



TEXTO PREPARATÓRIO PARA O ABRASCÃO 2018

Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: situação atual, problemas e estratégias de expansão no Brasil

Charles Dalcanale Tesser – Departamento de Saúde Pública - UFSC
 Islandia Maria Carvalho de Sousa- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fiocruz – PE
 Marilene Cabral do Nascimento - Instituto de Saúde Coletiva – UFF

Introdução

A partir da década de 1960, a OMS vem sugerindo que práticas/saberes de saúde tradicionais ou diversos da biomedicina genericamente, categorizadas como medicinas tradicionais ou alternativas e complementares (MAC), devem ser compreendidas como recursos de cuidado pelos sistemas nacionais de saúde. A justificativa inicialmente era “resolver os problemas de adoecimento de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica no mundo” (LUZ, 2005, p.146). Entretanto, nas últimas décadas houve uma crescente revalorização das MAC, com grande uso, grande legitimação social e progressiva regulamentação institucional das mesmas nos países de alta renda (WHO, 2013), em que o uso da biomedicina está bem estabelecido e disseminado. Isso é paradoxal, pois o grande desenvolvimento científico e tecnológico e a universalização do acesso à biomedicina nos locais com sistemas públicos universais de saúde não gerou um abandono progressivo das MAC (LE FANU, 2000). Ao contrário, elas vêm sendo cada vez mais procuradas em contextos nos quais a medicalização (ILLICH, 1995) permeia a cultura e a identidade das pessoas (ROSE, 2007), inclusive em uma época de biomedicalização geral acentuada (CLARKE ET AL., 2010). No Sistema Único de Saúde (SUS), as MAC foram chamadas práticas integrativas e complementares (PIC), termo que usaremos doravante neste artigo.

Em paralelo, com a Declaração de Alma-Ata (1978) expandiu-se a atenção primária à saúde como estratégia de organização de sistemas públicos universais de saúde, visando universalizar o cuidado clínico-sanitário às populações. Nesse sentido foi decisiva a experiência do National Health Service (NHS) inglês, fundado em 1948, pioneiro na estruturação da APS centrada na medicina geral (hoje chamada medicina de

família e comunidade, no Brasil); e também a experiência cubana, um país pobre com situação e sistema de saúde de país rico (CASTELL-FLORES ET AL., 2015) com APS forte. Apesar das críticas a versões restritas e focalizadas da APS incentivadas pelo Banco Mundial (ATKINSON, 2002), ela vem se consolidando no mundo como o melhor, mais adequado, sustentável, barato e eficaz modo de organização de cuidado à saúde universal.

A força da APS reside na concretização do que Starfield (2002) chamou seus atributos: acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, além de abordagem familiar e comunitária e competência cultural. Nos países com APS forte, esse cuidado é centrado em equipes de profissionais generalistas, cuja referência principal de cuidado clínico é a biomedicina. Evidências mostram que o cuidado baseado em APS (clínica generalista) é de melhor qualidade, gera populações mais saudáveis, têm maior equidade e menos custo que sistemas em que os cuidados são prestados por especialistas (em tipos de doenças ou faixas etárias) (HOMA ET AL., 2015).

Os médicos da APS, assim como em geral, também foram influenciados por esse processo de revalorização das PIC: 46% dos médicos suíços têm alguma formação em PIC (WHO, 2013); no Canadá, 57% das terapias com ervas, 31% dos tratamentos quiropráticos e 24% dos tratamentos de acupuntura são realizados por médicos (WHO, 2003); na Inglaterra, 50% dos médicos generalistas do NHS usam ou indicam alguma PIC (BMJ, 2003); 32% dos médicos da França e 20% dos da Alemanha usam PIC (JONAS E LEVIN 2001); na Holanda, 50% dos médicos generalistas prescrevem plantas medicinais, fazem terapias manuais e ou acupuntura (WHO, 2003) e 45% deles consideram os medicamentos homeopáticos eficazes (JONAS E LEVIN 2001).

Também houve um aumento crescente no volume de pesquisas científicas sobre várias dessas práticas, tanto com foco no seu modo de funcionamento quanto sua eficácia e segurança (WHO, 2013). Parte do uso dessas terapias se dá de forma autônoma, antes, depois ou em paralelo ao cuidado biomédico, considerado apenas um em um pluralismo de cuidados à saúde (HELMAN, 2009).

Uma interpretação razoável para o *boom* científico e institucional das PIC é que ele foi induzido pela procura maciça dessas práticas pelas populações (EISENBERG, 1993,1998). Várias razões explicam ou tornam compreensível essa procura: nas regiões de baixa renda, as PIC são relacionadas a “adequação cultural, fácil acesso e eficácia relativa associados ao pequeno acesso à biomedicina” (TESSER, 2009, p.1733). Além disso, são relatadas insatisfações generalizadas com a biomedicina: iatrogenias muito comuns pelo uso irrestrito de fármacos, acentuadas com o envelhecimento populacional;

abordagem materialista, invasiva, intervencionista, impessoal, pouco harmoniosa, localista e pouco integral; além de limites diagnósticos e terapêuticos. Por outro lado, há também valorização de virtudes atribuídas a muitas PIC: maior estímulo ao reequilíbrio e autocura do doente, maior proximidade entre curador e usuário, maior satisfação com a abordagem filosófica, cosmológica e de significação (holística) dos adoecimentos, melhor experiência no cuidado (ANDRADE, 2006; TESSER, 2009). Além de aspectos pragmáticos, parece haver também movimentos de mudança cultural geral na direção de uma maior revalorização das PIC (TELESI JÚNIOR, 2016; SOUZA E LUZ, 2009; NASCIMENTO ET AL, 2013).

Embora o uso das PIC se dê generalizadamente, comum em doenças crônicas e também explorado em situações de grande gravidade (por exemplo, medicina paliativa e oncologia [SIEGEL; BARROS, 2013]), há consenso antigo sobre seu local mais importante nos sistemas de saúde ser a APS (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978; OMS, 2003; MCWHINEY, 2010; TESSER E SOUSA, 2012). Em parte, isso se deve as mesmas razões da procura das PIC acima mencionadas, em que se destacam: a) a característica das PIC de estimularem o potencial de autocura dos sujeitos (LEVIN E JONAS, 2001), mais efetivas se utilizadas em situações iniciais ou menos graves, o que é o caso da APS; b) sua reconhecida aceitação pelos vários grupos sociais; c) a maior e mais fácil participação dos doentes nos cuidados (ANDRADE, 2006), que, nos adoecimentos crônicos, cada vez mais prevalentes na APS, são geradores de maior iatrogenia motivadora da procura por PIC; e) o caráter menos iatrogênico em geral dessas práticas, comparativamente à biomedicina; f) (decorrente dos anteriores) o seu potencial de redução de danos (TESSER E BARROS, 2008); g) sua contribuição para uma ampliação da capacidade interpretativa e terapêutica para sintomas não enquadráveis na nosologia biomédica, estimados na APS em 15-30% das novas consultas e 50% das novas consultas em clínicas hospitalares, e cujos pacientes custam 20-25% mais (PRICE ET AL, 2012; EDWARDS ET AL, 2010; CHITNIS, ET AL, 2011; JCP-MH, 2017); h) um maior compartilhamento simbólico com os usuários, facilitador do fluxo de orientações e cuidados, devido proximidade das cosmologias de várias PIC com a visão de mundo dos usuários (ASTIN, 1999),

No Brasil, embora desde a década de 1980 haja registro de experiências no SUS com PIC, estas ganharam mais visibilidade e crescimento após a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006), que reconheceu no SUS cinco tipos de práticas: homeopatia, acupuntura/medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, uso de plantas medicinais e de águas termais e minerais (ou termalismo). Em 2017 houve ampliação para 19 modalidades: arteterapia, ayurveda, biodança, dança

circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga (BRASIL, 2017). Não houve com a PNPIC investimento financeiro adicional nas PIC pela União, sendo uma das poucas, senão talvez a única, Política Nacional da área da saúde aprovada sem orçamento próprio, para além do que já havia antes de 2006.

A PNPIC priorizou inserção das PIC na APS. Elas são pontencializadoras da transformação e ampliação do cuidado nesse ambiente, ao expandirem o leque de opções terapêuticas, comumente baseadas na prescrição de fármacos e ou estilos de vida (restrição de hábitos, realização de atividades físicas e dietas), podendo ainda ser úteis como recursos de redução de danos e de promoção da saúde (TESSER; BARROS, 2008; SOUSA; TESSER, 2012; TESSER, 2009).

O objetivo deste artigo é apresentar: a) uma breve análise da situação atual das PIC no SUS com foco na APS, esboçando um diagnóstico situacional e sintetizando o ‘estado da arte’ das PIC na APS brasileira; b) avanços e problemas da inserção e expansão das PIC na APS; e c) estratégias e propostas para superação das dificuldades. Partimos da premissa de que a APS ou atenção básica brasileira deve incorporar no cuidado ali realizado as PIC. Esses objetivos atravessam três temas relevantes para a inserção progressiva das PIC na APS: 1- expansão institucional para aumentar sua oferta e democratizar o acesso às PIC na APS; 2- pesquisa sobre as PIC (eficácia, segurança, modos de ação) e sobre as experiências institucionais de sua oferta; e 3- formação ou capacitação de profissionais em PIC, necessárias para o exercício e a oferta destas práticas na APS. Este dois últimos temas se justificam pelo fato das PIC estarem, no seu grosso, fora do escopo da formação dos profissionais e das instituições de pesquisa científica (universidades) no Brasil, motivo pelo qual tornam-se estratégicos para a inserção das PIC na APS.

Como métodos, recorremos ao conjunto dos documentos oficiais a respeito do tema e a um apanhado das pesquisas realizadas no país na última década, assistemático e focado nos nossos objetivos. Trata-se, pois, de uma revisão narrativa assistemática focada na contemporaneidade, articulada com uma análise de principais problemas e estratégias para sua superação. O texto está estruturado em três partes, relativas respectivamente aos três temas acima elencados.

Presença institucional e expansão das PIC na APS

Segundo o último informe do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL 2017), a oferta de PIC em 2016 existia em 9.470 estabelecimentos de saúde distribuídos em 56% (3.097)

dos municípios brasileiros. Essa oferta estava concentrada nas capitais, principalmente nas regiões Sul e Nordeste. A maioria destes estabelecimentos são públicos e de administração municipal (APS). Um mesmo estabelecimento de saúde pode ofertar mais de uma modalidade de PIC; homeopatia e acupuntura, por exemplo, registradas pelo MS como serviços de PIC. Em 2017 (jan a set), foi observada a oferta de 8.575 serviços (Tabela 1).

TABELA 1
Oferta de serviços de PIC por tipo de estabelecimento. Número, percentual e distribuição dos serviços por 100.000 habitantes. Brasil, Jan a Set 2017.

Tipos de estabelecimentos	No. de Serviços^a	% de Serviços	No. de Serviços por 100.000 hab^b
Academias da Saúde ^c	424	4,9	0,21
Centros de Apoio à Saúde da Família	167	1,9	0,08
Centro de atenção Psicossocial	222	2,6	0,11
Centros de Saúde/ESF ^d	5.547	64,7	2,69
Clínicas Especializadas	1.105	12,9	0,54
Consultórios Privados	337	3,9	0,16
Hospitais Gerais e Especializados	294	3,4	0,14
Policlínas	325	3,8	0,16
Outros	154	1,8	0,07
Total	8.575	100,0	NA

Fonte: TABNET Datasus (17)

(^a) Pode haver mais de uma PIC por tipo de estabelecimento.

(^b) Estimativa da população em 2016: 206.114.067 habitantes.

(^c) Promovem práticas corporais (lian kung, tai chi chuan, yoga etc.), modos saudáveis de vida, entre outros, por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais (18)

(^d) Centros de Saúde e unidades da Estratégia de Saúde da Família constituem o sistema público de atenção primária à saúde no Brasil.

Aproximadamente 78% dessa oferta está na APS, sobretudo na Estratégia Saúde de Família (ESF), principal modalidade de organização da APS, e nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), considerados pertencentes à APS. Das equipes de NASF visitadas no segundo ciclo do PMAQ-AB (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica), mais de 20% as praticavam. Apenas 16,8% da oferta de PIC no SUS estão na média complexidade (clínicas especializadas e policlínicas) e 3,4% no cuidado hospitalar e de alta complexidade (Tabela 1).

Na ESF (APS), durante o ano de 2016, foram contabilizadas 2.427.919 ações em PIC, o que corresponde a 2.203.661 atividades individuais (1,069 por 100.000 habitantes) e 224.258 atividades coletivas (fitoterapia e práticas corporais e mentais).

Nos atendimentos individuais após os 15 anos de idade, o atendimento ao sexo feminino é mais de duas vezes maior que ao masculino (BRASIL 2017). A Tabela 1 e os relatórios ministeriais mostram que há grande insuficiência na oferta de PIC, tanto no que se refere a atividades quanto a número de serviços, que para a dimensão do SUS e do Brasil são irrisórios.

Os dados oficiais apontam um crescimento e uma presença importantes das PIC na APS na última década (Brasil, s/d). Todavia, quando estes dados são comparados com os de um inquérito telefônico nacional dirigido a todos os gestores municipais de saúde (SOUSA ET AL, 2016), que obteve respostas de 1.617 deles, aparecem discrepâncias. O inquérito identificou apenas 365 municípios com oferta de alguma PIC nos serviços públicos entre 2015 e 2016. Essa grande disparidade merece elucidação, sendo que talvez ela se deva ao fato de que grande parte da oferta de PIC no SUS seja realizada pelos profissionais da ESF individualmente nos seus serviços, sem apoio ou ciência dos gestores e conseqüentemente sem institucionalização significativa da oferta.

Vale salientar que os dados do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, s/d) e do MS apresentam variações quanto à distribuição e a oferta de PIC. Eles dependem do momento da coleta no sistema, o que demonstra frágil institucionalização, visto que grande proporção da oferta de PIC na APS parte da iniciativa dos profissionais. Nesses casos, se o profissional sai do estabelecimento a oferta é extinta ali.

Segundo o inquérito nacional mencionado, as PIC ofertadas com maior frequência foram plantas medicinais e fitoterapia (30%), seguidas da acupuntura (16%) e auriculoterapia (11%), diferenciadamente entre as regiões do país. Já nos dados oficiais do MS as PIC mais frequentes são as práticas corporais, com 53% da oferta, seguidas da acupuntura (20%), enquanto a fitoterapia aparece com apenas 6%. Quanto à maior concentração da oferta na APS, por meio da ESF, houve convergência entre os dados do MS e os do inquérito, segundo o qual 71% dos municípios que declararam ofertar PIC o faziam na ESF.

Pouco se sabe sobre quem são os profissionais que realizam as PIC. Os dados disponíveis são insuficientes, pois a maioria delas pode ser realizada por profissionais da ESF, sem registro específico ou vínculo formal em PIC. Os profissionais com registro específico em PIC no país são poucos (4.104), com predominância de acupunturistas (médicos [38,4%] e fisioterapeutas [19%]) e homeopatas (médicos [31,8%]) (BRASIL, MS, s/d). Uma comparação com estudo de 2011 (SOUSA ET AL, 2011) mostra que há poucas alterações nesse perfil, reforçando a hipótese de que são os

profissionais da ESF, sem registro específico em PIC, os protagonistas da ampliação destas práticas na APS. Cada vez que um profissional pratica uma PIC e registra seu uso, o município respectivo aparece nos dados oficiais como ofertando PIC. Isso não é uma mentira completa, pois um profissional de fato registrou a prática, mas é uma falácia relativa estender essa prática individual de um profissional ao município todo. Se ele pratica mais de uma PIC, isso é creditado também ao município. A Tabela 2 mostra o perfil da oferta pelas equipes de APS no Brasil nos anos de 2016 e 2017 avaliadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). É possível identificar que uma mesma equipe pode oferecer mais de uma prática e assim o número de equipes está superestimado.

TABELA 2

Número de equipes da APS com oferta em PICS em 2016, segundo dados do PMAQ

Acupuntura ¹	1583	12,7
Artererapia ²	737	5,9
Auricoacupuntura ¹	908	7,3
Ayurveda ²	23	0,2
Biodança ²	257	2,1
Dança circular ²	606	4,9
Homeopatia ¹	1224	9,8
Medicina antroposofica ¹	242	1,9
Musicoterapia ²	423	3,4
Naturopatia	77	0,6
Plantas Medicinais e fitoterapia ¹	1854	14,9
Práticas corporais da MTC**	2067	16,6
Reiki ²	127	1,0
Shantala ²	603	4,8
Termalismo/ crenoterapia ¹	71	0,6
Terapia comunitária integrativa ²	1336	10,7
Yoga ²	332	2,7
Total	12470	100

** MTC = Medicina Tradicional Chinesa.

¹ Implantadas na PNPIC em 2006.

² Ampliação da PNPIC de 2017.

Fonte: Brasil, 2018.

Uma sistematização recente (SOUSA E TESSER, 2017) de estudos em cinco grandes municípios identificou quatro tipos básicos de inserção das PIC nos serviços do SUS e na APS, geralmente associados entre si e com variações. O primeiro é a prática de PIC pelos profissionais convencionais da APS, sobretudo nas equipes de Saúde da Família. Neste caso, a integração das PIC com o cuidado biomédico é ampla. O perfil da demanda e o acesso às PIC são os mesmos da APS em geral. Tais profissionais têm

formação prévia em PIC ou foram capacitados em serviço. O acesso às PIC nesta modalidade é restrito ao local onde tais profissionais atuam.

O segundo tipo de inserção ocorre quando profissionais lotados na APS dedicam-se exclusivamente à prática de uma PIC. A integração com a APS é menor, o acesso é direto e/ou referenciado e o perfil da demanda tende a ser mediado pela referência de profissionais biomédicos. Este tipo exige o acréscimo de profissionais especializados em PIC às equipes de APS (ESF), o que coloca limites à sua expansão, consideradas as restrições na composição e financiamento das equipes da ESF e seu subdimensionamento atual.

O terceiro tipo ocorre quando profissionais matriciadores na APS praticam PIC, atendendo usuários referenciados individualmente e em atividades coletivas (estas muitas vezes de acesso direto aberto). Além de atender usuários referenciados, individualmente, eles podem colaborar na educação em serviço de seus colegas em PIC.

Por último, o quarto tipo ocorre quando uma PIC está em ambulatórios especializados (biomédicos ou só de PIC, estes existentes em poucas cidades (LIMA ET AL, 2014)) e hospitalares, em que os usuários são referenciados. Os ambulatórios de especialidades com homeopatas e acupunturistas (ou serviços só de PIC) exemplificam este tipo de inserção, mas seu isolamento habitual da APS e a tendência de superlotação dos mesmos (LIMA et al, 2014) contraindicam esta modalidade como via de expansão das PIC no SUS, embora o exercício especializado delas seja necessário, mas com matriciamento para socialização desses saberes/práticas e negociação das referências e devoluções de usuários para a APS.

Os dados disponíveis de pesquisas sobre PIC na APS brasileira investigando a percepção de profissionais e usuários convergem para uma satisfação bilateral com o uso e a efetividade das PIC por quem as usa (TESSER, 2012, FAQUETI E TESSER, 2016, SOUZA E VIEIRA, 2005; NAGAI; QUEIROZ, 2011; MONTEIRO; IRIART, 2007; SANTANNA ET AL, 2008; SILVA; TESSER, 2013). Quando as pesquisas investigam o conjunto dos profissionais da APS, a grande maioria não praticante de PIC, mostra um desconhecimento relativo das mesmas e simultaneamente interesse em aprender sobre elas (S. THIAGO E TESSER, 2009; ROSA ET AL, 2011).

Uma ausência digna de nota na literatura e nas normativas oficiais são as PIC relativas às terapias tradicionais indígenas e afro-brasileiras, até agora não contempladas na PNPIC, sobre as quais não dispomos de dados gerais registrados para além de estudos antropológicos, que tendem a ficar restritos aos pares dessa área acadêmica.

Uma estratégia para a expansão das PIC adequada à situação da APS brasileira é a associação do primeiro com o terceiro tipo de inserção descritos acima (SOUSA E TESSER, 2017), que apenas não contempla os hospitais (estes têm um dinâmica própria e vêm aos poucos valorizando as PIC, sobre o que não dispomos de dados gerais além do acima mencionado). Nesta associação a inserção das PIC é via profissionais convencionais da APS (saúde da família) e dos NASF ou de outros serviços que pratiquem mas também matriciem em PIC, inserindo essas práticas dentro do cotidiano do cuidado na APS.

De um ponto de vista cético e negativista quanto à eficácia e segurança das PIC, e considerada a situação de relativa desregulamentação ou pouca legitimação científico-profissional-institucional de várias delas, elas podem ser e vem sendo testadas na APS empiricamente, sob a longitudinalidade e o olhar dos profissionais da APS praticantes, cuja proximidade e competência biomédica funcionam como uma espécie de proteção contra possíveis efeitos adversos das PIC, embora eles sejam considerados geralmente menores e menos frequentes que os dos tratamentos convencionais.

Essa estratégia implica em incentivar educação permanente em PIC e a sua inserção na formação dos profissionais, graduada e pós-graduada, ambas hoje relativamente raras no Brasil; o que é uma frente estratégica e desafiadora de trabalho retomada nos próximos tópicos.

Formação em PIC e APS

A formação em PIC no país hoje é insuficiente e difusa, com limitações tanto na oferta quanto na qualidade. Ela está concentrada em instituições de ensino privadas, principalmente em cursos de pós-graduação *lato sensu*. Isto é reconhecido como um dos maiores desafios para a ampliação das PIC no SUS (TESSER, 2009; BRASIL, 2011; BARROS ET AL, 2011; AZEVEDO; PELICIONI, 2011; SOUSA ET AL, 2011; TEIXEIRA, 2017). Por outro lado, as formações existentes específicas em PIC, de modo geral, não contemplam o SUS ou a APS como lócus fundamental de suas práticas, e tendem a reproduzir modelos de formação - com impacto imediato na produção de cuidado - adequados à realidade de países desenvolvidos ou da prática privada, que geralmente não atendem às necessidades da APS ou do SUS.

Quanto à formação em serviço, o MS oferta cinco cursos a distância pela internet sobre PIC no ambiente virtual de aprendizagem do SUS, a maioria de caráter introdutório, o que tem representado um estímulo aos profissionais da rede pública de saúde interessados no tema (BRASIL, 2017). Além desses, um curso semipresencial de

auriculoterapia para profissionais de nível superior da APS, financiado pelo MS e realizado como curso de extensão universitária (75 horas a distância e 5 horas presenciais) foi realizado em 2016-17, com polos regionais em 21 estados brasileiros, capacitando mais de quatro mil profissionais (BOTELHO ET AL., 2017).

Algumas secretarias de saúde ofertam ações de educação permanente a seus profissionais e/ou cursos de especialização em uma ou mais PIC, especificamente voltados para a APS. A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo destaca-se com a oferta de educação continuada em Homeopatia para médicos da rede municipal e das equipes de Saúde da Família; criou uma residência multiprofissional em PIC, pioneira no país; oferece cursos de aprimoramento médico em prescrição de fitoterápicos, entre outros (PREFEITURA DE SÃO PAULO, S/D). A prefeitura de Florianópolis vem desde 2010 oferecendo cursos teórico-práticos introdutórios a algumas PIC aos profissionais da ESF (SANTOS E TESSER, 2012), incluindo um curso de acupuntura para médicos da APS (MORE ET AL, 2016).

Tais iniciativas ainda não foram mapeadas e investigadas, ocorrem mais em cidades maiores, mas podem ter um papel relevante frente a ignorância significativa e ao interesse dos profissionais já em atividade na APS em relação às PIC (S. THIAGO E TESSER, 2009; SANTANNA, 2009; GONTIJO; NUNES, 2017). Tanto via digital (cursos à distância) quanto presencial e semipresencial, ações de educação permanente e continuada em PIC podem ter um papel ainda desconhecido na sua oferta e institucionalização na APS. Esta é uma estratégia promissora timidamente iniciada que merece maior atenção e exploração, cabendo indução financeira federal para que mais municípios o façam.

Quanto à inserção das PIC na formação universitária em saúde, no Brasil, ela se mostra apenas inicial, distante da experiência de outros países, e muito acanhada. Estudo de Azevedo e Pelicioni (2011) indicou que o ensino das PIC constava no currículo de cerca de apenas 10% do conjunto de cursos públicos e privados de medicina oferecidos no país. No cenário internacional, esses conteúdos estavam presentes em mais de 80% das escolas médicas canadenses em 1988, sendo acupuntura e homeopatia as mais ensinadas; em cerca de 40% das escolas médicas da União Europeia em 1999; e em 64% da 117 escolas médicas norteamericanas pesquisadas em 1998 (TEIXEIRA, 2017; OLIVEIRA ET AL., 2017). Os estudos sobre essas iniciativas mostram interesse dos alunos no aprendizado, várias vias de introduzir o tema no ensino graduado e grande importância disso (CHRISTENSEN, M.C.; BARROS, N.F, 2010; FEITOSA ET AL., 2016).

Nas universidades públicas brasileiras o ensino de PIC está sendo introduzido gradativamente em cursos de graduação da área da saúde e, em menor número, na especialização. Estudo no Rio de Janeiro em 2014 identificou 46 disciplinas abordando PIC em cursos de saúde de seis instituições públicas de ensino superior, a maioria na graduação, cinco projetos de extensão, três cursos de especialização (dois em Homeopatia e um em Acupuntura) e duas ligas acadêmicas. As disciplinas estavam distribuídas em quase todas as subáreas da saúde, estando mais concentradas em cursos de Medicina, Farmácia e Enfermagem. As PIC mais frequentes foram Homeopatia, Meditação e Práticas Corporais (NASCIMENTO ET AL., 2018). O perfil das disciplinas se mostrou predominantemente opcional e informativo, com conteúdo voltado mais para as diferenças paradigmáticas do que para a integração das PIC no cuidado, o que, se é relevante de ser reconhecido e compreendido, pode dificultar uma efetiva complementaridade entre distintos saberes e práticas na perspectiva da integralidade do cuidado. Disciplinas optativas sobre PIC existem em várias universidades brasileiras, mas parece haver resistência ou pouca evolução para uma incorporação do tema pelos currículos formais.

Para uma integração mais efetiva destas práticas nas ações de saúde, faz-se necessário que o ensino das PIC seja ofertado a um maior número de estudantes nos diversos cursos de saúde, ao longo de sua formação profissional, desde a graduação até a pós-graduação, com possibilidade de qualificação prática para aqueles que manifestem esse interesse. Esta é uma estratégia que demanda ações macropolíticas educacionais federais, dado o atraso do processo da incorporação destes conteúdos nas universidades e cursos na área da saúde no Brasil. Nesse sentido, faz-se necessário forte indução e ação dos Ministérios da Saúde e Educação para a inserção oficial do tema das PIC como conteúdo obrigatório nos cursos de graduação da área da saúde, sobretudo nos cursos cujos profissionais estão envolvidos diretamente na assistência aos usuários, especialmente na APS; e estímulo a criação de cursos de pós-graduação nessa área (especializações etc), associados à pesquisa, conforme próximo tópico.

As ações de educação permanente nos serviços de saúde potencializam a formação continuada, mas não a substituem. A integração de diferentes paradigmas e práticas de cuidado na formação profissional em saúde pode contribuir para melhorar o relacionamento com pacientes, ampliar a integralidade do cuidado e tornar o trabalho em saúde mais resolutivo (NASCIMENTO ET AL., 2018; BROOM; ADAMS, 2013; HARAMATI ET AL., 2013; OLIVEIRA ET AL., 2017). Nas instituições de ensino superior públicas, destaca-se ainda

a importância de que o ensino de PIC seja orientado para os diversos cenários do SUS, com ênfase especial para a atenção básica, conforme preconiza a PNPIC (BRASIL, 2006).

Pesquisa em PIC no Brasil e na APS

Nas últimas décadas observa-se o crescimento no Brasil de pesquisas em PIC. Isto pode ser evidenciado analisando três aspectos: fomento à pesquisa, grupos/linhas de pesquisas e publicações. No que se refere ao fomento, Sant'ana (2016) analisou, entre os anos de 2002 a 2014, 173 (cento e setenta e três) editais, sendo 172 (cento e setenta e dois) oriundos do Sistema Pesquisa Saúde. Destes, 110 (cento e dez) eram editais do tipo PPSUS (estaduais) e 62 (sessenta e dois) editais do tipo Fomento (nacionais). Mostrou que apesar das PIC não terem uma sub-agenda de pesquisa, foram contempladas em 19 editais, perfazendo 1% de todo o investimento, principalmente em editais do campo biomédico. O Nordeste ocupou primeiro lugar no volume de investimentos nesse tema, recebendo R\$ 1.584.274,84 para execução de 32 projetos.

Em 2013, a pesquisa em PIC teve seu primeiro edital específico, o único durante os 10 anos de PNPIC. O edital de Chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE -Decit No 07/2013 - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde contemplou pesquisadores de 10 estados. Os projetos investigaram as seguintes PIC: acupuntura (26%), fitoterapia (21%), auriculoterapia (10%), medicina antroposofica (4%), homeopatia (2%), meditação (2%), investigação de mais de uma PIC (16%) e 19% não especificou nenhuma PIC. Tais achados denotam que o Edital contemplou o que era naquele momento institucionalizado pela PNPIC, no entanto, como se viu acima, é vasta a diversidade de PIC existente no SUS e carente de mais investigação.

Tal diversidade pode também ser vista quando são analisados os grupos de pesquisa no Diretório do CNPq. Em 2017, observou-se a presença das PIC nesse diretório, que aparecem com diferentes designações, categorias e ou conceitos, tais como: medicina alternativa / complementar / integrativa, racionalidades médicas/saúde, vibração mecânica, autohumanescente, vitalismo, entre outros; indicando a heterogeneidade e a polissemia que envolvem o tema. Os grupos de pesquisas estão inseridos em diferentes áreas como a biofísica, sociologia, medicina veterinária, agronomia, outras áreas da saúde; sendo o maior número da área de saúde coletiva, com 27 grupos. Ao todo, são 59 grupos de pesquisas que estudam especificamente as PIC ou que possuem uma linha de pesquisa vinculada a elas. Nota-se a necessidade de investigações teóricas que possam produzir um arcabouço teórico integrador, e que

proporcionem a construção de análises mais aprofundadas em cada campo. No momento, observa-se que entre as categorias e linhas de pesquisas apresentadas pelos grupos há uma generalização do termo PIC que se tornou um "guarda chuva" para os mais diferentes objetos de investigação, inclusive fora do campo da saúde. Apesar da diversidade de grupos de pesquisa, a produção científica nacional é bem pequena. Na base de dados BIREME, entre as 7.243 publicações científicas sobre PIC entre os anos de 2006 a 2016, apenas 285 (3%) tem afiliação institucional brasileira. Porém, nota-se que 69% destes têm também como descritor 'atenção primária em saúde', ressaltando a potente relação das PIC com a APS em pesquisa.

Uma revisão de literatura entre 2002 e 2011 sobre PIC na APS na Biblioteca Virtual em Saúde e Pubmed/Medline resultou em apenas 22 artigos brasileiros, de um total de 180 publicações de acesso aberto contendo no título ou resumo pelo menos um dos descritores selecionados (homeopatia, acupuntura, fitoterapia, prática(s) corporai(s) associado(s) à atenção primária à saúde, em espanhol, inglês ou português). Houve dispersão em 106 periódicos, indicando não haver veículos especializados em PIC na APS. 80% das publicações eram europeias (quase 50%), principalmente inglesas, provavelmente pela força da sua APS, e norte-americanas (30%). Pouco mais da metade tinham abordagem quantitativa (sobretudo ensaios clínicos), 30% abordagens qualitativas e 20% discutiam políticas públicas, promoção e gestão do uso das PIC (CONTATORE ET AL, 2015).

As PIC merecem amplo estudo tanto do ponto de vista de sua efetividade quanto de sua constituição enquanto saber, funcionamento e técnica. Há que desviar da tendência atual de reduzir todas elas às teorias e modelos biomédicos, o que está envolvido em grande parte das polêmicas sobre as evidências de sua eficácia, já que em geral são comparadas com a biomedicina a partir da nosologia, teorias e práticas terapêuticas desta última (SOUZA E LUZ, 2011; CONTATORE ET AL, 2015; TESSER, 2013), como se fossem a única possibilidade de entendimento dos processos de saúde-doença. Várias PIC podem e devem ser investigadas na sua ação sem necessariamente se partir da biomedicina como verdade *a priori*, o que complexifica as metodologias e torna-as ao mesmo tempo mais pragmáticas, menos fechadas ou cegas para os seus próprios pressupostos e mais dialogais como os saberes de outros sistemas complexos de cuidado e cura, o que está ainda em inicial desenvolvimento (TESSER, 2018).

As PIC concentram em si, devido há monotonia das práticas terapêuticas biomédicas, o importante e estratégico desafio de romper com o oligopólio tecnológico da farmacoterapia no cuidado terapêutico da APS, excessivamente medicalizador e

iatrogênico. Nesse sentido, elas devem ser consideradas uma rica fonte de recursos interpretativos e terapêuticos a ser investigada sem preconceito (e sem a pressuposição de que as teorias vigentes na biomedicina sejam parâmetro de verdade), a diversificar as abordagens das miríadas de problemas trazidos pelos usuários aos profissionais da APS, dos quais 15 a 30% são medicamente inexplicáveis (JCP-MH, 2017).

Considerações finais

As PIC podem e devem ser inseridas disseminadamente na APS, e também em equipes e serviços especializados que matriciem os generalistas da APS, contribuindo para sua educação permanente (além de em espaços hospitalares em que estão também crescendo). Elas parecem estar aos poucos mais presentes na APS, mas não sabemos ao certo como e quanto. O grande crescimento nos dados oficiais provavelmente está associado mais à possibilidade recente de seu registro e à forma de coleta e divulgação dos dados pelo MS do que a um consistente movimento de inserção institucional dessas práticas nos serviços de APS.

Há grande diversidade de práticas em uso, e bem pouca pesquisa sobre elas e sua oferta no SUS e na APS. Sua aceitação no mundo e no Brasil parece incontestável, mas seu potencial de contribuições ao cuidado na APS ainda é muito pouco explorado. Sua incorporação nas graduações das profissões da saúde é vergonhosamente incipiente, gerando grande ignorância nos profissionais formados. Logo, a prática existente na APS hoje é protagonizada fundamentalmente pelos profissionais que se capacitam em PIC por conta própria. Experiências pioneiras de poucos municípios em educação permanente em PIC tem mostrado algum resultado na socialização de algumas delas, mas isso é localizado e não tem se expandido em velocidade significativa, talvez devido à fragmentação da APS no país, que depende totalmente dos gestores municipais (o que indica a necessidade de reorganizá-la regionalmente [Santos e Campos, 2015]).

O MS deve investir em pesquisa e ensino graduado e pós-graduado, sobretudo voltado aos profissionais em formação e em atividade, para criar uma massa crítica de pesquisadores, professores e praticantes de PIC tanto nas universidades como nos serviços, de modo a que elas sejam melhor conhecidas em suas potencialidades e limites. E também estimular, inclusive financeiramente, os municípios que as ofertam aos usuários e capacitam os trabalhadores, de forma institucionalizada. Na APS, as PIC são um grande potencial de recursos interpretativos, terapêuticos e promocionais em saúde para os profissionais e usuários, quase todo por explorar.

Referências

- ANDRADE, J.T. *Medicinas alternativas e complementares: experiência, corporeidade e transformação*. Salvador: EdUFBA: EdUECE, 2006.
- ASTIN, J.A. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA*, v.279, n.19, p.1548-53, 1998.
- ATKINSON, S. Political cultures, health systems and health policy. *Social Science & Medicine*, Boston, v.55, n.1, p.113-124, 2002.
- BMJ. Half of general practices offer patients complementary medicine. *BMJ*, v.327, n.7426, p.1250-f (29 de novembro), 2003. Disponível em: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7426/1250-f?eaf>. Acessado em 11/01/2018.
- BOTELHO, L.J. et al. *Formação em Auriculoterapia para profissionais de saúde da Atenção Básica*. Relatório Final. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.
- BRASIL, MS (s/d). Informações de Saúde (TABNET) [acesso 7 Dez 2017]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
- BRASIL (s/d). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [acesso 27 Nov 2017] Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>
- BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / MS*, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. PNPIC - Informe Maio 2017. Departamento de Atenção Básica, MS –DAB/MS, 2017 [acesso 3 Dez 2017]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_pics_maio2017.pdf
- BRASIL.. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. (Banco de dados gentilmente cedido a um dos autores pela Coordenação). 2018.
- CASTELL-FLORES SERRATE, P.; GISPERT ABREU, E. Á.; LOZANO LEFRAN, A.. Cobertura universal de salud y conciliación de criterios en base a la experiencia cubana. *Rev Cubana Salud Pública*, Ciudad de La Habana, v.41, supl.1, 2015. [acesso 7 Feb 2018]. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500006&lng=es&nrm=iso>.
- CHITNIS, A., DOWRICK, C., BYNG, R., TURNER, P., SHIERS, D. *Guidance for health professionals on medically unexplained symptoms (MUS)*. In Royal College of General Practitioners RCoP, Trailblazers, National Mental Health, editor. London: The Forum for Mental Health in Primary Care, 2011.
- CHRISTENSEN, M.C.; BARROS, N.F. Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v.34, n.1, p.97-105, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000100012>.
- CLARKE AE, MAMO L, FOSKET JR, FISHMAN JR, SHIM JK. *Biomedicalization: technoscience, health, and illness in the U.S*. Durhan: Duke University Press, 2010.
- CONTATORE, O.A. et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3263-3273, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.00312015>.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. 1978. Disponível em: <http://cmds2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaracao%20Alma-Ata.pdf> Acesso 2 Feb 2018.
- EDWARDS, T. M.; STERN, A.; CLARKE, D. D.; IVBIJARO, G.; KASNEY, L.M. The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature. *Mental Health in Family Medicine*, v.7, n.4, p.209-221, 2010.
- EISENBERG, D.M. et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA*, v.280, n.18, p.1569-1575, 1998.
- EISENBERG DM, KESSLER RC, FOSTER C, NORLOCK FE, CALKINS DR, DELBANCO TL. Related Articles, Links Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *N Engl J Med*. v.328, n.4, p.246-52, 1993.

- FAQUETI, A, TESSER, C.D. Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC: percepção de usuários. *Cien Saude Colet* [periódico na internet](2016/Ago). [acesso 7 Fev 2918]. Disponível em:
<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/Utilizacao-de-medicinas-alternativas-e-complementares-na-atencao-primaria-a-saude-de-florianopolissc-percepcao-de-usuarios/15829>
- FEITOSA, M.H.A. et al. Inserção do Conteúdo Fitoterapia em Cursos da Área de Saúde. *Rev. bras. educ. med.*, v.40, n.2, p.197-203, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e03092014>
- GONTIJO, M.B.A.; NUNES, M.F.. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.301-320, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00040>.
- HELMAN, C.G. *Cultura Saúde e Doença*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- HOMA, L et al. A Participatory Model of the Paradox of Primary Care. *The Annals of Family Medicine*, v.13, n.5, p.456-465, 2015.
- ILLICH, I. *Limit to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Marion Boyars, 1995.
- JCP-MH. The Joint Commissioning Panel for Mental Health (JCP-MH). *Guidance for commissioners of services for people with medically unexplained symptoms*. 2017. Disponível em:
<https://www.jcpmh.info/wp-content/uploads/jcpmh-mus-guide.pdf> Acesso em 21 fev 2018.
- LE FANU, J. *The rise and fall of modern medicine*. London: Carroll & Graf, 2000.
- LEVIN, J.S.; JONAS, W.B. (editores) *Tratado de medicina complementar e alternativa*. São Paulo: Manole, 2001
- LIMA, K.M.S.V, SILVA, K.L, TESSER, C.D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface (Botucatu)*, v.18, n.49, p.261-272, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0133> .
- LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*, v.15, supl, p.145-176, 2005.
- MCWHINNEY, I.R. *Manual de medicina de família e comunidade*. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- MONTEIRO, D.A.; IRIART, J.A.B. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: Representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(8):1903-1912.
- MORÉ, A.O.O.; TESSER, C.D.; MIN, L.S.. Integrating acupuncture into primary health care: the experience of an educational model implemented within the Brazilian Unified Health System in Florianópolis. *Acupuncture in Medicine*, v. 34, p. 476-481, 2016.
- NAGAI, S.C, QUEIROZ, M.S. Medicina Complementar e Alternativa na Rede Básica de Serviços de Saúde de Campinas: uma aproximação qualitativa. *Ciênc. saúde colet*. 2011; 16(3):1793-1800.
- NASCIMENTO, M.C.; BARROS, N.F.; NOGUEIRA, M.I.; LUZ, M.T. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(12): 3595-3604.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra, 2002.
- PRICE, J.R. Medically unexplained physical symptoms. *Medicine*, v. 40, n.12), p.644-646, 2012.
- ROSA, C.; CAMARA, S.G.; BERIA, J.U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.311-318, 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100033>.
- ROSE, N. Beyond medicalisation. *Lancet*, v.369, n.9562, p.700-702, 2007. doi:10.1016/S0140-6736(07)60319-5
- S. THIAGO, S.C.; TESSER, C.D. Terapias complementares na percepção de médicos/enfermeiros da Saúde da Família de Florianópolis. *Rev. Saúde Pública*, v.45, n.2, p.249-257, 2011. doi: 10.1590/S0034-89102011005000002
- SANT'ANA, V. *Análise do fomento do SUS à produção científica em práticas integrativas e complementares em saúde (2002 a 2014): contribuições da Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde*. 2016. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Saúde Coletiva)— Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

- SANTANNA, C.; HENNINGTON, É.A.; JUNGES, J.R. Prática médica homeopática e a integralidade. *Interface (Botucatu)*, v.12, n.25, p.233-246, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000200002>.
- SANTOS, M.C; TESSER, C.D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.11, p.3011-3024, 2012.
- SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc*, São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015.
- SIEGEL P, BARROS NF. O que é a Oncologia Integrativa?. *Cad. saúde colet*. 2013; 21(3):348-354. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000300018>.
- SILVA, E.R.; TESSER, C.D. Experiência de pacientes com acupuntura no SUS e (des)medicalização social. *Cad. Saúde Pública*, v.29, p.2186-2196, 2013.
- SOUSA, I.M.C, BODSTEIN RCANDRADE, TESSER CD, SANTOS FAS, HORTALE VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad. Saúde Pública*. v.28, n.11, p.2143-2154, 2012.
- SOUSA, I.M.C, TESSER CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad. Saúde Pública*. v.33, n.1, e00150215, 2017.
- SOUSA, I.M.C, VIEIRA ALS. Serviços Públicos de saúde e medicina alternativa. *Ciênc. saúde colet*., v.10, suppl 1, p.255-266, 2005.
- SOUSA, I.M.C. et al. *Práticas Integrativas e Complementares no Programa de Saúde da Família voltados para atenção à saúde mental: estudos de caso no Nordeste, Sul e Sudeste*. Relatório final de pesquisa. Processo 575268/2008-5 – CNPq. 2010
- SOUSA, I.M.C. et al. *Relatório de Pesquisa do CNPq- Avaliação dos Serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS em todo o Brasil e a efetividade dos serviços de plantas medicinais e Medicina Tradicional Chinesa/práticas corporais para doenças crônicas em estudos de caso no Nordeste*. 2016 http://cnpq.br/relatorios-de-pesquisa?p_p_id=relatoriopesquisabuscaportlet_WAR_relatoriopesquisabuscaportlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2&modoBusca=textual
- SOUZA, E.F.A.A; LUZ, M.T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2009, v.16, n.2, p.393-405.
- SOUZA, E.F.A.A; LUZ, M.T. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, v.18, n.1, p.155-174, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702011000100010>.
- STARFIELD B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 1ª Ed. Brasília: UNESCO, MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2002.
- TEIXEIRA M. Z.; LIN, C.A.; MARTINS, M.A. O Ensino de Práticas Não-Convencionais em Saúde nas Faculdades de Medicina: Panorama Mundial e Perspectivas Brasileiras. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v.28, n.1,p.51.60 , 2004.
- TELESI JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. av.*, São Paulo, v.30, n.86, p.99-112, 2016 . <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>.
- TESSER, C.D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.8, p.1732-1742, 2009.
- TESSER, C.D. Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão. In: Luz, MT e Barros, NF (Org.). *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p.251-283.
- TESSER, C.D.; SOUSA, I.M.C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades afetivas. *Saúde Soc*. São Paulo, v.21, n.2, p.336-350, 2012.
- TESSER, C.D. Produção de saber, racionalidades médicas e cuidado: ideias iniciais. In: Nascimento, MC; Nogueira, MI. (Org.). *Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares*. 1ª ed.São Paulo: Hucitec, 2013, p. 80-105.

TESSER, C.D. Uma categorização analítica para estudo e comparação de práticas clínicas em distintas racionalidades médicas. *Physis* (Rio de Janeiro), 2018 (aprovado em set/2017, ainda não publicado).

WHO. Medicina tradicional – informe de La secretaria. 56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A56/18. Punto 14.10 del orden del día provisional 31 de marzo de 2003.

WHO. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. Geneva: World Health Organization; 2013.