendizado, coerção, emulação e competição. A aprendizagem é definida como um processo em que as políticas em uma unidade são influenciadas pelas consequências de políticas semelhantes em outras unidades, é o modelo clássico de tomada de decisão. Neste caso, os formuladores de políticas públicas enfrentam problemas complexos e buscam atalhos para a tomada de decisão, sendo assim, buscam aprender com experiências de outros governos. Na coerção há um grau de pressão, quando os Estados pressionam seus entes federados para aderirem a determinadas políticas ou vice-versa. O exercício coercitivo também pode acontecer por parte de instituições financeiras, como as agências e organismos internacionais, que propõem certas sanções, reformas em troca de empréstimos. A emulação é um processo totalmente vinculado a interesses individuais em que políticos tentam imitar outros locais para legitimar seus governos. Trata-se de seguir padrões políticos condizentes com quem está no poder ou com o que está em voga no momento. Outro mecanismo de difusão é a competição política, em que Estados competem entre si para obter vantagens econômicas ou simplesmente evitar desvantagens, ou seja, é quando um estado implementa determinada política a fim de evitar evasão para outros estados ou diminuir a atividade econômica do seu estado (grifos meus). Dentre estes, o que mais se adequa ao modelo de difusão da PEPIC-RS é o mecanismo de aprendizagem, visto que, o envolvimento de vários praticantes de terapias complementares na CEPIC, é um ponto marcante da construção da política estadual de PICS.

A indução institucional, a cooperação, a circulação de indivíduos e *networking*, a tradução e a renovação política, são mecanismos de fluxo político propostos por Oliveira, Saraiva e Sakai (2020) e se traduzem como: indução institucional quando qualquer instituição (doméstica ou internacional) exerce qualquer tipo de pressão sobre um governo ou organização para adotar determinada política. Cooperação consiste em um trabalho conjunto para definir objetos, parceiros, responsabilidades, prazos, recursos, finalidades e resultados

esperados com a transferência. A circulação de indivíduos e *networking*, trata-se das influências interpessoais na identificação de diversos instrumentos de políticas existentes para lidar com um problema público. A tradução define a adaptação dos instrumentos formais ou das dimensões abstratas das políticas às distintas especificidades do contexto local. Renovação política diz respeito à mudança de programa de governo, que pode tornar um órgão público mais aberto e adotar instrumentos de outros países (grifos meus). O mecanismo de indução institucional, com referência ao papel desempenhado pela OMS neste contexto, traduz essa ação sobre a PEPIC-RS, bem como a tradução da PNPICS às especificidades do RS.

Sipan e Volden (2012) propõem em seu estudo, sete lições para pesquisadores e *policy makers* baseado em estudos recentes de difusão: Segundo os autores as próprias políticas influenciam nos processos de difusão. As setes lições, para eles, são: (1) difusão de políticas públicas não é (meramente) o agrupamento geográfico de políticas semelhantes; (2) governos competem uns com os outros; (3) governos aprendem uns com os outros; (4) difusão de políticas públicas nem sempre é benéfica; (5) política e as capacidades governamentais são importantes para a difusão; (6) difusão de políticas depende das próprias políticas; (7) descentralização é crucial para a difusão de políticas públicas. Para esta pesquisa o conceito de que a difusão de políticas públicas depende das próprias políticas públicas foi uma lente de análise importante para observar como ocorria a difusão da política estudada neste trabalho.

Analisar as políticas públicas em si pode ser um dos pontos para explicar os processos de difusão. Os atributos das políticas públicas podem contribuir para acelerar ou retardar os processos de difusão. Bernardo (2016), destaca como *policy attributes*: a vantagem relativa, a compatibilidade, a complexibilidade, a observabilidade e a experimentabilidade.

Para Bernardo (2016), a vantagem relativa é observada quando a política é percebida como tendo vantagens sobre a política pública anterior. Trata-se do "grau em que uma inovação é percebida como sendo melhor do que a ideia que ela substitui, sendo uma proporção dos benefícios esperados e custos de adoção". A compatibilidade refere-se ao grau em que uma inovação é percebida como consistente com os valores existentes, experiências anteriores

e necessidades de adotantes em potencial, experiências passadas, valores da política pública. A complexibilidade seria o grau em que uma inovação é percebida como relativamente difícil de entender e usar. A “observabilidade” refere-se ao grau com que os resultados de uma inovação são visíveis a outros. Por fim, a “experimentabilidade”, ou seja, o grau em que uma política pública pode ser experimentada de maneira ilimitada. Já para a identificação dos *policy attributes* da PEPIC-RS, bem como seus mecanismos de difusão política e resistências, foi realizada uma entrevista semiestruturada, com o gestor estadual da PEPIC-RS, com a apresentação dos critérios citados, bem como um protocolo de perguntas elaborado a partir dos estudos de difusão política internacional (DOLOWIZ; MARSH, 2000; JAKOBI, 2009; GRAHAM; SHIPAN; VOLDEN, 2013; OLIVEIRA; PAL, 2018).

5.4. A PEPIC-RS na Percepção da Atual Gestão Estadual da Política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do RS

A PEPIC-RS é gerenciada pelo departamento de atenção primária e políticas de saúde, dentro da divisão de políticas transversais. Alpheu Ferreira do Amaral Júnior, atua como especialista em saúde na Secretaria Estadual de Saúde, na área técnica da política estadual de PICS e participa da gestão há cinco anos, portanto, metade do tempo desde a institucionalização da PEPIC-RS. O cargo de coordenação de políticas foi criado em 2019, perdurando até 2020, quando foi criada uma chefia de divisão de políticas transversais, que conta com servidores estaduais.

Para a gestão, a PEPIC-RS não apresenta vantagens sobre outras políticas, quando analisada sob a formatação de uma linha de cuidado e de uma rede de assistência. Por exemplo, para o cuidado da saúde mental, existiu um incentivo financeiro para que se instituísse uma rede substitutiva do modelo anterior centrado no atendimento hospitalar. Enquanto as PICS, não contaram com esse investimento nem em contexto nacional, nem estadual.

A política de PICS demonstra sua adequação aos valores políticos estaduais, quando apresenta um planejamento de incentivo financeiro para seus municípios que ofertam essas práticas em sua rotina de atendimentos. O RS não tem como característica ter estabelecimentos próprios de saúde. Por outro lado, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) complementa os recursos destinados aos

municípios com verbas estaduais, através do PIAPS (Programa de Incentivo à Atenção Primária à Saúde), que prevê um indicador relativo à oferta de PICS pelos municípios. De uma forma muito similar ao modelo como se instituiu as demais políticas que já estão bem consolidadas, o Estado faz a manutenção da oferta de um recurso maior, desde que o gestor municipal se adeque ao direcionamento que se quer dar para a saúde. Dessa forma, os municípios movimentam-se para manter o incentivo estadual, através da meta de 25% das unidades básicas municipais com oferta de PICS, que foi instituída pela portaria SES nº 360/2023. Tal estratégia de promoção das PICS, é registrada apenas no RS.

A implantação da PEPIC-RS encontra dificuldades principalmente pela necessidade de profissionais capacitados, seguida pelo gerenciamento do processo de trabalho, que acontece alicerçado em indicadores de produção (número de pré-natal, coleta de cito-patológico de colo uterino, vacinas, entre outros). A gestão percebe que diante da disponibilidade de profissionais com capacitação, que dispõem de algum grau de autonomia para organizar sua agenda e o seu processo de trabalho, a oferta das PICS acaba se efetivando.

Quanto ao monitoramento do trabalho dos profissionais capacitados, o processo se dá pelo número de procedimentos ofertados e não especificamente pela produtividade desses profissionais individualmente. Os profissionais com dificuldades para implementar uma prática, não são rastreados pelo Estado, se não for uma demanda trazida pela sua coordenadoria. O monitoramento, atualmente, está voltado para o indicador do PIAPS (Programa Estadual de Incentivo à Atenção Primária à Saúde), ou seja, o número de equipes que ofertam PICS e quais são as equipes de cada município.

A falta de metodologia para avaliar o impacto de uma política, inviabiliza a avaliação de resultados da PEPIC-RS, contudo, existem relatos de casos, de experiências, mas não se tem como mensurar isso. Entretanto, o que a gestão destaca é a melhoria na qualidade do cuidado ofertado ao paciente. Visto que o atendimento com qualquer uma das PICS regulamentadas no SUS, acontece a partir do toque no paciente, de uma conversa um pouco mais demorada para tentar perceber suas necessidades; o que acontece rotineiramente, mas, por vezes, sem a qualidade esperada. Dessa forma, é uma oportunidade para o profissional de saúde qualificar a atenção no cuidado.

As PICS institucionalizadas pelo RS também são consideradas pela gestão como fáceis de serem experimentadas, determinando a facilidade de experimentação da política. Com um profissional qualificado em PICS em qualquer ponto de atenção da rede pública, é o suficiente para fazer a política acontecer. Não é preciso de normativa municipal para se realizar um procedimento com as práticas integrativas, o que se precisa é fundamentalmente o profissional, que ele tenha autonomia para julgar a indicação de uma prática e que sua agenda de trabalhos permita a realização, pois, não raro a gestão cobra rígidas metas dos profissionais e se não tiver uma margem de flexibilização, isso acaba afetando a oferta das PICS.

Quanto à gestão nacional, a coordenação estadual das PICS observa que existiram momentos de maior aproximação, principalmente no período de 2016 a 2018. Contudo, no último governo houveram algumas mudanças e aconteceram poucos encontros com os gestores estaduais e a gestão nacional. O gestor destaca a colaboração da FIOCRUZ, que por meio do OBSERVAPICS tem auxiliado os gestores estaduais. Atualmente não se tem mais uma figura de coordenação nacional das PICS. Assim, o modelo de organização do ministério é muito parecido com o estadual, que conta com pessoas de referência para as PICS, mas não dispõe de uma coordenação geral.

As políticas estaduais de PICS também não contam com um financiamento nacional para as práticas integrativas. Existe um indicador que beneficia quem disponibiliza PICS em seus serviços de saúde. Da mesma forma do estado do RS, é uma forma de direcionar os estados para essa nova perspectiva de cuidado. Já o financiamento oferece recursos para promover a equidade entre os estados, favorecendo os que apresentam menos oferta dessas terapias para que possam se equiparar aos demais estados.

Dentre as instituições elencadas pela gestão, as que mais contribuem com a coordenação da PEPIC-RS são a FIOCRUZ, através do OBSERVAPICS, CABSIN (Consórcio Acadêmico de Saúde Integrativa), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que tem o programa de extensão Sustenta PICS, LABESI Conexão Sul (Laboratório de Medicina e Saúde Integrativa), Universidade Federal das Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e Universidade Federal de Rio Grande (FURG), que tem uma pesquisa em conjunto, avaliando o impacto das

PICS na economia da rede de saúde. O estado conta também com a cooperação técnica da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que está com um projeto de pesquisa em seis regiões metropolitanas do Brasil.

A história de construção da PEPIC-RS demonstra, ainda, a aceitabilidade popular que as terapias complementares tiveram no RS, pois a PNPICS, inicialmente, propôs seis PICS e a PEPIC-RS, que completa dez anos este ano, foi construída com a oferta de 13 PICS. No momento o estado conta com 27 práticas reconhecidas, gerando 37 tipos de procedimentos. A Fitoterapia é a que mais se destaca no RS, com grande aceitabilidade pela população, principalmente na região de Nova Petrópolis, que faz parte da quinta coordenadoria do estado.

O estado mantém um vínculo de contato com as coordenadorias⁹ das quais é referência, enquanto que os gestores municipais, por sua vez, se referem às coordenadorias regionais. São realizadas três reuniões por ano para se discutir um planejamento anual das PICS, um segundo encontro para avaliação do processo e por fim, um encontro no final do ano para avaliar quais metas foram alcançadas. Mas quando necessário, diante de uma demanda extra, o Estado reúne-se com a coordenadoria e o município em questão.

As principais fragilidades destacadas pelo gestor estadual quanto a implementação homogênea da PEPICS-RS é o fato dela não ter seguido o mesmo fluxo das demais políticas que foram instituídas na primeira década dos anos 2000, com um modelo de cuidado e uma previsão orçamentária. Sendo assim, o estado manteve a postura da gestão nacional e municipal, atribuindo a responsabilidade pela institucionalização das PICS à vontade de dois atores: o ator profissional de saúde e o ator usuário de saúde. Esse contexto fragiliza a política. Além disso, o estado observa um movimento de resistência às PICS nos momentos de reconhecimento de novas práticas, devido, provavelmente, à falta de conhecimento sobre o assunto. O fato de terapias reconhecerem a existência de um corpo físico, um corpo espiritual, que trata mais do contexto de saúde mental, do que de religião; e de um corpo energético, assusta os profissionais de saúde, os usuários do SUS e os gestores à primeira vista. Outra fragilidade

⁹ Coordenadoria de saúde é responsável pela coordenação, articulação e organização do sistema de saúde loco-regional. O Rio Grande do Sul tem 18 coordenadorias de saúde (Disponível em: www.saude.rs.gov.br)

elencada foi a dificuldade de produção científica no paradigma cartesiano de produzir conhecimento científico, pois não há metodologia capaz de entender o funcionamento do Reiki, por exemplo. Dessa forma, fica difícil defender uma nova proposta de cuidado, cujos métodos não podem ser mensurados. Isso fragiliza a política frente ao movimento “negacionista”. Então, a estratégia dos apoiadores das PICS foi investir em estudos que produzissem evidências científicas sobre os resultados terapêuticos das PICS.

A peculiaridade do momento atual da PEPIC-RS refere-se aos conselhos profissionais, que no início da história política das práticas integrativas no estado, constituíam o movimento de forte resistência à difusão das PICS. Entretanto, atualmente, o que a gestão observa é um “movimento progressista” desses conselhos, que reivindicam o reconhecimento profissional para o exercício das terapias integrativas. O conselho de Odontologia, por exemplo, organizou um forte movimento para alcançar esse reconhecimento, não só para o exercício no sistema público de saúde, mas também no âmbito privado. Assim, os conselhos profissionais da área da saúde vislumbram a regulamentação da categoria profissional para que também tenham esse nicho de mercado, onde possam atuar.

6. Considerações Finais

Esta pesquisa abordou aspectos políticos relacionados às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), entendidas internacionalmente como práticas e produtos de cuidados não inseridos na medicina convencional ou Biomedicina. O foco recai nos desafios relacionados à difusão internacional de tais práticas em termos de políticas públicas, identificando os desafios presentes nos três diferentes níveis: internacional, nacional e estadual, focando no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul.

Rememora-se que as PICS adquirem legitimidade e passam a ser discutidas no contexto internacional, em um momento de construção do que seria um sistema de saúde. Esse sistema abordaria a universalidade (saúde para todos), uma premissa da OMS; e a integralidade no cuidado, considerada no Brasil além dos parâmetros do diagnóstico, da reabilitação e da readaptação do indivíduo, mas contemplando-o também, como um ser humano inserido em um contexto social, familiar e cultural determinantes de sua saúde ou adoecimento.

Trata-se, assim, de uma conjuntura desenhada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no cenário da primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, em 1978, com vistas a diminuir o hiato existente entre os estados de saúde de países desenvolvidos e em desenvolvimento e assim, promover o desenvolvimento social e econômico, contribuindo com a paz mundial. Dessa forma, experiências em saúde, fundamentadas em outras racionalidades¹⁰ médicas, que estavam sendo utilizadas na Ásia, Américas e África – diferentes da Biomedicina – foram consideradas por esta organização internacional como estratégias de melhoria nas condições de saúde, em primeiro momento, dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (OMS, 2002).

Reconhecendo o papel da OMS como uma organização internacional governamental de caráter técnico, com 194 Estados-membros e que atua desde 1948 com significativo papel no contexto da governança global da área da saúde, à pesquisa qualitativa se amparou teoricamente nos pressupostos de difusão

¹⁰ Racionalidade Médica, foi um conceito criado pela socióloga Madel Luz, referindo-se a todo sistema médico complexo construído sobre seis dimensões: uma morfologia humana, uma dinâmica vital, uma doutrina médica (o que é doença e o que é saúde), um sistema diagnóstico, uma cosmologia e um sistema terapêutico (LUZ, 1993).

política internacional. O conceito busca explicar fenômenos relacionados a políticas de uma esfera (instituição, governo ou período específico), que são transferidas – integralmente ou com adaptações – para arranjos administrativos ou instituições de outro período ou lugar (DOLOWITZ; MARSH, 1996). Como, praticamente, nenhum país pode isolar-se, a interação promovida no ambiente das organizações internacionais – especialmente daquelas em que é membro – as decisões tomadas na esfera internacional passam a exercer influência e poder sobre decisões do ambiente doméstico (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

A propagação de políticas foi se intensificando e, atualmente, esse fluxo vai acontecendo naturalmente, conectando as políticas domésticas às internacionais através da transferência, difusão ou circulação de políticas (OLIVEIRA; PAL, 2018). Há um consenso na literatura quanto à sistematização deste processo através do aprendizado (quando os governos extraem lições de outros lugares), da coerção (quando ocorre a imposição mais ou menos forçada de uma estratégia política), da emulação (a socialização/construção de políticas públicas e a legitimação de programas com objetivo de produzir boas imagens de políticas que ajudem a promover a difusão em uma comunidade) e da competição (associada à corrida por inovações supostamente capazes de tornar territórios mais ativos) (SIMON, 2008; GRAHAM; SCHIPAN; VOLDEN, 2013).

Jakobi (2009), destaca cinco diferentes mecanismos de difusão política: disseminação discursiva que consiste na transmissão de ideias e boas práticas sobre determinado tema, para tomadores de decisão dos Estados e, quando possível, para outros atores sociais. A formação de padrões, que está relacionada à capacidade de regulação, ou seja, é observada quando uma organização internacional atua na elaboração de convenções, regras, recomendações ou tratados. Já a função coordenativa é observada quando esta organização internacional assume o papel de monitorar determinados temas através da elaboração de rankings e comparações entre atores, *naming and shaming*, inspeções ou mecanismos de solução de controvérsias; nos esforços de Secretariado para a coleta de dados dos membros e no incentivo para a inclusão da política. Enquanto a assistência técnica, acontece a partir de treinamentos e capacitações da equipe de saúde envolvida no processo; reforçando as capacidades para a implementação de medidas. Por fim, o apoio

financeiro, que acontece pelo direcionamento de doações ou financiamentos para determinado projeto.

A partir do pressuposto de que as organizações internacionais governamentais possuem diversos mecanismos de interface com as políticas domésticas dos países – especialmente considerando os mecanismos de difusão política utilizados – a pesquisa também se inspira metodologicamente na proposta de Robert Putnam (2010), quanto à lógica dos jogos de dois níveis. Buscou-se isolar instituições estatais domésticas responsáveis pelo processo de implementação da política de práticas integrativas tanto no Brasil (Departamento de Gestão do Cuidado Integral, vinculado à Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde); quanto na esfera estadual no caso, do estado do Rio Grande do Sul (Departamento de Atenção Primária e Políticas Transversais, uma divisão da Secretaria de Saúde do Estado do RS) com vistas a identificar em que medida tais mecanismos contribuem ou, de certa forma, são adaptados pelas instâncias decisórias das esferas nacional e local para implementação das políticas relacionadas às PICS.

O segundo capítulo destaca as ações da OMS para promoção das terapias tradicionais ao redor do mundo. Observa-se que das dezesseis resoluções – que se trata de um mecanismo de difusão política através de Formação de Padrão – e das duas estratégias – mecanismos de Difusão Discursiva – relacionadas ao tema, no geral, esta organização internacional reconhece o potencial terapêutico dessas práticas. Entretanto, tais práticas são notadamente abordadas, nos primeiros documentos, como terapias alternativas ao modelo convencional de cuidado em saúde, a serem utilizados por nações que não dispunham de outros recursos de cuidado em saúde, além dos fundamentados em suas culturas. Vivia-se a Guerra Fria naquele momento, contexto polarizado entre duas ideologias, onde as nações subdesenvolvidas, não alinhadas nesses paradigmas, ficavam à margem das decisões políticas mundiais (OMS, 2002). Tal contexto vai ao encontro da proposta de Jakobi (2009), quando refere que o início de um processo de política global requer uma janela de oportunidade que permita o acoplamento entre a política e o problema.

A disseminação discursiva evidencia-se através da sua primeira estratégia para o período de 2002-2005, quando a OMS, destaca como seus

principais objetivos quanto ao referido tema, o embasamento de políticas; a garantia de segurança, eficácia e qualidade; a melhoria no acesso; e a promoção do uso adequado das PICS. O direcionamento do financiamento é recomendado, principalmente, para a realização de pesquisas e o reconhecimento legal das terapias, ressaltando também, as organizações profissionais como importante meio de coibir o uso destas práticas por pessoas não capacitadas. O estímulo à cooperação técnica através da congregação de ações entre os interessados em PICS – como ONGs, organizações profissionais, usuários e pesquisadores da área – também são recomendados pela OMS às autoridades de saúde.

Os meios de melhor promoção das PICS para países em desenvolvimento, destacados nos documentos da OMS são, em primeiro lugar, o uso da mídia de massa, seguido por oficinas com distribuição e exibição de material impresso. Outras atividades populares elencadas foram as reuniões comunitárias, as palestras, os programas escolares, o teatro tradicional ou de rua, os shows de marionetes e os serviços telefônicos, sendo que muitos projetos incluídos nos estudos usaram uma abordagem mista de atividades. Relevante ressaltar ainda, que, para a OMS, os governos têm um papel fundamental no controle destas informações, independentemente da existência de uma coordenação nacional de tais práticas (OMS, 2004).

A partir da publicação da segunda Estratégia da OMS, para o período de 2014-2023, referente ao tema, nota-se uma abordagem diferenciada das práticas tradicionais, quando são apresentadas como métodos complementares e não alternativos, como antes. A mudança dessa concepção, deve-se aos inúmeros estudos publicados por diferentes países, sobre os resultados terapêuticos alcançados através dessas terapias. Contudo, segundo a OMS, esses estudos apresentam como principal fragilidade a falta de metodologia capaz de mensurar os meios de ação dessas práticas (OMS, 2014). Tal constatação, demonstra uma postura que desconsidera a legitimidade cultural milenar das medicinas tradicionais.

Mesmo assim, em seu último planejamento, a OMS apresenta a importância da implementação das PICS não somente aos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, mas também a todos os seus Estados membros, pelo aumento das doenças crônicas e os resultados positivos que essas terapêuticas têm demonstrado no cuidado de saúde. Frente a isto, a OMS,

compromete-se em oferecer apoio técnico e seminários/*workshops* para o enfrentamento das principais dificuldades destacadas por seus Estados membros: falta de dados de pesquisa; falta de mecanismos para controlar e regular propaganda e reclamações sobre MTC/PICS; falta de mecanismos apropriados para controlar e regular os produtos fitoterápicos; falta de mecanismos apropriados para monitorar e regular as práticas e os praticantes de MTC/PICS; falta de apoio financeiro para pesquisas em MTC/PICS; falta de experiência das autoridades nacionais de saúde e agências de controle; falta de canais de cooperação entre as autoridades nacionais de saúde para compartilhar informações sobre MTC/PICS; falta de mecanismos para monitorar a segurança dos produtos de MTC/PICS, incluindo fitoterápicos; falta de educação e treinamento para práticas de MTC/PICS (OMS, 2012).

Com o objetivo de investigar os desafios relacionados a tais práticas no Brasil, o foco do terceiro capítulo recai sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS), no âmbito do Ministério da Saúde. Em termos políticos, o Brasil, membro da OMS, pode ser considerado um dos países mais ativos nesse cenário. O marco inicial de visibilidade das terapias tradicionais no Brasil ocorreu em 1986, com a Oitava Conferência Nacional de Saúde. Tais práticas configuraram uma nova demanda na política nacional, que naquele momento, iniciava também sua reforma sanitária, com a idealização do que constituiria os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, a história do sistema de saúde pública brasileiro acompanha a implementação das PICS no Brasil, começando pela deliberação de diretrizes para atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e fitoterapia, em 1988.

Os resultados da pesquisa sugerem que os documentos brasileiros apresentam visões epistemológicas diferentes das apresentadas pela OMS, a começar pelos objetivos da implantação dessas práticas. No Brasil, a integralidade do cuidado em saúde, a humanização dos atendimentos e a atenção primária à saúde, constituem os objetivos principais da política brasileira; melhoria na atenção à saúde indígena também consta nos alvos a serem alcançados. Assim, as Portarias GM/MS nº 971, de 2006, nº 849, de 2017 e nº 702, de 2018, que institucionalizaram as PICS, defendem um paradigma de saúde distinto do que é denominado de modelo biomédico, defendido pelo

Conselho Federal de Medicina (CFM). Portanto, trata-se de recorte polêmico, por envolver a demarcação entre o que é considerado científico e não científico.

Ainda que a página do Ministério da Saúde ostente que o “[...] o Brasil é referência mundial na área de práticas integrativas e complementares na atenção básica” (BRASIL, 2023, n.p.), há desafios relacionados à sua implementação. Os principais entraves à implementação da PNPICS destacados na pesquisa, referem-se aos seus atributos políticos, conforme os critérios propostos por Bernardo, 2016. A complexidade na implantação das PICS, por envolver atividades multidisciplinares e conselhos profissionais altamente reguladores do ato profissional (envolvendo discussões do que é ou não ciência), configura como um obstáculo; assim como, a observabilidade, pela dificuldade em demonstrar o impacto da política na sociedade, pela falta de indicadores deste atributo; o acesso, que ainda é notadamente restrito, visto que, por ano, se tem apenas quatro milhões de procedimentos registrados; e a regulação do exercício profissional – segurança, qualidade – dos praticantes de PICS.

Constatou-se que a coordenação da PNPICS é descentralizada, atuando principalmente, através de canais nacionais para compartilhamento de informações e experiências com PICS com os gestores regionais, com universidades e com organizações de terapeutas de PICS; e da disponibilização de seis cursos de PICS de ensino a distância (EAD) na plataforma do Ministério da Saúde. Contudo, a descentralização da gestão das PICS é uma das recomendações da OMS como estratégia de implementação.

A pesquisa revelou outros mecanismos de estímulo à implementação das PICS na esfera nacional: o estabelecimento de padrões, por meio da própria PNPICS e das referidas portarias pelas quais foram institucionalizadas as PICS; o apoio financeiro, oriundo do arcabouço geral dos recursos da PNAB (Política Nacional de Atenção Básica), que não contempla a manutenção das práticas, mas apenas a implementação por equipe, destacando uma fragilidade da política; a disseminação discursiva, que acontece, fundamentalmente, através de canais de comunicação entre a gestão e as demais instituições envolvidas, para o compartilhamento de experiências e resultados de pesquisas; a função coordenativa, que foi observada apenas através do Relatório de Monitoramento da PICS nos Sistemas de Informação em Saúde (BRASIL, 2020), no qual se observa a comparação de implementação das PICS por estados brasileiros a

partir de 2017, quando foram criados os códigos de registro das PICS para o E-SUS; a assistência técnica, exercida através da plataforma do Ministério da Saúde, com a oferta de capacitações em PICS por ensino à distância. Não foi possível, no âmbito desta pesquisa, mapear a continuidade dos diferentes mecanismos ao longo dos anos.

Constatou-se que o processo de transferência política das PICS do âmbito internacional para o nacional, foi legítimo, segundo a abordagem de Stone, 2004, pois envolveu a OMS, como organização internacional; associações profissionais – como a de Homeopatia, Fitoterapia, Acupuntura –, atores não estatais; atores estatais como Humberto Costa, Ministro da Saúde em 2003, que se comprometeu em considerar as PICS como uma política pública por ter se tornado uma demanda social desde 1986, proposta pela Oitava Conferência Nacional de Saúde.

No quarto capítulo foi abordada a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul (PEPIC/RS), publicada no ano de 2013, vinculada à área de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Rio Grande do Sul. A abordagem destaca que a publicação da PNPIC, em 2006, ensejou não só os estados, mas também os municípios a produzirem suas próprias políticas e diretrizes quanto à oferta e ao uso das PICS no SUS. Assim, no RS, o município de Santo Ângelo implementou as PICS no ano de 2012, antes da política estadual. Além disso, nesse estado, foram realizados vários fóruns de discussões sobre as PICS, antes de sua institucionalização. Dados da pesquisa revelam que o envolvimento de empreendedores políticos, foi determinante nesse processo de disseminação discursiva. Esses atores podem ser encontrados dentro e fora de governos e apresentam três características determinantes do processo político: o domínio de conhecimentos sobre o assunto em questão (por exemplo, ser um especialista na área para apresentar habilidade na comunicação durante o processo decisório); conexões políticas e habilidades de negociação; e por fim, a característica determinante para o sucesso de um empreendedor: a persistência, com uma grande quantidade de recursos pessoais para alcançar o sucesso no processo político (KINGDON, 2003). No entendimento de Oliveira e Pal (2018), essas figuras são concebidas como agentes de transferência e tradução de políticas. No RS, esses empreendedores foram servidores

estaduais, que trabalhavam na secretaria de saúde do estado e já atuavam com PICS em unidades básicas de saúde.

Importante destacar a referência que Oliveira e Pal (2018) fazem sobre a relevância da análise do contexto em que acontece uma transferência política, bem como sua tradução e adaptação à conjuntura doméstica. Para os autores, a dinâmica de transferência política deve ter uma conexão entre a experiência doméstica e a internacional. Dessa forma, o que à primeira vista seria um ambiente dominado por atores estatais, pode, na verdade, ter um elenco de atores domésticos que apoiam um determinado modelo de política e desejam vê-la se propagar mais amplamente. Todos estes parâmetros avaliativos contavam, dessa forma, a favor da construção de uma política estadual de PICS no estado do RS.

A história de construção da PEPIC-RS demonstra a aceitabilidade popular que as terapias complementares tiveram no RS, pois a PNPICS, inicialmente, propôs seis PICS e a PEPIC-RS, foi construída com a oferta de 13 PICS. No momento, o estado conta com 27 práticas reconhecidas, gerando 37 tipos de procedimentos. A Fitoterapia é a que mais se destaca no RS, com grande aceitabilidade pela população, principalmente na região de Nova Petrópolis, que faz parte da quinta coordenadoria do estado.

Apesar de um cenário relativamente favorável, os dados levantados pela pesquisa sugerem que entre os principais desafios para a implementação homogênea da PEPICS-RS é o fato dela não ter seguido o mesmo fluxo das demais políticas que foram instituídas na primeira década dos anos 2000, com um modelo de cuidado e uma previsão orçamentária. Sendo assim, o estado manteve a postura da gestão nacional e municipal, atribuindo a responsabilidade pela institucionalização das PICS à vontade de dois atores: o ator profissional de saúde e o ator usuário de saúde. Outro desafio relaciona-se à produção científica, ainda bastante assentada no paradigma cartesiano, que não possui metodologia capaz de entender o funcionamento das PICS. Dessa forma, segundo a gestão estadual, fica difícil defender uma nova proposta de cuidado, se a forma avaliativa convencional ainda se fundamenta em métodos voltados ao que se pode mensurar.

Assim, das informações obtidas sobre a PEPICS, pode-se afirmar que o estado do Rio Grande do Sul ao longo dos anos, tem adotado mecanismos de

estímulo à implementação das PICS através do estabelecimento de padrões, por meio da própria PEPIC/RS, de meios financeiros direcionados à atenção primária à saúde, sem contudo, determinar recursos específicos para as PICS; da disseminação discursiva, através das reuniões promovidas pelas coordenadorias regionais de saúde, com a promoção de boas práticas em PICS; de funções coordenativas, por meio de reuniões realizadas a cada quatro meses, com representantes municipais, para determinação de metas anuais, avaliação do processo e alcance de metas propostas, além do condicionamento de recursos estaduais para a atenção primária à saúde, pelo indicador correspondente a 25% das unidades básicas de saúde de cada município do RS com oferta de alguma PIC, regulamentado pela portaria SES nº 360/2023, que entrou em vigor em 2023; e por fim, da promoção de assistência técnica, através da assessoria a gestores municipais, conforme demanda e capacitações em PICS a servidores públicos, no modelo EAD, disponibilizadas pela plataforma da Secretaria Estadual de Saúde. Igualmente, não foi possível no contexto da presente pesquisa, mapear e levantar a continuidade dos diferentes mecanismos ao longo dos anos.

No contexto estadual, a implementação das PICS não encontrou obstáculos pelos seus atributos políticos, mas, principalmente pelas regras institucionais, que não contemplaram as PICS sob um modelo de cuidado e dotação orçamentária; e dificultaram sua implementação em serviços públicos de saúde, cujos recursos, estão condicionados ao alcance de metas de produção, dificultando o exercício do cuidado através de práticas que demandam um tempo maior no seu exercício. Segundo Souza (2006) e Faria (2018), as regras institucionais podem determinar o sucesso ou o fracasso na implementação de uma política pública. Dolowitz e Marsh (2000), referem que as instituições propiciam um espaço de observação e de troca de experiências entre os atores, uma vez que se pode observar ações de sucesso e/ou insucesso em outros contextos. Sendo assim, fomenta-se a promoção de eventos para esse intercâmbio de experiências com PICS, como estratégia de superar tal entrave institucional.

Este trabalho abordou as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde sob a ótica das instituições e dos processos políticos relacionadas à sua implementação como uma política pública na área da saúde. Embora tenha sido

possível verificar que as instituições envolvidas, de alguma maneira e em recortes temporais específicos, tenham utilizado mecanismos de difusão política para a promoção da implementação das PICS, sugere-se que estudos futuros analisem a continuidade e a profundidade das ações.

A formulação de políticas públicas, no mundo globalizado, exige a compreensão das complexas dinâmicas envolvendo dois níveis: no nível nacional (nível II), os grupos domésticos perseguem seus interesses pressionando o governo a adotar políticas favoráveis a seus interesses e os políticos buscam o poder constituindo coalizões entre esses grupos. No nível internacional (nível I), os governos nacionais buscam maximizar suas próprias habilidades de satisfazer as pressões domésticas, enquanto minimizam as consequências adversas das evoluções externas. Os mecanismos de difusão política, por sua vez, são úteis nos dois níveis e em diversas etapas dos processos.

O estudo concluiu que os mecanismos de difusão política foram usados nas três esferas estudadas: OMS, Brasil e Rio Grande do Sul. A transferência política do âmbito internacional para o nacional aconteceu por um processo de tradução, com a adequação da proposta internacional às necessidades e ao entendimento nacional. Contudo, o arranjo institucional, que não gerencia as PICS através de uma coordenação específica e delega a implementação das PICS à vontade dos profissionais de saúde e aos usuários dos serviços públicos de saúde foi o principal entrave elencado a nível nacional e regional.

Considerando o exposto por Dolowitz e Marsh (2000), quanto a importância de se identificar os atores-chaves nos processos de transferência política, sugere-se que os gestores trabalhem na identificação destes agentes, de forma a lhe proporcionar espaço dentro de suas agendas de trabalho, para que possam atuar na implementação das PICS. Segundo os autores, estes agentes, que podem ser caracterizados como empreendedores políticos, atuem de forma voluntária e que possam formar redes de apoio com outros empreendedores, estatais ou não estatais, que apresentem diferentes motivações, visto que a implementação das PICS nos serviços de saúde, depende de uma dinâmica transdisciplinar.

Destaca-se, por fim, a importância dos movimentos populares em todos os contextos de sua transferência política – quando experiências com PICS

chegaram à OMS advindas de práticas populares na África, América e Ásia; quando a Sociedade civil organizada brasileira – representada pelo Conselho Nacional de Saúde – levou ao Ministério da Saúde a demanda popular pela institucionalização das PICS; quando os seminários anuais de Saúde Holística, realizados dentro da Assembleia Legislativa do Estado do RS, representaram o interesse popular rio-grandense pelas PICS. Diante dessa conjuntura, segundo Alves e Querino (2019), as diferenças quanto a implementação das PICS nos diferentes cenários brasileiros, deve-se ao engajamento popular no processo, principalmente no âmbito municipal. Por isso, fomenta-se como estratégia de implementação, o exposto pela OMS sobre a utilização dos meios de comunicação de massa (rádio, TV e jornais); reuniões comunitárias, palestras em escolas, teatro tradicional ou de rua e redes sociais. A realização de fóruns de discussões entre praticantes de PICS e organizações profissionais, também foram elencados pela OMS, como importantes meios de promoção dessas terapias, facilitando, assim, sua implementação.

7. Referências

ABAEK, Erik. Knowledge, interests and the many meanings of evaluation: a developmental perspective. **Journal of Social Welfare**, v. 7. Scandinavian. 1998. Disponível em: DOI: 10.1111/j.1468-2397.1998.tb00208.x. Acesso em: 10 ago. 2022.

AGUM, Ricardo; RISCADO, Priscila; MENEZES, Monique. Políticas públicas: conceitos e análise em revisão. **Agenda Política**, v. 3, n. 2, p. 12-42, 2015.

AMARANTE Paulo; TORRE Eduardo Henrique, 2017. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. **Interface** v. 21, n. 63, out.dez.2017. Disponível em: DOI: 10.1590/1807-57622016.0881. Acesso em: 5 jan. 2013

ANDRADE, João Tadeu **Medicinas alternativas e complementares: experiência, corporeidade e transformação**. Salvador: Editora Universidade Federal da Bahia, 2006.

ANDRADE, João Tadeu da Costa, Liduina Farias Almeida. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade** [online]. 2010, v. 19, n. 3 p. 497-508. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300003>. Acesso em 7 set. 2022.

ARROW, Kenneth. **Social Choice and Individual Values**. New Haven: Yale University Press. 1951.

Associação Médica Brasileira, Portaria equivocada, **Jornal da AMB**, São Paulo, v. 47, n. 1343, p. 4-5, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/3fJDABO>.

Sociedade Brasileira de Física, **Um Basta à Pseudociência**, São Paulo, 22 mar. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/39Mzsgy>.

AVRITZER, Leonardo. **Reforma Política no Brasil**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

BERNARDO, Glaucia Julião. Organizações internacionais como agentes de transferência e difusão de políticas públicas. **Conjuntura Global**, v. 5, n. 2, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares**, 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratCompl1402052.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cartas de Promoção da Saúde**, 2002, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 out. 1988, compilado até a Emenda Constitucional n. 105,

2019, Brasília, Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2020, ISBN: 978-85-528-0062-0. Acesso em: 2 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Áreas Técnicas, **Formação em Auriculoterapia para Profissionais de Saúde da Atenção Básica**, módulo 1, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública, Florianópolis: Fett Educação e Ensino Ltda, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família, Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde**, jul. 2020. Disponível em <https://docs/portaldab/documentos/pics/Relatorio_Monitoramento_das_PICS_no_Brasil_julho_2020_v1_0.pdf. Acesso em: 16 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Práticas Integrativas e Complementares. **Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica nº 31. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares (PICS)**. 19/04/2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/praticas-integrativas-e-complementares-pics-1>. Acesso em 01 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga**. 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizizesConsolidacao/comum/236716.html>. Acesso em 06 Jan. 2023.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria nº 702**, de 21 de março de 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 6 jan. 2023.

BRASIL. **PICS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics>. 2023.

BARBOSA, Fernanda; Guimarães, Maria Beatriz; Santos, Carlos Renato; et al. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia de Saúde da Família no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, 2020.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208818>. Acesso em: 17 out. 2022.

BARROS, Leylaine; Oliveira, Ellen; Hallais, Janaína, et al. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos gestores dos serviços. **Rev. Anna Nery**, v. 24, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0081>. Acesso em: 17 out. 2022.

BLOUNT, John Allen. A administração da saúde pública no estado de São Paulo e o serviço sanitário 1892-1918. **Revista Administração de Empresas**, v. 12, n. 4, dez 1972. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901972000400003>.

CAIDEN, G. E.; Caiden, N. Enfoques y lineamiento, la medición y la evaluación del desempeño em programas del sector público. **Revista do Serviço Público**, v. 52, n. 1, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v52i1.301>. Acesso em: 10 ago. 2022.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa Qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Revista Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 15, n. 4, dez. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>. Acesso em: 15 jan. 2022.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Nota à População e aos Médicos: incorporação de práticas alternativas pelo SUS**. Febrasgo, Brasília, DF, 18 abr. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/31QRqtT>. Abril, 2018.

CFM, mar. 2018 Conselho Federal de Medicina. **Práticas integrativas incorporadas ao SUS não têm fundamento científico**. Brasília, DF, 13 mar. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3cSSa7S>.

CHOI, Seung-hoon. **WHO Strategy and Activities in Traditional Medicine**. 明治国際医療大学誌 創刊号 : 19–22, 2009. Disponível em: https://www.meiji-u.ac.jp/bulletin/2009-01/06_Choi.pdf. Acesso em: 14 out. 2022.

CARVALHO, Sonia Nahas. Avaliação de programas sociais: balanço das experiências e contribuição para o debate. **Revista São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 3-4. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392003000300019>. Acesso em: 10 ago. 2022.

COFFITO. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Ministério da Saúde amplia oferta de PICS: arteterapia, quiropraxia e osteopatia são incluídas nas Práticas Integrativas e Complementares**. 2017. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=6267>. Acesso em: 05 jan. 2023.

CONTATORE, Augusto Octávio; BARROS, Nelson Filice; DURVAL Melissa Rossati; et al. Uso, Cuidado e Política das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, out. 2015, v.20, n. 10, p.3263-3273. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.00312015>. Acesso em: 5 dez. 2021.

COSTA, Alinne Silva Andrade; Costa, Andréa Suzana Vieira; Cordeiro, Érika Celestino; Lima, Rafael de Abreu; Lopes, Silvia Cristianne Nava. Entre o local e o nacional: os desafios contemporâneos na implementação da política nacional de práticas integrativas e complementares em saúde direcionados para a atenção básica, no município de São Luís – MA. **Anais da IX Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Sociais, Programa de pós-graduação em políticas públicas, 2019. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissaold_355cb8720a0dda2.pdf. Acesso em: 5 dez. 2021.

COSTA, Frederico Lustosa; CASTANHAR, José Cezar. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 5, set./ out. 2003, Rio de Janeiro. Disponível em: http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/Costa_castanha.pdf. Acesso em: 10 ago. 2022.

DECLARAÇÃO ALMA-ATA SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 14 de out. 2022.

DERLIEN, H.U. Una comparación internacional en la evaluación de las políticas públicas. **Revista do Serviço Público**, v. 52, n. 1, p. 105-123. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v52i1.302>. Acesso em: 15 ago. 2022.

DOLOWITZ, David P.; Marsh, David. Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making. Governance. **International Journal of Policy and Administration**, V. 13, N. 1, Jan. 2000, p. 5-24. Blackwell Publishers, 35 Main St., Malden MA 02148, USA, and 108 Cowley Road, Oxford, OX4 1JF, UK. ISSN: 0952-1895.

DOLOWITZ, David P.; Marsh, David. **Political Studies, Who Learns What from Whom**: a review of de policy transfer literature, v.44, ed. 2, jun. 1996, p. 343-357. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb00334.x>. Acesso em: 6 jan. 2023.

DYE, Thomas D. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice- Hall. 1984.

DUNCAN, Bruce; et al. **Medicina Ambulatorial, Condutas de Atenção Primária baseada em Evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2022.

EASTON, David. An approach to the analysis of political systems. **World Politics**, v. 9, n. 3, 1957. Disponível em <<https://doi.org/10.2307/20008920>>. Acesso em: 5 dez. 2021.

FACCHINI, Luiz Augusto, A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz**. 14 set. 2018. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta, A Política de avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, out. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092005000300007>. Acesso em: 15 ago. 2022.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta. **Políticas Públicas e Relações Internacionais**. Coleção Governo e Políticas Públicas. ENAP, 2018. Brasília. ISBN: 978-85-256-0085-1. Acesso em: 28 set. 2022.

FREITAG, Vera Lúcia; BADTKE; Márcio Rossato (Org.). **Práticas Integrativas e Complementares no SUS: o (re)conhecimento de técnicas milenares no cuidado à saúde contemporânea**. Curitiba: Nova Práxis Editorial, 2019.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n.21, jun. 2000. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89/158>>. Acesso em: 5 dez. 2021.

GALE, Nicola K. MCHALE, Jean V. **Routledge Handbook of Complementary and Alternative Medicine Perspectives from social science and law**. Routledge: London, New York, 2015.

GLASS, Letícia; LIMA, Nathan; NASCIMENTO, Matheus. Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde do Brasil: disputas político-epistemológicas. **Revista Saúde Social**, São Paulo, v. 30, n.2. DOI 10.1590/S010412902021200260.

GONNET, Cecilia Osorio. The role of international organizations in a policy diffusion process. Preliminary discussion about the Conditional Cash Transfers programs in Latin America. **X Chilean Congress of Political Science (ACCP)**. Santiago, 2012.

GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL – RS. **Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul**. Atenção Básica ou Primária – Principal porta de entrada para o Sistema único de Saúde (SUS), abr. 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/atencao-basica-ou-primaria-principal-porta-de-entrada-para-o-sistema-unico-de-saude-sus>

GRAHAM, Erin; SHIPAN, Carlos; VOLDEN, Craig. A Difusão da Pesquisa em Difusão de Políticas em Ciência Política. **British Journal of Political Science**, v.43, n. 3, p. 673-701, 2013. Disponível em: https://cambridge.org/core/product/identifier/type/journal_article. Acesso em: 15 ago. 2022.

GUBA, Egon; LINCOLN, Yvonna. **Fourth Generation Evaluation**, ed. Sage, oct. 1989.

GUATTARI, Félix; BITTENCOURT, Maria Cristina F.; ROLNIK, Suely. **Las Tres Ecologías**. Campinas: Papyrus, 1990.

GUIMARÃES, Maria Beatriz; NUNES, João Arriscado; VELLOSO, Marta; et al. As práticas Integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190297>. Acesso em: 17 out. 2022.

HABIMORAD, Pedro Henrique; CATARUCCI, Fernanda; BRUNO, Vânia Hercília; et al. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.11332018>. Acesso em: 5 dez. 2021.

HADJIISKY, Magdaléna; PAL Leslie A.; WALKER, Christopher (Ed.). **Public Policy Transfer. Micro-Dynamics and Macro-Effects**. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, 2017. ISBN: 9781785368035.

HOWLETT, Michael; RAMESH, Mishra; PERL, Anthony. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. São Paulo: Campus, 2013.

IMMERGUT, Ellen. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 11, n. 30, fev. 1996, São Paulo. Disponível em: <https://www.anpocs.com/images/stories/RBCS/30/rbcs3013.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2021.

JAKOBI, Anja. **International Organizations and Lifelong Learning: From Global Agendas to Policy Diffusion**. Palgrave Macmillan: 2009.

JONES, Larry R.; KETTL, Donald F. Assessing public management reform in an international context. **International Public Management Review**, v. 4, n. 1, p. 1-19, 2003.

KETTL, Donald, **Contingent Coordination: Practical and Theoretical puzzles for homeland security**, ed. 3, set. 2003, Sage Publications.

KEOHANE, Robert O.; MARTIN, Lisa L. The promise of institutionalist theory. **International Security**, v. 20, n. 1, p. 39-51, 1995. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2539214>

KRASNER, Stephen D. Causas estruturais e consequências dos regimes internacionais: regimes como variáveis intervenientes. **Revista de Sociologia e Política**, v. 20, p. 93-110, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782012000200008>

KINGDON, J. W. **Agendas, Alternatives and Public Policy**. 2nd. New York: Longman Publishing Group, p. 90-115, 2003.

LACERDA, Gustavo Biscaia. August Comte e o “positivismo” redescobertos. **Revista de Sociologia e Política**, v. 17, n. 34, out. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782009000300021>. Acesso em: 15 fev. 2022.

LASWELL, H.D. **Politics: Who Gets What, When, How**. Cleveland, Meridian Books. 1936/1958.

LEONETTI, Pedro Henrique, CATARUCCI, Fernanda; TALARICO, Vânia; et al. Potencialidades e fragilidades na implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.2, n.25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.11332018>. Acesso em: 17 out. 2022.

LINDBLOM, Charles E. “The Science of Muddling Through”. **Public Administration Review** v. 19, p. 78-88. 1959.

LYNN, L. E. **Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis**. Santa Monica, Calif.: Goodyear. 1980

LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. In: **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. 1993. p. 32-32.

MAKSE, Todd; VOLDEN, Craig. The role of policy attributes in the diffusion of innovations. **The Journal of Politics**, v. 73, n. 1, p. 108-124, 2011.

MARCH, James G.; OLSEN Johan P. **Democratic Governance**. New York: The Free Press. 1995.

MARTINS, P. H. **Contra a Desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MEAD, L. M. **Public Policy: Vision, Potential, Limits, Policy Currents**, Fevereiro: 1-4. 1995.

MENDES, Isabel Amélia. Desenvolvimento e Saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.3, mai-jun, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000300001>. Acesso em: 10 ago. 2022.

MOKATE, Karen Marie, Convirtiendo el “monstruo” en aliado: la evaluación como herramienta de la gerencia social. **Revista do Serviço Público**, ano 53, n. 1.

jan./mar. 2002. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1964>. Acesso em: 10 ago. 2022.

MOURA, Iris Raquel; SOUSA, Camila Rossana; SANTOS, Jardely Karoliny et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: avanços e desafios. **Anais do II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**, 2017. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/29530>.

MUGNOL, Márcio; GISI, Maria de Lourdes. Avaliação de políticas públicas educacionais: os resultados do Prouni. **Conjectura: Filos. Educ.** v. 18, p. 122-139, 2013. Caxias do Sul. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/236118146.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2021.

OAKLEY, Ann. Public Policy Experimentation: lessons from America. **Policy Studies**, v. 19, n. 2, p. 93-114, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01442879808423746>. Acesso em: 15 ago. 2022.

PORTO DE OLIVEIRA, O.; SARAIVA, Camila; SAKAI, Roberta. **Difusão de políticas e cooperação para o desenvolvimento**: elementos norteadores para a implementação de projetos de transferência de políticas públicas por meio da cooperação internacional. São José do Rio Preto: Balão Editorial, 2020.

OLIVEIRA, Osmany Porto; PAL, Leslie A. Novas fronteiras e direções na pesquisa sobre transferência, difusão e circulação de políticas públicas: agentes, espaços, resistência e traduções. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 52(2):199-220, mar./abr. 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.159/0034-761220180078>. Acesso em: 10 ago. 2022.

OLIVEIRA, Osmany Porto. **Embaixadores da participação**: a difusão internacional do orçamento participativo. São Paulo: Annablume, 2016.

OLSON, Mancur. **The Logic of Collective Action**. Cambridge, Mass: Harvard University Press. 1965.

OLLAIK, Leila Giandoni; MEDEIROS, Janann Joslin. Instrumentos governamentais: reflexões para uma agenda de pesquisas sobre implementação de políticas públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 45, p. 1943-1967, 2011.

OMS, 2011. **Relatório da Situação Global da OMS sobre doenças não transmissíveis**, 2011.

OMS, 2012. **Dados provisórios da 2ª pesquisa global da OMS sobre treinamento em práticas de MTC**. 11 de junho de 2012

OPAS; **OMS 1998**. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/4370>.

PARSONS, Wayne. **Public Policy**: an introduction to the theory and practice of policy analysis. Cheltenham. Edward Elgar, 1997.

PERES, Paulo Sérgio. Comportamento ou instituições? A evolução histórica do neo-institucionalismo da ciência política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 23, p. 53-71, 2008.

PETERS, B. G. **American Public Policy**. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Mangueiras, 2009. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>.

PEPIC/ RS; ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL; SECRETARIA DA SAÚDE
RESOLUÇÃO Nº 695/13 – CIB / RS

PUTNAM, Robert D. Diplomacia e política doméstica: a lógica dos jogos de dois níveis. **Revista de Sociologia e Política**, v. 18, p. 147-174, 2010.

REIS, Bárbara Oliveira; ESTEVES, Larissa Rodrigues; GRECO, Rosângela Maria. Avanços e desafios para a implementação das práticas integrativas e complementares no Brasil. **Revista APS**, v.21, n.3, p. 355-364, jul./set. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16383>.

ROSSI, Peter H.; WRIGHT, James D. Pesquisa de avaliação: uma avaliação. **Revista Anual de Sociologia**, v. 10, n. 1, p. 331-352, 1984.

RUELA, Ludmila de Oliveira; MOURA, Caroline de Castro; GRADIM, Clícia Valim; STEFANELLO, Juliana; et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde: revisão da literatura. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. Nov. 2019.

SANTO ÂNGELO. Lei nº 3.597, de 23 de março de 2012. **Dispõe sobre a implantação das terapias naturais na secretaria municipal de saúde e dá outras providências**. Santo Ângelo, 2012. [Mimeografado].

SAMPAIO, Ana Tânia. Prefácio. In: FREITAG, Vera Lúcia; BADTKE, Márcio Rossato (Org.). **Práticas Integrativas e Complementares no SUS: o (re)conhecimento de técnicas milenares no cuidado à saúde contemporânea**. Curitiba: Nova Práxis editorial, 2019.

SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3011-3024, 2012.

SANTOS, B. S. **O Fim do Império Cognitivo**. Belo Horizonte. Editora Autêntica, 2019.

SECCHI, Leonardo, **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**, São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SCIELO. **Scientific Electronic Library Online**. Disponível em: <https://search.scielo.org/?q=Pr%C3%A1ticas+Integrativas+e+Complementares+em+Sa%C3%BAde&lang=pt&filter%5Bin%5D%5B%5D=scl> . Acesso em: 23 set 2022.

SCHIMANSKI, Silvana. Mecanismo de Difusão Política da OMC sobre Gênero e Comércio. **Zenodo**. Abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.6472907>. Acesso em: 5 out. 2022.

SHIPAN, C. R.; VOLDEN, C. Policy Diffusion: Seven Lessons for Scholars and Practitioners. **Public Administration Review**, ago. 2012, p.788-796.

SILVA, Gisléa Kândida; ISLÂNDIA, Maria Carvalho; CABRAL, Maria Eduarda; et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300110>. Acesso em: 17 out. 2022.

SILVA, Luana Batista; LIMA, Indiara Campos; BASTOS, Rodrigo Almeida. Terapias complementares e integrativas: conhecimento e utilização pelos docentes do curso de enfermagem de uma instituição pública. **Revista de Saúde Coletiva UEFES**, Feira de Santana, v.5, n.1, p. 40-45, dez.2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v5i1.1008>>.

SILVEIRA, Roberta de Pinho; ROCHA, Cristianne. Verdades em (des)construção: uma análise sobre as práticas integrativas e complementares em saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180906>. Acesso em 17 out. 2022.

SIMON, Herbert. **Comportamento Administrativo**. Rio de Janeiro: USAID. 1957.

SIMMONS, Bete; DOBBIN, Frank; GARRETT, Geoffrey (Ed.). **A Difusão Global de Mercados e Democracia**. Nova York: Cambridge University Press, 2008. Disponível em: DOI: 10.2307/20749571. Acesso em: 15 ago.2022.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006. Disponível em: <www.scielo.com>. Acesso em: 2 dez. 2021.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65-86.

SEITENFUS, Ricardo Antônio Silva. **Manual das Organizações internacionais**. Livraria do Advogado Editora, 1997. ISBN: 8573480378.

STENGERS, Isabelle. **A Invenção das Ciências Modernas**. São Paulo: Editora 34, 2002.

STONE, Diane. Transfer agents and global networks in the 'transnationalization' of policy. **Journal of European Public Policy**, v. 11, n. 3, p. 545-566, 2004.

TABOSA, Marcone César; AQUINO, Camilla; SOUSA, Islândia et al. Análise de custos em unidade de Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001649>. Acesso em: 17 out. 2022.

WALT, Stephen M. International relations: One world, many theories. **Foreign Policy**, p. 29-46, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review**. Geneva: WHO, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005**. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **WHO guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine**. Geneva: WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **WHO traditional medicine strategy: 2014-2023**. Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global report on traditional and complementary medicine 2019**. World Health Organization, 2019.

ZAEI, Mansour Esmaeil. Globalization of National Policy-Making: An International Perspective. **Public Policy And Administration**, Mykolas Romeris University.[s.l.],v.13, n. 2, p.331-340, 2014.

APÊNDICE A - Lista dos Trabalhos Acadêmicos sobre PICS (2010-2022)

Ano	Título	Autores
2022	Saúde do trabalhador, práticas integrativas e complementares na atenção básica e pandemia da Covid-19.	Erika Cardozo Pereira; Geisa Colebrusco de Souza; Mariana Cabral Schweitzer
2022	Práticas Integrativas e Complementares ofertadas pela enfermagem na Atenção Primária à Saúde	Erika Cardozo Pereira; Geisa Colebrusco de Souza; Mariana Cabral Schweitzer
2022	Cultivo Biodinâmico de Plantas Medicinais em Agroflorestas na Promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis: uma proposta pedagógica de formação-ação	Gislei Siqueira Knierim; Virginia da Silva Corrêa; Nelson Filice de Barros; Marcos Antonio Trajano Ferreira; Ximena Soledad Moreno Sepúlveda; Ana Paula Andrade Silva Milhomem; André Luiz Dutra Fenner
2022	Cuidando de quem cuida: projeto de intervenção como estratégia de aprendizagem no internato em medicina	Ana Vitória Teixeira de Medeiros Gomes; Erika Denise de Vasconcelos Florentino; Myrlla Soares de Oliveira; Thaiany Rego Silva; Jucimara Alves de Souza
2022	Entre legitimação científica e legitimação cultural: transformações no campo das Práticas Integrativas e Complementares	Iago Marafina de Oliveira; Dário Frederico Pasche
2022	Redes, atores e agenciamentos na constituição da Política de Práticas Integrativas e Complementares no Brasil	Aislan Vieira de Melo; Graziella Reis de Sant'Ana; Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos
2022	Humanização na ambiência de Práticas Integrativas e Complementares: significado de bem-estar na perspectiva dos usuários	Mariana Silva Villela; Vera Helena Moro Bins Ely
2022	O uso de plantas medicinais na atenção primária à saúde: revisão integrativa	Karina Pavão; Patrício Arthur Cesar dos Santos Minato; Ana Flavia Brolio; Marina Amorim Lopes; Gabriela Ribeiro de Barros; Vanessa Moraes; Guilherme Correa Barbosa
2021	A Clínica da Educação Física nas Políticas Públicas de Saúde: Interfaces Entre Núcleo e Campo	Luiz Alberto dos Santos Ferreira; Tonantzin Ribeiro Gonçalves; Leonardo Trápaga Abi
2021	Mulheres em sofrimento psíquico na Atenção Básica sob uma perspectiva de gênero e a repercussão de práticas integrativas e complementares	Eslia Maria Nunes Pinheiro; Ana Kalliny de Sousa Severo; Dayse Catão Ramalho; Aralinda Nogueira Pinto Sá
2021	Práticas corporais integrativas: proposta conceitual para o campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	Priscilla de Cesaro Antunes Alex Branco Fraga
2021	Uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde pelos profissionais em gestantes com dores lombares: revisão integrativa	Karina da Silva Fernandes; Patrícia Mônica Ribeiro; Murilo César do Nascimento; Fábio de Souza Terra
2021	Formação profissional em Práticas Integrativas e Complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da Atenção Primária à Saúde	Pedro Henrique Brito da Silva; Leylaine Christina Nunes de Barros; Nelson Filice de Barros; Ricardo Antônio Gonçalves Teixeira; Ellen Synthia Fernandes de Oliveira
2021	Integralidade e abrangência da oferta de serviços na Atenção Básica no Brasil (2012-2018)	Allan Nuno Alves de Sousa; Helena Eri Shimizull
2021	Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde do Brasil: disputas político-epistemológicas	Leticia Glass; Nathan Willig Lima; Matheus Monteiro Nascimentoa

2021	Autonomia e Práticas Integrativas e Complementares: significados e relações para usuários e profissionais da Atenção Primária à Saúde	Léo Fernandes Pereira; Cassiano Ricardo Rech; Simone Morini
2021	O caminho da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul: uma narrativa de potencialidades e resistências	Melaine Terra; Paola Lucca Pizutti
2021	(Re)existência e potência de vida: práticas integrativas e complementares em saúde para presos	Marisangela Spolaôr Lena; Tonantzin Ribeiro Gonçalves
2021	Acompanhamento da implantação de uma Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares: principais desafios	Carmencita Ignatti; Eunice Nakamura
2021	Práticas integrativas e complementares em saúde: interesse da comunidade acadêmica e os desafios do ensino médico	Luiza Gomes Dantas Gurgel; Alana Rebeca Bezerra Jessé; Djerlly Marques Araújo da Silva; Pedro Sá Leitão Laporte Alencar; Arturo de Pádua Walfrido Jordán; Nicolas Augusto Alves Daniel
2021	Práticas Integrativas e Complementares em saúde na formação em Educação Física: avanços, desafios, velhos e novos embates	Viviana Graziela de Almeida Vasconcelos Barboni; Yara Maria de Carvalho[SS2]
2020	Terapias complementares na educação, extensão comunitária e pesquisa em enfermagem	Leandra Andréia de Sousa; Natália Rejane Salim; Laís Fumincellil; Irai Maria de Campos Teixeira
2020	Uso de Práticas Integrativas e Complementares por idosos: Pesquisa Nacional de Saúde 2013	Priscila de Paula Marques; Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco; Aldiane Gomes de Macedo Bacurau; Patrícia Silveira Rodrigues; Deborah Carvalho Malta; Nelson Filice de Barros
2020	Diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do Maranhão	Rafaela Duailibe Soares; Judith Rafaelle Oliveira Pinho; Aline Sampieri Tonello
2020	Estímulos ao bem-estar na ambiência de Práticas Integrativas e Complementares (PIC)	Mariana Silva Villela; Vera Helena Moro Bins Ely
2020	Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	Pedro Henrique Leonetti Habimorad; Fernanda Martin Catarucci; Vânia Hercília Talarico Bruno; Ivan Beteto da Silva; Violeta Campolina Fernandes; Marcelo Marcos Piva Demarzo; Regina Stella Spagnuolo; Karina Pavão Patricio
2020	Benefícios do Qigong como prática integrativa e complementar para a saúde: revisão sistemática	Bruna Francielle Toneti; Rafael Fernando Mendes Barbosa; Leandro Yukio Mano; Luana Okino Sawada; Igor Goulart de Oliveira; Namie Okino Sawada
2020	Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde	Charles Dalcanale Tesser; Daniela Dallegrove
2020	Yoga: um objeto de fronteira?	Pamela Siegel; Carolina Leopardi Gonçalves Barretto Bastos
2020	Análise de custos em unidade de Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa no Brasil	Marcone César Tabosa Assunção; Camilla Maria Ferreira de Aquino; Islândia Maria Carvalho de Sousa; Manoel Raymundo de Carvalho Neto; Vitor Pereira Jordão; Adriana Falangola Benjamin Bezerral
2020	Verdades em (des)construção: uma análise sobre as práticas integrativas e complementares em saúde	Roberta de Pinho Silveira; Cristianne Maria Famer Rocha

2020	Impacto da capacitação de profissionais da rede pública de saúde de São Paulo na prática de Fitoterapia	Linete Maria Menzenga Haraguchi; Adriana Sañudol; Eliana Rodrigues; Herbert Cervigni; Elisaldo Luiz de Araujo Carlini
2020	As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas	Maria Beatriz Guimarães; João Arriscado Nunes; Marta Velloso; Adriana Bezerra; Islândia Maria de Sousa
2020	Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil	Fernanda Elizabeth Sena Barbosa; Maria Beatriz Lisboa Guimarães; Carlos Renato dos Santos; Adriana Falangola Benjamin Bezerra; Charles Dalcanale Tesser; Islandia Maria Carvalho de Sousa
2020	Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Gestores dos Serviços	Leylaine Christina Nunes de Barros; Ellen Synthia Fernandes de Oliveira; Janaína Alves da Silveira Hallais; Ricardo Antônio Gonçalves Teixeira; Nelson Filice de Barros
2020	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS	Gisléa Cândida Ferreira da Silva; Islândia Maria Carvalho de Sousa; Maria Eduarda Guerra da Silva Cabral, et al.
2020	Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária: desvelando a promoção da saúde	Indiara Sartori Dalmolin; Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann
2020	Desapoio dos gestores e desinstitucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde	Nelson Filice de Barros; Priscila Maria Stols; Bergamo Francisco; Leandra Andréia de Sousa
2020	Abrangência territorial de pesquisas com interface em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia de Saúde da Família do Brasil	Fernanda Elizabeth Sena Barbosa, Maria Beatriz Lisboa Guimarães, Carlos Renato dos Santos, Adriana Falangola Benjamin Bezerra, Charles Dalcanale Tesser, Islandia Maria Carvalho de Sousa
2019	Dor: o impulso na busca pela saúde por meio de práticas integrativas e complementares	Miraíra Noal Manfro; Priscila Mari dos Santos Correia; Wihanna Cardozo de Castro Franzoni; Letícia Baldasso Moraes; Francine Stein; Alcyane Marinho
2019	Práticas Integrativas e Complementares: Avaliação do Processo de Ensino-Aprendizagem em Práticas Integrativas nas Escolas Médicas do Brasil	Leila Verônica da Costa Albuquerque; José Wellington de Oliveira Lima; Ana Beatriz Gois da Silva; Ingrid Cavalcante Moraes Correia; Ludmila Rios Osterno Gomes Maia; Matheus Costa Bessa; Olivia Andrea Alencar Costa Bessa
2019	Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura	Ludmila de Oliveira Ruela; Caroline de Castro Moura; Clícia Valim Côrtes Gradim; Juliana Stefanello; Denise Hollanda Nunes; Rogério Ramos do Prado
2019	Medicina Integrativa: um parecer situacional a partir da percepção de médicos no Sul do Brasil	Maria Luiza Amaral Kracik; Pablo Michel Barcelos Pereira; Betine Pinto Moehlecke Iser

2019	Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira	Jordana Aguiar, Lilia Aparecida Kanan, Anelise Viapiana Masiero
2019	Representações sociais de doença, usos e significados atribuídos às Práticas Integrativas e Complementares por universitários	Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Vinicius Pereira de Carvalho, Carle Porcino
2019	A Busca pela Residência Médica em Acupuntura na EPM-Unifesp	João Roberto Bissoto; Dante Marcello Claramonte Gallian
2019	Hidroterapia e crenoterapia no tratamento da dor: revisão integrativa	Juliane de Macedo Antunes; Donizete Vago Daher; Vania Maria de Araújo Giaretta; Maria Fernanda Muniz Ferrari; Maria Belén Salazar Posso
2019	Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: desvelando potências e limites	Índiara Sartori Dalmolin; Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann; Vera Lucia Freitag
2019	Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico-assistencial	Cissa Azevedo; Caroline de Castro Moura; Hérica Pinheiro Corrêa; Luciana Regina Ferreira da Mata; Érika de Cássia Lopes Chaves; Tânia Couto Machado Chianca
2019	Experiências de mulheres em quimioterapia no manejo da fadiga: estratégias de autocuidado	Nayara Ferreira Cunha; Rosimár Alves Querino; Paula Carolina Bejo Wolkers; Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos
2019	Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais	Gerson Mattos; Anderson Camargo; Clóvis Arlindo de Sousa; Ana Lúcia Bertarello Zeni
2018	Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos	Maria del Pilar Ogando Dacal; Irani Santos Silva
2018	Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no Contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios	Nelson Filice de Barros; Cristiane Spadacio; Marcelo Viana da Costa
2018	Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira	Charles Dalcanale Tesser, Islandia Maria Carvalho de Sousa, Marilene Cabral do Nascimento
2018	Formação Em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Desafios para as Universidades Públicas	Marilene Cabral do Nascimento; Valéria Ferreira Romano; Ana Claudia Santos Chazan; Carla Holandino Quaresma
2018	Práticas integrativas e complementares: utilização por agentes comunitários de saúde no autocuidado	Cássio de Almeida Lima; Ana Maria Vitricia de Souza Santos; Romerson Brito Messias; Fernanda Marques da Costa, Dulce Aparecida Barbosa; Carla Silvana de Oliveira e Silva, Lucinéia de Pinho, Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito
2018	Dor facial idiopática persistente, diagnóstico e tratamento desafiadores. Relato de caso	Raphael de Souza Borges; Durval Campos Kraychete; Emily Leticia Gusmão Borges; Valmir Machado de Melo Filho[SS5]
2017	Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil	Luisa Nuernberg Losso, Sérgio Fernando Torres de Freitas

2017	Práticas Integrativas e Complementares: Conhecimento e Credibilidade de Profissionais Do Serviço Público de Saúde	Mouzer Barbosa Alves Gontijo; Maria de Fátima Nunes
2017	O Ensino da Acupuntura na Escola Médica: Interesse e Desconhecimento	Renata Cavalcanti Carnevale; André Lorenzetti Brandão; Rosemeire de Olanda Ferraz; Nelson Filice de Barros
2017	Acupuntura no Sistema Único de Saúde: uma análise nos diferentes instrumentos de gestão	Leandra Andréia de Sousa; Nelson Filice de Barros; Jéssica de Oliveira Pigari; Gláucia Tamburú Braghetto; Luciana Brondi Karpiuck; Maria José Bistafa Pereira
2017	Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica	Jessica Liz da Silva Carvalho, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega
2016	As Práticas Integrativas e Complementares Grupais e sua inserção nos Serviços de Saúde da Atenção Básica	Maria Valquíria Nogueira do Nascimento; Isabel Fernandes de Oliveira
2016	Inserção do Conteúdo Fitoterapia em Cursos da Área de Saúde	Maria Helena Alves Feitosa; Letícia Lopes Soares; Guilherme Almeida Borges; Marina Magalhães Andrade; Simone de Melo Costa
2016	Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS	Emílio Telesi Júnior
2016	Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP)	Raimunda Magalhães da Silva; Herla Maria Furtado Jorge; Regina Yoshie Matsue; Antonio Rodrigues Ferreira Junior; Nelson Filice de Barros[SS7]
2015	Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde	Octávio Augusto Contatore; Nelson Filice de Barros; Melissa Rossati Durval; Pedro Cristóvão Carneiro da Cunha Barrio; Bernardo Diniz Coutinho; Júlia Amorim Santos; Juliana Luporini do Nascimento; Silene de Lima Oliveira; Silvia; Miguel de Paula Peres[SS8]
2014	Conhecimentos, atitudes e práticas de Cirurgiões-Dentistas de Anápolis-GO sobre a fitoterapia em odontologia	Liliane Braga Monteiro dos Reis, André de Lima Farias, Ângela de Paula Bollella Hemilly Karoliny Martins Silva, Marcos Ítalo Carvalho Canuto, Janaina da Câmara Zambelli, Maria do Carmo Matias Freire
2014	Saberes e Práticas Fitoterápicas de Médicos na Estratégia Saúde da Família	Danielle Sousa Silva Varela; Dulcian Medeiros de Azevedo
2014	Papel das Práticas Complementares na compreensão dos profissionais da Atenção Básica: uma Revisão Sistemática	Mariana Cabral Schweitzer; Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli
2014	Redes socio-técnicas de assistência à saúde em Acupuntura: estudo de caso sobre a formação básica de estudantes de medicina	Maria Inês de França Roland; Reinaldo José Gianini;
2014	A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios	Climério Avelino de Figueredo; Idê Gomes Dantas Gurgel; Garibaldi Dantas Gurgel Junior[SS9]
2013	Práticas Integrativas e Complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um Serviço Municipal de Saúde	Karla Morais Seabra Vieira Lima; Kênia Lara Silva; Charles Dalcanale Tesser

2013	Práticas Complementares de Saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros	Suzane Cristina Costa Melo; Raira Gomes de Santana; Déborah Cardozo dos Santos; Neide Aparecida Titonelli Alvim
2013	Práticas Integrativas e Complementares no Cuidado de Enfermagem: Um Enfoque Ético	Mariana Gonzalez Martins de Magalhães; Neide Aparecida Titonelli Alvim
2013	O que é a Oncologia Integrativa?	Pamela Siegel; Nelson Filice de Barros
2013	Representação Social do terapeuta comunitário na rede SUS	Cristina dos Santos Padilha; Walter Ferreira de Oliveira
2013	O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local	Wania Maria Papile Galhardi; Nelson Filice de Barros; Ana Cláudia Moraes Barros Leite
2013	Fitoterápicos na odontologia: estudo etnobotânico na cidade de Manaus	Evangelista, S. S.; Sampaio, F. C.; Parente R. C.; Bandeira, M. F. C. L.
2012	Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a Fitoterapia e outras Práticas Integrativas e Complementares	Dayane Cordeiro Machado, Silvia Beatriz Costa Czermainski, Edyane Cardoso Lopes
2012	Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde	Melissa Costa Santos; Charles Dalcanale Tesser
2012	Práticas Integrativas e Complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados	Islândia Maria Carvalho de Sousa; Regina Cele de Andrade Bodstein; Charles Dalcanale Tesser; Francisco de Assis da Silva Santos; Virginia Alonso Hortale
2012	Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas	Charles Dalcanale Tesser; Islândia Maria Carvalho de Sousa
2012	Comercialização de plantas medicinais no contexto da cadeia produtiva em Minas Gerais	Souza, M.R.M.; Pereira, R.G.F.; Fonseca, M.C.M.
2012	Práticas Integrativas e Complementares de Desafios para a Educação	Elaine de Azevedo; Maria Cecília Focesi Pelicioni[SS11]
2011	Regulation of herbal medicines in Brazil: advances and perspectives	Ana Cecília Bezerra Carvalho, João Paulo Silvério Perfeito, Leandro Viana Costa e Silva, Lívia Santos Ramalho, Robelma France de Oliveira Marques, Dâmaris Silveira
2011	Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares	Sônia de Castro S Thiago; Charles Dalcanale Tesser
2011	Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população são-joanense	Luciene Alves Moreira Marques; Flávia Vanessa Vieira Ribeiro do Vale, Valéria Aparecida dos Santos Nogueira, Fábio Luiz Mialhe, Lara Cristina Silva
2010	Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica	João Tadeu de Andrade; Liduina Farias Almeida da Costa
2010	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sus (PNPIC-SUS)	Nelson Filice de Barros; Pâmela Siegel; Carmen De Simoni
2010	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão	Nelson Filice de Barros

APÊNDICE B – Perguntas Orientadoras das Entrevistas Semi-estruturadas

Gestão Nacional da PNPICS

Identificação do(a) respondente	Qual cargo ocupa? Tempo no cargo? Quando este cargo foi criado?
Sobre a Política Nacional / agentes	<p>A política apresenta uma vantagem relativa sobre outras políticas públicas de saúde?</p> <p>A política é compatível com os valores políticos do RS?</p> <p>Quanto a complexidade, a política é de implementação fácil ou difícil?</p> <p>Quanto a observabilidade, a PNPICS é uma política de resultados fáceis de serem observados pela população e pelo governo?</p> <p>Quanto a experimentalidade, a PNPIC pode ser experimentada facilmente?</p> <p>Qual foi a contribuição da OMS para a PNPICS?</p> <p>O Brasil tem participado de encontros internacionais de compartilhamento de experiências em PICS?</p> <p>A gestão nacional tem promovido encontros para esse compartilhamento de experiências regionais em PICS?</p> <p>O que incentivou o Brasil a sancionar a PNPICS?</p> <p>Houve algum incentivo internacional para o desenvolvimento da PNPICS? Quantos municípios brasileiros oferecem PICS?</p> <p>Quais são as PICS mais oferecidas no Brasil?</p> <p>Qual é o interesse do atual governo federal na PNPICS?</p>
Sobre os mecanismos de difusão para estimular a implementação / oferta	<p>Como aconteceu a implantação da PNPIC no Brasil?</p> <p>Foram/são realizados fóruns federais de discussões?</p> <p>Foram determinadas regras de implantação política?</p> <p>Quando foi criada a coordenação nacional de PICS no Brasil?</p> <p>O governo federal financia capacitações de equipes de saúde em PICS?</p> <p>A PNPICS conta com financiamento para as equipes de saúde utilizarem e manterem as PICS?</p> <p>O governo federal sofre alguma pressão internacional para implantação da PNPIC?</p> <p>Existe alguma cooperação entre a gestão nacional e organizações internacionais na implementação da PNPICS?</p> <p>Existe uma cooperação entre coordenação nacional e outras instituições na implantação/implementação da PNPICS?</p> <p>É possível citar pessoas ou instituições que se destacam/destacaram na implantação/implementação da PNPICS?</p> <p>A PNPICS foi traduzida/adequada às especificidades do contexto do Brasil?</p> <p>A PNPIC tem um alcance inovador na saúde da população do Brasil?</p> <p>Existe um canal nacional de cooperação entre as autoridades nacionais para compartilhamento de informações de MTC?</p> <p>Quantos profissionais da saúde foram capacitados em PICS no Brasil?</p> <p>As capacitações foram financiadas por quem?</p> <p>O governo federal oferece algum subsídio para a manutenção das PICS?</p> <p>Como surgiu a ideia de formar o Laboratório de inovação em saúde?</p> <p>Como aconteceu a parceria com a OPAS para acompanhar os estudos em PICS no Brasil?</p> <p>Existe algum monitoramento quanto as dificuldades que os profissionais estão enfrentando para exercerem essas práticas?</p> <p>Existe algum monitoramento quanto à satisfação dos pacientes tratados com as PICS?</p> <p>O Brasil recebe algum incentivo financeiro internacional para a implantação e implementação das PICS?</p> <p>As coordenadorias regionais se reúnem com o governo federal para traçar estratégias de implantação e implementação da PNPICS?</p> <p>Atualmente, a OMS ou o Banco Mundial acompanham a implantação e implementação das PICS em seus países membros?</p>
Sobre as resistências / desafios	<p>O governo federal realiza fóruns de discussões da PNPICS com os Conselhos Federais de Saúde?</p> <p>Quais são os desafios da coordenação nacional de PICS na implementação da PNPICS?</p>

Gestão Estadual da PEPICS/RS

Identificação do(a) respondente	Identificação Qual cargo ocupa? Tempo no cargo?
Sobre a Política Estadual / agentes	Quando o estado do RS aderiu a PNPICS? O que incentivou o interesse da gestão estadual pela PNPICS? A política apresenta uma vantagem relativa sobre outras políticas públicas de saúde? A política é compatível com os valores políticos do RS? Quanto à complexidade, a política é de implementação fácil ou difícil? Quanto a observabilidade, a PEPICS é uma política de resultados fáceis de serem observados pela população e pelo governo? Quanto a experimentalidade, a PEPIC pode ser experimentada facilmente? Quantas UBS do RS oferecem PICS?
Sobre os mecanismos de difusão para estimular a implementação / oferta Promoção/estímulo/monitoramento/avaliação	Como aconteceu a implantação da PEPIC no RS? Foram realizados fóruns de discussões? Foram determinadas regras de implantação política? Quando foi criada a secretaria estadual de PICS no RS? O governo do RS financia capacitações de equipes de saúde em PICS? O governo do RS financia recursos para as equipes de saúde utilizarem e manterem as PICS? O estado do RS sofreu alguma pressão institucional para implantação da PEPIC? Existe alguma cooperação entre a gestão nacional e estadual na implementação da PEPICS? Existe uma cooperação entre a secretaria de saúde do estado do RS e a secretaria de PICS? É possível citar pessoas ou instituições que se destacam/destacaram na implantação/implementação da PEPICS? A PEPICS foi traduzida/adequada às especificidades do contexto do RS? A PEPIC tem um alcance inovador na saúde da população do RS? Quantos profissionais da saúde foram capacitados em PICS no RS? As capacitações foram financiadas por quem? O estado oferece algum subsídio para a manutenção das PICS? Todos os profissionais capacitados estão utilizando as PICS? Existe algum monitoramento quanto as dificuldades que os profissionais estão enfrentando para exercerem essas práticas? Existe algum monitoramento quanto à satisfação dos pacientes tratados com as PICS? O estado do RS recebe algum incentivo financeiro para a implantação e implementação das PICS no município? As coordenadorias estaduais se reúnem com governo do Estado para traçar estratégias de implantação e implementação da PNPICS? A secretaria estadual de PICS discute a implantação da PEPIC com as gestões municipais? Qual é a periodicidade destas reuniões?
Sobre as resistências / desafios	Resistências para implementação

APÊNDICE C – As PICS¹¹

1. Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura; Auriculoterapia: A Medicina Tradicional Chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza uma linguagem simbólica com as leis da natureza e que valoriza a sua inter-relação harmônica com os seres vivos, visando a integridade. Utiliza várias modalidades de tratamento (Acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais (lian gong, chi gong, tuina, tai-chi-chuan) e mentais, no caso, a meditação). (BRASIL, 2006)

2. Homeopatia: A Homeopatia é um sistema médico complexo de caráter holístico. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. A homeopatia é uma especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) desde 1980 (BRASIL, 2006).

3. Fitoterapia: A Fitoterapia é 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". O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla socio-diversidade, uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente este conhecimento (BRASIL, 2006).

4. Antroposofia: A Medicina Antroposófica (MA) é uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está fundamentado na maneira transdisciplinar, com a atuação de profissionais de outras áreas da saúde, em busca da integralidade do cuidado em saúde. Os médicos antroposóficos utilizam os conhecimentos e recursos da MA para ampliar a clínica, alcançando reconhecimento por meio do Parecer 21/93 do Conselho Federal de Medicina, em 23/11/1993. Entre os recursos que acompanham esta abordagem médica, destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia, em outros específicos da Medicina Antroposófica (medicamentos produzidos com substâncias da natureza - minerais, plantas e até de alguns animais (abelha, corais) e a alopatia, se for necessário) (BRASIL, 2006).

5. Termalismo / Crenoterapia: O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Esta área do conhecimento sofreu considerável redução de sua produção científica com a ocidentalização da medicina após o término da segunda guerra mundial. (BRASIL, 2006).

6. Arteterapia: Uma atividade milenar, a arteterapia é um recurso terapêutico que busca interligar os universos interno e externo de um indivíduo, por meio da sua simbologia. É uma arte livre, que se transformou numa técnica que ultrapassa os objetivos artísticos. É uma forma de comunicação entre o profissional e um paciente, através de um processo terapêutico individual ou de grupo (COFFITO, 2017).

7. Ayurveda: É considerada uma das mais antigas abordagens de cuidado do mundo, foi desenvolvido na Índia durante o período de 2000-1000 a.C. Baseando-se na observação, na experiência e nos recursos naturais, a técnica propõe um sistema único de cuidado. A OMS reconhece o Ayurveda como uma abordagem capaz de prevenir e curar doenças e a reconhece como um sistema terapêutico e um modo de viver. No Ayurveda a investigação diagnóstica leva

¹¹ Esta lista foi elaborada com base nas informações disponíveis no sítio web do Ministério da Saúde (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics/quais-as-pics>)

em consideração a rotina diária, alimentação, condições clínicas, digestão, considerações pessoais e sociais, bem como a situação econômica e ambiental do paciente. Fundamenta-se na premissa de que a doença começa bem antes de sua manifestação clínica, possibilitando ações preventivas eficazes (BRASIL, 2017).

8. Biodança: Trata-se de uma abordagem sistêmica inspirada nas origens mais primitivas da dança, com o objetivo de restabelecer as interações conscientes do indivíduo consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva. Sua metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos selecionados como músicas, cantos, exercícios e dinâmicas capazes de produzir experiências que estimulam a plasticidade neuronal e a criação de novas redes sinápticas. Desta forma, configura-se como um sistema de aceleração dos processos integrativos existenciais: Psicológico, Neurológico, Endocrinológico e Imunológico (PNEI), produzindo efeitos na saúde como: ativar a totalidade do organismo; gerar processos adaptativos e integrativos; através da otimização da homeostase do organismo. (BRASIL, 2017)

9. Dança Circular: Danças Circulares Sagradas ou Dança dos Povos, ou simplesmente Dança Circular é uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. No círculo trabalha-se o equilíbrio entre o indivíduo e o coletivo, o sentimento de pertinência e do prazer pela participação plena dos processos internos de transformação, promovendo o bem-estar, a harmonia entre corpo-mente-espírito, a elevação da autoestima; a consciência corporal, entre outros benefícios. (BRASIL, 2017).

10. Meditação: É uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições. Também é entendida como “estado de Samadhi”, que é um apagamento do ego para aprofundamento dos sentidos, chegando ao estado de “êxtase”. A prática 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. Estimula o bem-estar, relaxamento, redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos (BRASIL, 2017).

11. Musicoterapia: É a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas (BRASIL, 2017).

12. Naturopatia: É entendida como abordagem de cuidado que, por meio de métodos e recursos naturais, estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se. A Naturopatia utiliza diversos recursos terapêuticos como: plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, fitologia, massagens, recursos expressivos, terapias corpo-mente e mudanças de hábitos. (BRASIL, 2017).

13. Osteopatia: É um método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos. A abordagem osteopática envolve o profundo conhecimento anatômico, fisiológico e biomecânico global, relacionando todos os sistemas para formular hipóteses de diagnóstico e aplicar os tratamentos de forma eficaz. A osteopatia diz respeito à relação de corpo, mente e espírito na saúde e doença, enfatizando a integridade

estrutural e funcional do corpo e a tendência intrínseca do corpo, direcionada à própria cura. (BRASIL, 2017).

14. Quiropraxia: É uma abordagem de cuidado que utiliza elementos diagnósticos e terapêuticos manipulativos, visando o tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e de seus efeitos na saúde em geral. São utilizadas as mãos para aplicar uma força controlada na articulação, pressionando além da amplitude de movimento habitual. (BRASIL, 2017).

15. Reflexoterapia: É uma prática que utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Fundamenta-se no princípio de que o corpo é dividido em diferentes regiões e cada uma tem o seu reflexo principalmente nos pés ou nas mãos. (BRASIL, 2017).

16. Reiki: É 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. A terapêutica objetiva fortalecer os locais onde se encontram bloqueios - "nós energéticos" - eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, de forma a restabelecer o fluxo de energia vital. A prática do Reiki, leva em conta dimensões da consciência, do corpo e das emoções, ativa glândulas, órgãos, sistema nervoso, cardíaco e imunológico, auxilia no estresse, depressão, ansiedade, promove o equilíbrio da energia vital (BRASIL, 2017).

17. Shantala: É uma prática de massagem para bebês e crianças, composta por uma série de movimentos pelo corpo, que permite despertar e ampliar o vínculo entre o cuidador e o bebê. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional (BRASIL, 2017).

18. Terapia Comunitária Integrativa: É uma prática de intervenção nos grupos sociais e objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que se a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. (BRASIL, 2017).

19. Yoga: É uma prática que combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. A prática de Yoga melhora a qualidade de vida, reduz o estresse, diminui a frequência cardíaca e a pressão arterial, alivia a ansiedade, depressão e insônia, melhora a aptidão física, força e flexibilidade geral (BRASIL, 2017).

20. Apiterapia: A apiterapia é um método integrativo que utiliza os produtos produzidos pelas abelhas em suas colmeias para promoção e manutenção da saúde, e auxílio complementar no tratamento de algumas patologias. Os produtos são denominados "apiterápicos" e incluem a "apitoxina", a geleia real e o pólen, a própolis, o mel, entre outros. (BRASIL, 2018).

21. Aromaterapia: A aromaterapia é prática terapêutica secular que consiste no uso de concentrados voláteis extraídos de vegetais - os óleos essenciais (OE) - a fim de promover ou melhorar a saúde (BRASIL, 2018).

22. Bioenergética: A bioenergética é uma visão diagnóstica que, aliada a uma compreensão etiológica do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos

em grupos, através de movimentos sincronizados com a respiração, para liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos. (BRASIL, 2018).

23. Constelação Familiar: A constelação familiar é uma técnica de representação espacial das relações familiares que permite identificar bloqueios emocionais de gerações ou membros da família. A constelação familiar busca mostrar com simplicidade, profundidade e praticidade onde está a origem de um distúrbio psicológico, financeiro, físico, ou de relacionamento por meio de um outro nível de consciência em relação ao problema e, desta forma, apresentando ao paciente, uma solução amorosa de pertencimento, respeito e equilíbrio (BRASIL, 2018).

24. Cromoterapia: Com registros de milênios, desde as antigas civilizações, a cromoterapia é a prática terapêutica que utiliza as cores no tratamento de doenças. Nos primórdios de seu uso terapêutico a luz solar era o principal meio utilizado pela forte crença no seu potencial de cura. A cromoterapia procura estabelecer e restaurar o equilíbrio físico e energético do paciente, promovendo a harmonia entre corpo, mente e emoções. (BRASIL, 2018).

25. Geoterapia: A geoterapia utiliza a argila (na cor selecionada de acordo com o objetivo de tratamento) diluída em água em textura “colóide” para ser aplicada no corpo. Essa massa de argila é rica em elementos minerais e estruturas cristalográficas que permitem reações bioquímicas e vibracionais nos tratamentos de saúde. (BRASIL, 2018).

26. Hipnoterapia: A hipnoterapia é um conjunto de técnicas que, por meio de intenso relaxamento, induz o paciente a alcançar um estado de consciência aumentado, com o objetivo de alterar comportamentos causadores de fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas. (BRASIL, 2018).

27. Imposição de Mãos: A imposição de mãos é uma prática terapêutica secular que se baseia na transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com o intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença. Essa prática fundamenta-se na existência de uma energia universal que tende ao equilíbrio. No estado de saúde, esta energia universal flui livremente dentro, através e fora do campo de energia humano, promovendo equilíbrio. Na doença, o fluxo de energia é obstruído ou desorganizado, em desequilíbrio. Desta forma, a imposição de mão, seria um método de reequilíbrio energético (BRASIL, 2018).

28. Ozonioterapia: A ozonioterapia é uma prática integrativa e complementar de baixo custo, segurança comprovada e reconhecida, que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio por diferentes vias de administração com finalidade terapêutica. (BRASIL, 2018).

29. Terapia de Florais: A terapia de florais é uma prática complementar, não medicamentosa que, por meio de essências florais, modifica certos estados vibratórios, auxiliando no equilíbrio energético humano. As essências florais são extratos líquidos naturais, inodoros e altamente diluídos de flores para tratamento de problemas emocionais, atuando em níveis sutis e harmonizando o paciente internamente e no meio em que vive (BRASIL, 2018).