

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA UNIVERSIDADE

usos e significados atribuídos
por estudantes da área da saúde



Vinicius Pereira de Carvalho
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho
Maria Beatriz Barreto do Carmo

**Práticas Integrativas e Complementares na
universidade: usos e significados atribuídos por
estudantes da área da saúde**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

Paulo Cesar Miguez de Oliveira

Vice-reitor

Penildon Silva Filho



EDUFBA

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora

Susane Santos Barros

Conselho Editorial

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Niño El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

Maria do Carmo Soares de Freitas

Maria Vidal de Negreiros Camargo

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.”.



Vinicius Pereira de Carvalho
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho
Maria Beatriz Barreto do Carmo

**Práticas Integrativas e Complementares na
universidade: usos e significados atribuídos por
estudantes da área da saúde**

Salvador
Edufba
2023

2023, autores.

Direitos dessa edição cedidos à Edufba.

Feito o Depósito Legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Analista editorial

Mariana Rios

Capa, projeto gráfico e editoração

Josias Almeida Jr.

Coordenação gráfica

Edson Nascimento Sales

Revisão

Debora Sales da Rocha

Coordenação de produção

Gabriela Nascimento

Normalização

Kátia

Sistema Universitário de Bibliotecas – UFBA

C328 Carvalho, Vinicius Pereira de

Práticas integrativas e complementares na universidade: usos e significados atribuídos por estudantes da área de saúde / Vinicius Pereira de Carvalho, Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Maria Beatriz Barreto do Carmo. - Salvador: EDUFBA, 2023.

151 p.

ISBN 978-65-5630-474-8

1. Cuidados primários de saúde. 2. Política de saúde. 3. Abordagem interdisciplinar do conhecimento. 4. Estudantes universitários. 5. Saúde – Estudo e ensino (Superior). 6. Ensino superior – Finalidades e objetivos. I. Coelho, Maria Thereza Ávila Dantas. II. Carmo, Maria Beatriz Barreto do. III. Título: usos e significados atribuídos por estudantes da área de saúde.

CDU: 378: 614.253.4

Elaborada por Geovana Soares Lira CRB-5: BA-001975/O

Editora afiliada à



ASOCIACION DE EDITORIALES
UNIVERSITARIAS DE AMERICA
LATINA Y EL CARIBE



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Editora da UFBA

Rua Barão de Jeremoabo, s/n, Campus de Ondina,

40170-115, Salvador, Bahia

Tel: +55 (71) 3283-6164

edufba.ufba.br | edufba@ufba.br

Sumário

7

CAPÍTULO 1

Pesquisando sobre as Práticas Integrativas e Complementares

23

CAPÍTULO 2

As Práticas Integrativas e Complementares no Brasil

61

CAPÍTULO 3

Uso de Práticas Integrativas e Complementares entre discentes

77

CAPÍTULO 4

Significados conferidos às Práticas Integrativas e Complementares pelos estudantes

99

CAPÍTULO 5

As Práticas Integrativas e Complementares como cuidado integral, terapêutico, promoção da saúde e prevenção de doenças

117

CAPÍTULO 6

Esperanças novos começos com as Práticas Integrativas e Complementares

127

Referências

CAPÍTULO 1 **Pesquisando sobre as Práticas Integrativas e Complementares**

Ao longo dos últimos anos, as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) protagonizam um movimento em favor da abertura para a diversidade cultural no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, diferentes iniciativas de uso vêm sendo desenvolvidas nos ambientes institucionalizados dos serviços de saúde, com algumas delas culminando ou sendo provenientes de políticas e/ou programas de saúde (em âmbito nacional, estadual e municipal). Entretanto, mesmo em meio a esse cenário de provável emergência, as PIC encaram obstáculos para sua aceitação, reconhecimento e uso no sistema oficial. Considerando que a biomedicina é dominante entre as rotinas, saberes, práticas, pessoas e instituições do campo da saúde, acreditamos que a sua monocultura está diretamente envolvida com a desvalorização das PIC. Este livro nasce a partir do desejo de contribuir para a discussão sobre a presença e legitimação das PIC no SUS, tocando nas trajetórias de estudantes universitários e em assuntos importantes para a educação superior em saúde na contemporaneidade, a exemplo da efetivação de uma formação interdisciplinar e de primeiro ciclo que tenha as PIC como uma de suas linhas temáticas, tal qual proposta

no âmbito do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Ele é proveniente de um estudo que objetivou compreender os usos e significados atribuídos às PIC entre estudantes do BIS da UFBA e originou uma dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade. Nesse Programa, o projeto de pesquisa elaborado entremeou-se confortavelmente em sua proposta acadêmica e institucional, qual seja o debate e a investigação sobre temas interdisciplinares que envolvem a universidade. Nesta seção, apresentamos notas introdutórias referentes à apresentação do livro e ao percurso metodológico adotado na pesquisa.

Para pesquisar as PIC, baseamo-nos na ideia de que podem existir diferentes usos e significados para elas, que se relacionam com o meio social onde essas práticas de saúde se inserem. (BARROS, 2008; BARROS; NUNES, 2006; BARROS; TOVEY; ADAMS, 2005; NG et al., 2016; OTANI; BARROS, 2011a) As PIC, seus usos e significados não estão separados das rotinas e conflitos do campo da saúde e, desse modo, demandam um trabalho que lance mão de diferentes olhares sobre elas. (BARROS; TOVEY; ADAMS, 2005) Nesse sentido, admitimos que, na investigação interdisciplinar em saúde coletiva, o exame das escolhas terapêuticas, concepções, saberes, práticas, representações, percepções, sentidos e significados da vida, saúde, adoecimento, cuidado e morte é indispensável para a construção social do objeto saúde, bem como do sistema e serviços assistenciais de saúde. Mais especificamente, a pesquisa em ciências sociais em saúde oferece subsídios para a compreensão dos fenômenos que se desenvolvem e é parte integrante das diferentes formas de visualizar, manejar e intervir em processos de saúde-adoecimento-cuidado. Nesse tipo de pesquisa, a interlocução com os seres individuais pode proporcionar a (re)criação e estudo do imaginário social, suas instituições e modelos de organização. (MINAYO, 2014)

No caso das práticas integrativas, estudos na perspectiva interdisciplinar da saúde coletiva podem operacionalizar constructos teóricos e práticos para apoiar medicinas, práticas

terapêuticas e diagnósticas não hegemônicas, como é o caso das contribuições oferecidas através da categoria *racionalidade médica* (LUZ, 2012a), apresentada e discutida no segundo capítulo deste livro. Segundo Minayo (2014, p. 255), nas classes sociais “populares” coexistem distintas maneiras de conceber a saúde e a doença, que partem de saberes biomédicos e tradicionais/populares, visto que “enquanto procuram e reivindicam tratamento adequado e digno no sistema oficial, [...] reafirmam sua identidade e seu saber específico que também contém sabedoria”. Ainda sobre esse grupo social, a pesquisadora acrescenta que “sua interpretação da vida e da morte está inevitavelmente perpassada, junto com a crítica ao sistema dominante, pelas crenças e tradições, pela prática da medicina caseira, tradicional e religiosa que fazem parte de seu imaginário social [...]”. (MINAYO, 2014, p. 260) Em uma análise da história social da homeopatia no Brasil, Luz (1996) também observou que os saberes e práticas biomédicos não ocupam papel exclusivo na construção de itinerários terapêuticos. Nesse estudo, a adoção da homeopatia foi descrita entre pessoas de diferentes estratos sociais e frequentadoras de instituições também diversas, expressando a relativa difusão social dessa medicina.

Desse modo, o entendimento da realidade social, a partir de pesquisas que integrem abordagens sobre a formas de utilização e significados obtidos nas experiências de cuidado, é parte da garantia do direito à saúde, traduzida, nesse cenário, no acesso e legitimação de práticas de saúde. No que se refere ao percurso metodológico adotado, esta pesquisa possui cunho quali-quantitativo (MINAYO, 2014), descritivo e exploratório (GIL, 2002), e foi realizada com estudantes ingressantes e veteranos¹ do BIS da UFBA, no período que compreende os anos de 2017, 2018 e 2019. A combinação do método qualitativo e quantitativo pode ser capaz de viabilizar “[...] uma mais elaborada e completa construção da realidade [...]” (MINAYO, 2014, p. 76), levando em conta o exame da interação entre as

1 Como ingressantes foram definidos os estudantes que estavam no primeiro semestre na etapa de coleta de dados em que foram abordados e, como veteranos, aqueles que estavam em semestres superiores ao primeiro.

correntes socioculturais e as PIC, bem como suas repetições no grupo de estudo. (BARROS; TOVEY; ADAMS, 2005; MINAYO, 2014) Os critérios definidos para a inclusão de participantes foram estar matriculado no BIS diurno ou noturno² em 2017, 2018 e/ou 2019 (foi necessário estar matriculado em uma dessas modalidades em pelo menos um desses anos) e possuir inscrição em componentes curriculares durante o processo de coleta de dados. Como critério de exclusão foi estabelecido possuir idade menor que 18 anos. Para a coleta de dados, foi aplicado um questionário semiestruturado e realizada entrevista também semiestruturada com os discentes de diferentes semestres que aceitaram participar da pesquisa.

O questionário abrangeu perguntas referentes ao uso das PIC e os significados atribuídos às mesmas – “Qual(is) práticas abaixo você utiliza ou já utilizou?”, “Caso faça uso, isto ocorre há quanto tempo?” e “Independentemente de adotar ou não essas práticas, que significados elas têm para você?” –, além de questões sobre os dados sociodemográficos (a exemplo de idade, estado civil, autorreferência de gênero, orientação sexual, cor/etnia autodeclarada, religião/doutrina/seita, cidade de nascimento, semestre e graduação atual). A aplicação desse instrumento ocorreu presencialmente em sala de aula, nos turnos vespertino e noturno, em diferentes componentes curriculares (CC) do BIS, no campus Ondina-Federação da Universidade Federal da Bahia, em três ocasiões. A primeira e a segunda etapa (realizadas no semestre letivo 2017.1 e 2018.1, respectivamente) desenrolaram-se no componente curricular Introdução ao Campo da Saúde (HACA10), escolhido por possuir natureza obrigatória. Nesses momentos, foram aplicados 302 questionários a estudantes ingressantes (167 em 2017 e 135 em 2018) e 48 a veteranos (36 em 2017, 12 em 2018). A quantidade menor de questionários de veteranos nessas duas coletas justificou-se porque essas foram feitas em HACA10, componente curricular que é oferecido correntemente no primeiro semestre do

2 Atualmente o BIS é oferecido na UFBA nos turnos diurno e noturno, conformando institucionalmente dois cursos distintos, embora possuam o mesmo corpo docente e sigam o mesmo projeto pedagógico.

curso, de acordo com o projeto pedagógico. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2010) Logo, ainda que o BIS possua matriz curricular flexível (TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2010), o que faz com que os acadêmicos possam cursar CC obrigatórios em qualquer semestre do curso, foi percebido que em HACA10 há grande predomínio de ingressantes, provavelmente porque são matriculados nesse componente curricular pela própria Universidade.³ Nesse sentido, com o propósito de aumentar o número de questionários de veteranos, na terceira etapa (no semestre acadêmico 2019.1) a coleta seguiu apenas com esses discentes, a partir da abordagem deles em Oficina de Textos Acadêmicos e Técnicos em Saúde (HACA78)⁴ e em um componente optativo da grande área da saúde. Esses componentes foram escolhidos uma vez que são comumente cursados após o segundo semestre de curso, sendo o primeiro geralmente previsto para o terceiro semestre e o segundo⁵ destinado para a partir do quarto semestre. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2010) Nessa etapa foram aplicados 153 questionários com veteranos.

3 A primeira matrícula na universidade é realizada, num primeiro momento, sem a escolha de CC pelos estudantes, considerando que eles possuem pouco conhecimento das rotinas e normas acadêmicas.

4 HACA78 é um componente curricular que integra o eixo linguagens; o projeto pedagógico do BIS sugere que seja cursado no terceiro semestre do curso. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2010)

5 Trata-se de um componente curricular oferecido pela Faculdade de Farmácia e que também é optativo para outros cursos, como o de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia. A concorrência elevada entre discentes do primeiro ciclo, para ingresso em Medicina (no segundo ciclo), associada ao sistema atual de cálculo para a classificação (notas obtidas em CC obrigatórios e optativos do curso profissionalizante pretendido têm peso maior que as recebidas em CC de outras naturezas) (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2011) torna grande a procura por esse componente. Ademais, vale destacar que, durante o processo semestral de matrícula, a universidade confere prioridade para prováveis concluintes (estudantes que atendem a determinados critérios definidos institucionalmente, a exemplo de apresentar uma determinada carga horária mínima de CC cursados) (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2018), que geralmente estão nos últimos semestres do curso. Por conseguinte, costumeiramente, a maior parte dos acadêmicos matriculados nesse componente são do BIS e estão em semestres superiores ao quarto.

Esse processo de aplicação do questionário em etapas, realizadas em diferentes anos e CC, fez com que alguns estudantes respondessem o questionário duas vezes (a primeira enquanto ingressantes e a segunda na condição de veteranos). Isso foi possível pois a aplicação ocorreu em todas as turmas dos CC nos semestres supracitados e os acadêmicos que dela participaram em 2017.1 e 2018.1 (primeira e segunda aplicação), no momento de ingresso no curso, estavam em 2019.1 (terceira aplicação) em semestre igual ou superior ao terceiro. Portanto, na pesquisa, o número de questionários aplicados não foi considerado equivalente ao número de participantes. Como esse instrumento era anônimo, não foi possível determinar o número de sujeitos que efetivamente participaram da pesquisa, sem incorrer na contagem de uma mesma pessoa mais de uma vez. Contudo, mesmo que isso se apresente como um limite, este não foi considerado como sendo um problema para o estudo, visto que o discente que responde o questionário em períodos diferentes do curso (e da sua vida) pode nos apresentar distintas concepções e práticas sobre seus processos de saúde-adoecimento-cuidado. Ademais, é importante destacar que não foi definido um número mínimo ou máximo de questionários a serem aplicados, de modo que todos os estudantes (*vide* critérios de inclusão/exclusão) que aceitaram colaborar com a pesquisa foram convidados a participar em mais de uma etapa.

Na maioria dos questionários aplicados, os estudantes se autodeclararam como mulheres cisgênero⁶ (66%), pretas ou pardas (75,3%), solteiras (92,8%), heterossexuais (77,5%) e na faixa etária de 18 a 24 anos (78,7%). Ademais, informaram possuir crenças religiosas (61,4%), renda familiar de dois a quatro salários mínimos (40,6%) e de cinco a sete salários mínimos (23,5%), ser naturais do estado da Bahia (89,5%) e residir em Salvador e região metropolitana (96,4%). Entre os estudantes veteranos, a maior parte estava no terceiro semestre

6 A pessoa autodeclarada como cisgênero é aquela que se identifica com o gênero que lhe foi atribuído no nascimento (geralmente a partir da consideração de características fenotípicas), e a transgênero é aquela que não se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer.

quando respondeu ao questionário (51,2%). Sobre a instituição de curso do ensino médio dos graduandos, 50,7% declararam ser provenientes somente de escola privada (com ou sem bolsa) e 47,7%, de escola pública.

As entrevistas, por sua vez, foram realizadas presencialmente pelo primeiro autor deste livro e com acadêmicos veteranos, a partir de um roteiro previamente estabelecido. Essa fase da coleta de dados propositou captar a presença (ou ausência) das PIC nas trajetórias acadêmicas dos estudantes na universidade (bem como suas diferentes conformações e determinantes), sendo isso o que justificou a sua realização exclusivamente com os veteranos. Logo, ao interpelar discentes veteranos é exequível captar como a vivência na universidade tem se relacionado (ou não) com os usos e significados ligados às PIC. O formato semiestruturado mostrou-se o mais adequado para abordar os assuntos pertinentes ao alcance dos objetivos da pesquisa, sem confinar-se nas respostas diretas às perguntas. (MINAYO, 2014) Por esse ângulo, durante as entrevistas, o contato entre as pessoas participantes e o entrevistador (autor principal) pretendeu ser mais direto e singular, com o intuito de incitar a manifestação e o registro das falas dos estudantes de modo aprofundado. Para não enviesar as respostas dos estudantes de alguma maneira, as perguntas do roteiro de entrevista e questionário listavam as medicinas e terapias compreendidas no Brasil como PIC⁷ (BRASIL, 2006a, 2017, 2018) e continham somente a palavra “práticas” para se referir a elas, sem o uso de termos como “tradicionais”, “alternativas”, “complementares”, “integrativas” e “não convencionais”. Desse modo, os

7 Como apresentado anteriormente, a aplicação dos questionários foi iniciada em 2017, antes da primeira expansão de práticas dispostas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (março de 2017). Desse modo, nesse instrumento de coleta de dados foram mencionadas as práticas incluídas por ocasião da publicação da Política (em 2006) – acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia –, acrescidas de algumas práticas com experiências de uso na região, conhecidas pela equipe de pesquisadores (cromoterapia, dança circular, massagem, *reiki*, terapia comunitária, terapia floral e yoga), além da opção “outras práticas”, na qual os estudantes poderiam indicar o uso de práticas integrativas não citadas no instrumento.

participantes eram, em um primeiro momento, questionados sobre conhecer ou usar determinada(s) prática(s) integrativa(s) e depois deveriam informar quais sentidos atribuíam a ela(s), independentemente de utilizá-la(s).

O convite para a etapa de entrevistas foi realizado via *e-mails* (obtidos por meio de solicitação feita aos colegiados do BIS) e após a aplicação do questionário supracitado. Todavia, o recrutamento efetuou-se independentemente de ter respondido o questionário em 2017.1, 2018.1 e/ou 2019.1, de modo que, nas situações em que não havia ocorrido participação na fase de aplicação dos questionários, esse instrumento foi aplicado ao fim da realização da entrevista. Foram feitas 34 entrevistas, que ocorreram até o momento em que foi percebida a aproximação desejada com o objeto da pesquisa e observou-se a repetição reiterada de respostas entre os interlocutores. (MINAYO, 2014, 2017)

Os dados coletados nos questionários e entrevistas foram digitados e organizados em planilhas do *software* Microsoft Office Excel, versão 2101, a partir das quais foi realizada uma leitura flutuante e preliminar das respostas. Após a realização dessa exploração inicial, foram produzidos quatro *corpora*: 1) dados quantitativos de ingressantes; 2) dados qualitativos de ingressantes; 3) dados quantitativos de veteranos; 4) dados qualitativos de veteranos. Para realizar o processamento e subsidiar a análise dos dados, utilizou-se os *softwares* IRaMuTeQ, versão 0.7 *alpha 2* (no qual foram lançadas as respostas textuais obtidas nos questionários e transcritas das entrevistas – *corpora* dois e quatro) (CAMARGO; JUSTO, 2013), e IBM SPSS Statistics, versão 24 (nesse caso, os dados quantitativos recolhidos nos questionários – *corpora* um e três). Por meio do IRaMuTeQ, adotou-se a técnica da análise de similitude, que proporciona a criação da árvore máxima de similitude, uma figura que, mediante a presença de linhas que ligam os termos, permite a visualização das coocorrências (ocorrência simultânea de termos na mesma unidade de texto) presentes no fragmento textual analisado (a grossura das linhas indica a intensidade de ligação entre os termos, de modo que quanto mais grossa é a linha, mais coocorrências há entre

os termos). (MARCHAND; RATINAUD, 2012) Realizar esse tipo de análise é importante para a pesquisa, em razão do fato de que os sentidos conferidos às PIC sofrem modificações de acordo com as relações estabelecidas entre as palavras que estão ligadas a essas práticas. (BARROS; NUNES, 2006) Ademais, a árvore possibilita o exame da intensidade de aparecimento das palavras no *corpus*, pois exhibe o tamanho das expressões na figura de acordo com a quantidade de evocações realizadas (quanto mais evocações forem feitas, maior é o tamanho do termo). (MARCHAND; RATINAUD, 2012) Com o IBM SPSS Statistics, por sua vez, obtivemos o registro de dados numéricos totais e percentuais. Como no estudo os participantes foram incluídos de maneira não probabilística (amostra de conveniência), nos dados quantitativos foi feita análise de frequência simples e não foram feitos testes estatísticos.

Ademais, a análise procedeu-se com base na técnica de análise de conteúdo na perspectiva de Bardin (2016). Nesse sentido, foram identificadas as unidades de registro e de contexto dos dados textuais e estabelecidas categorias. Delimitamos as unidades de registro a partir da criação de temas, com base na definição dos núcleos de sentido das respostas. De acordo com Bardin (2016, p. 135):

[...] o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado [...]. O texto pode ser recortado em ideais constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significações isoláveis. [...] O tema, enquanto unidade de registro, corresponde a uma regra de recorte (do sentido e não da forma) que não é fornecida, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas.

A escolha dessa forma de recorte para as unidades de registro foi justificada por ser de emprego corrente em estudos de “[...] motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências etc”. (BARDIN, 2016, p. 135) A unidade de contexto, por sua vez, é o “[...] segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas

para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro. Esta pode, por exemplo, ser [...] o parágrafo para o tema”. (BARDIN, 2016, p. 137)

Na investigação dos usos das PIC, utilizamos as respostas da pergunta “Qual(is) práticas abaixo você utiliza ou já utilizou?” para levantar as frequências simples de utilização de cada prática presente no questionário e citada pelos estudantes. Em relação ao tempo de uso (Caso faça uso, isto ocorre há quanto tempo?), as respostas foram classificadas em anos e codificadas numericamente (≤ 1 , 2, 3, 4, 5, 6, 7 e ≥ 8).⁸ Para a avaliação qualitativa da adoção das PIC, elegemos as falas obtidas nas entrevistas que trataram sobre esse aspecto, notadamente a partir do grupo de questões sobre o uso (Você já usou? Você continua utilizando/Você usa? Há quanto tempo/por qual período? Em qual tipo de serviço de saúde ou local? Por quais motivos faz uso/Se não utiliza mais, por quais motivos?). Considerando essas respostas, os temas determinados na codificação foram as afirmações/proposições que sinalizaram para as origens e vinculações dos usos, reunidas nas categorias temáticas “uso com acompanhamento profissional” e “uso popular”. Na análise de conteúdo, a categorização não é um procedimento obrigatório, porém oferece mais elementos para a compreensão e interpretação dos dados. No processo de criação dessas duas categorias, adotamos, como critério para o agrupamento, a ligação semântica entre as afirmações-tema, considerando que:

Classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. O que vai permitir seu agrupamento é a parte comum existente entre eles. É possível, contudo, que outros critérios insistam em outros aspectos de analogia, talvez modificando consideravelmente a repartição anterior. (BARDIN, 2016, p. 148)

8 Considerando que todos os participantes possuem mais de 18 anos, classificamos o tempo de uso dos questionários em que houve referência para o uso das práticas “desde a infância” como de “maior que ou igual a 8 anos”.

Em vista disso, a produção dos critérios para o recorte das respostas em unidades de registro e unidades de contexto, bem como criação de categorias, também reflete a experiência e vinculação teórica dos pesquisadores, influenciada largamente pela literatura consultada no processo de construção e operacionalização do projeto de pesquisa.

No estudo dos significados atribuídos às PIC, foram considerados as respostas da pergunta “Que significados ela/elas tem/têm para você?”, presente no questionário e na entrevista. Nessa análise, delineamos como temas os termos que conferiam unidade de significação central aos segmentos de texto.⁹ Por isso, os temas foram utilizados para a contagem da frequência e das coocorrências (BARDIN, 2016), feita simultaneamente com o processamento da análise de similitude, que descarta as palavras e expressões que se manifestam menos de três vezes no agrupamento das respostas. (MARCHAND; RATINAUD, 2012) Com esse processamento, 29 temas registraram 922 ocorrências¹⁰ nos *corpora* de análise textual (*corpora* dois e quatro¹¹): alternativa, autoconhecimento, autocuidado, bem-estar, complementar, cotidiano, cultura, cura, distinção da biomedicina, eficácia, energética, equilíbrio, espiritual, falta de valorização,

9 Logo, os temas não necessariamente foram palavras presentes nas respostas de questionários e entrevistas. Como se tratam da centralidade significativa de cada unidade de contexto, os conteúdos apresentados nas respostas, em algumas situações, foram traduzidos em um ou mais termos, objetivando viabilizar a contagem frequencial e das coocorrências. A título de exemplo, na unidade de contexto “São outros modos de ver a saúde. Essa questão do yin-yang mesmo eu lembro que trabalhava muito assim com o fogo, a madeira [...]” (proveniente da entrevista 2), o tema (unidade de registro) criado foi “distinção da biomedicina”.

10 Cada ocorrência corresponde à aparição de um tema nas respostas colhidas em entrevistas e questionários. Considerando que o tema é uma forma de demarcar os núcleos de sentido dos conteúdos textuais, em uma mesma resposta podem haver mais de um tema, o que faz com que o número de ocorrências dos temas nos *corpora* seja maior que o número de entrevistas e questionários aplicados.

11 Conforme anteriormente explicitado, os estudantes veteranos participaram da etapa de entrevistas, além de responderem ao questionário. Logo, o *corpus* quatro é formado por dados qualitativos (neste caso, as respostas à pergunta “Que significados ela tem para você?”) colhidos nos questionários e nas entrevistas.

família, física, humanização, integral, liberdade, menor agressividade, mental, natural, prevenção de doenças, relaxamento, saúde, socialização, terapia, tradição e vida. Em decorrência dessa quantidade de temas apresentados pelos participantes, a discussão dos significados atribuídos às PIC foi dividida em dois capítulos neste livro.

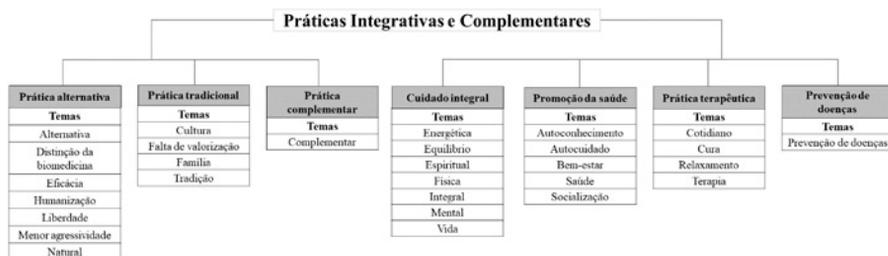
A categorização (agregação dos temas segundo características comuns selecionadas) foi sustentada na afinidade semântica entre os temas (proximidade de significado verificada no processamento do IRaMuTeQ e leitura na íntegra dos fragmentos textuais) e nas coocorrências estabelecidas entre eles (BARDIN, 2016), exploradas por meio da árvore de similitude.^{12,13} (MARCHAND; RATINAUD, 2012) Realizando essa exploração e fazendo a leitura das respostas em profundidade, observamos que os significados apresentados caminharam por duas direções. Na primeira, esteve em destaque a forma de denominar e inserir as PIC nos serviços de saúde, com as categorias “prática alternativa”, “prática tradicional” e “prática

12 Adotando-se esses dois critérios, não foi possível inserir um mesmo tema em mais de uma categoria. Assim, em temas com similaridade semântica, buscou-se averiguar as coocorrências estabelecidas entre elas e os outros temas, de modo a que o maior número de coocorrências definisse a classificação. Esse foi o caso do sucedido com “autoconhecimento” e “autocuidado”. A partir da análise semântica das respostas em que eles estavam presentes, verificou-se que eles poderiam estar incluídos na categoria “promoção da saúde” ou “cuidado integral”. Entretanto, ambos os temas foram incluídos na categoria “promoção da saúde”, devido ao maior número de coocorrências com termos afins à promoção da saúde. Ou seja, entre “autoconhecimento” e “bem-estar” (tema com maior número de ocorrências da categoria “promoção da saúde”) houve seis coocorrências, enquanto que entre “autoconhecimento” e “vida” (tema mais presente na categoria “cuidado integral”), o número de coocorrências foi quatro; já entre “autocuidado” e “bem-estar” existiram duas coocorrências e entre “autocuidado” e “vida”, uma.

13 Nesse sentido, a denominação de cada categoria buscou refletir o conjunto de conteúdos presentes nos temas incluídos, não correspondendo necessariamente ao tema com maior frequência de aparição. A reunião dos temas “tradição”, “família”, “cultura” e “falta de valorização”, por exemplo, gerou a categoria “prática tradicional”, que, em seu nome, não explicita diretamente o seu tema com maior aparição nos *corpora* de análise (“cultura”), mas apresenta a ideia central da categoria, qual seja que algumas PIC podem ser reconhecidas como práticas tradicionais que integram a cultura.

complementar” (reunindo 12 temas, com 257 ocorrências). Na outra, as categorias foram “cuidado integral”, “promoção da saúde”, “prática terapêutica” e “prevenção de doenças” (17 temas, 665 ocorrências), explicitando a natureza do cuidado e da atenção à saúde por meio das PIC (Figura 1). Como base teórica para realização desses agrupamentos e atribuição de sentidos aos temas presentes nas categorias, foram utilizadas produções de pesquisadores brasileiros que se debruçaram em torno das *racionalidades médicas, medicina e práticas tradicionais, alternativas, integrativas e complementares*, a exemplo de Barros (2008, 2012), Tesser e Luz (2008), Tesser (2009) e Luz (1997, 2012a, 2012b). Esses e outros trabalhos são citados ao longo da discussão das categorias (capítulos quatro e cinco).

Figura 1 - Categorias e temas: significados conferidos às Práticas Integrativas e Complementares por estudantes ingressantes e veteranos do BIS da UFBA, nos questionários e entrevistas, em 2017, 2018 e/ou 2019 (n=537)



Fonte: elaborada pelos autores

A interpretação dessas categorias teve como finalidade realçar os conteúdos subjacentes às informações coletadas. Para isso, foram considerados como critérios a frequência de aparição das unidades de registro e categorias nos *corpora* de análise e as coocorrências das unidades de registro nas unidades de contexto. (BARDIN, 2016)

Em relação aos aspectos éticos, os participantes receberam e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que continha as informações principais sobre a pesquisa. Nesse

sentido, foram garantidos o anonimato e a segurança de participação e seguidos os pontos estabelecidos nas Resoluções nº 466/2012 e nº 410/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que versam sobre as pesquisas com seres humanos. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012, 2016) O estudo recebeu auxílio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, por meio de uma bolsa de Mestrado,¹⁴ e é parte de um projeto de pesquisa sobre concepções e práticas ligadas à saúde e à doença, aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa (parecer de aprovação nº 2.349.850). Com a intenção de preservar a identidade dos discentes, as respostas aos questionários foram identificadas a partir dos códigos “Questionário de Ingressante” (QI) ou “Questionário de Veterano” (QV), ao tempo em que as falas das entrevistas foram referenciadas com o código “Entrevista de Veterano” (EV), acompanhadas do número atribuído ao questionário/entrevista.

No segundo capítulo deste livro, elencamos uma visão panorâmica sobre algumas das contribuições teóricas que orientam as PIC no Brasil, como a categoria analítica “racionalidades médicas” e a discussão conceitual em torno das medicinas/práticas tradicionais, alternativas, complementares e integrativas. Com isso, chegamos a uma breve apresentação da trajetória de institucionalização das PIC no SUS, considerando o processo de construção e as repercussões da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, e da situação das PIC na formação em saúde, no Brasil, destacando alguns aspectos ligados à hegemonia da (bio)medicina ocidental contemporânea no campo da saúde. Ademais, fazemos alguns apontamentos para pensar a construção da pesquisa com as PIC no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

No terceiro capítulo, abordamos as características da utilização das PIC entre estudantes do BIS da UFBA, utilizando os dados colhidos nos questionários, em questões abertas e fechadas, e em entrevistas. À vista disso, levantamos e analisamos o percentual de uso dessas práticas, o tempo de uso e

14 Bolsa de Mestrado proveniente do Programa de Demanda Social, número do processo: 88882.453837/2019-01.

quais as práticas utilizadas, além de informações sobre o uso com acompanhamento profissional e o uso popular.

O quarto capítulo, por sua vez, versa sobre alguns dos significados atribuídos às PIC. Para esse capítulo, buscou-se estudar as PIC a partir do local que ocupam no campo da saúde, conforme a sua interação (ou falta de interação) com a racionalidade biomédica, e do *status* que apresentam nos serviços de saúde contemporâneos. Na sua produção, foram utilizadas as respostas das entrevistas e de uma questão aberta dos questionários. Desse modo, utilizando os *corpora* de análise, selecionamos 12 temas: alternativa, complementar, cultura, distinção da biomedicina, eficácia, falta de valorização, família, humanização, liberdade, menor agressividade, natural e tradição. As categorias criadas foram prática alternativa, prática tradicional e prática complementar, consoante o apresentado anteriormente.

O quinto capítulo também trata sobre os significados conferidos às PIC, mas faz um aprofundamento nas práticas de cuidado em saúde que os estudantes acreditam ser oferecidas por elas. Por isso, os temas incluídos foram: autoconhecimento, autocuidado, bem-estar, cotidiano, cura, energética, equilíbrio, espiritual, física, integral, mental, prevenção de doenças, relaxamento, saúde, socialização, terapia e vida. Partindo desses temas, criamos as categorias cuidado integral, prática terapêutica, promoção da saúde e prevenção de doenças. Da mesma maneira que no quarto capítulo, foram utilizadas neste quinto capítulo as respostas de uma pergunta aberta dos questionários e as falas das entrevistas. A organização dos significados atribuídos pelos estudantes em dois capítulos, neste livro, foi realizada com o propósito de conferir maior compreensão aos resultados desvelados na pesquisa, considerando a trajetória metodológica adotada na análise e interpretação dos dados.

No capítulo seis, realizamos algumas considerações finais sobre os resultados da pesquisa, apontando suas contribuições para o campo das práticas integrativas, notadamente sua consolidação no sistema de saúde e na formação em saúde. Ademais, sinalizamos algumas direções para investigações que podem ser

desenvolvidos no futuro, com o intuito de auxiliar a continuidade da produção acadêmica sobre o tema.

CAPÍTULO 2 **As Práticas Integrativas e Complementares no Brasil**

Racionalidades médicas: elementos para o estudo de sistemas médicos complexos

Num mesmo grupo social podem coexistir diferentes saberes, práticas e instituições para o manejo das questões vinculadas à saúde e ao adoecimento, que podem interagir ou não na produção do cuidado humano. As diferentes maneiras de pensar e agir sobre os processos de saúde-adoecimento-cuidado podem ser classificadas como racionalidades médicas (RM) quando correspondem a sistemas médicos complexos constituídos por seis dimensões estruturantes integradas (morfologia humana, dinâmica vital, doutrina médica, sistema diagnóstico, sistema terapêutico e cosmologia) (BARROS, 2012; LUZ, 2012a, 2012b; NASCIMENTO; NOGUEIRA; LUZ, 2012; NASCIMENTO et al., 2013) e que podem sofrer mutações ao longo da história. (NASCIMENTO et al., 2013)

A *morfologia humana* fixa uma estrutura e um modo de organização para o que é considerado como sendo o corpo humano. A *dinâmica vital* determina as explicações para o funcionamento corporal, ou seja, delinea o movimento da vitalidade, apontando para as causas, determinantes e condicionantes dos estados de equilíbrio e desequilíbrio. A *doutrina médica* organiza as ideias que giram em torno do processo saúde-adoecimento,

estipulando o que determina e o que será considerado como a saúde e a doença (ou o adoecimento). Destarte, revela o que é passível de intervenções para o tratamento e/ou a cura. O *sistema diagnóstico* estabelece as normas segundo as quais se interpretam as queixas e se aponta (ou não) o processo de adoecimento (ou a doença), através de distintas semiologias e anamneses, e as questões que estão envolvidas com a sua natureza e aparecimento. O *sistema terapêutico* indica a maneira como a doença ou o adoecimento investigado deve ser tratado. A *cosmologia* embasa todas as outras dimensões, conferindo significados para os saberes e práticas adotados ao situar a racionalidade no universo cultural do qual faz parte. (BARROS, 2012; LUZ, 2012a; NASCIMENTO; NOGUEIRA; LUZ, 2012; NASCIMENTO et al., 2013)

Além das RM, diferentes práticas terapêuticas e diagnósticas (que não possuem as seis dimensões supracitadas) são utilizadas para intervir nos movimentos de saúde-adoecimento-cuidado, as quais podem estar integradas a uma racionalidade médica, sendo parte de seu sistema terapêutico ou diagnóstico, atuar isoladamente (sem estarem ligadas a uma racionalidade médica em sua elaboração) ou ser praticadas de maneira deslocada da racionalidade de origem. (BARROS; NUNES, 2006; NASCIMENTO; NOGUEIRA; LUZ, 2012; NASCIMENTO et al., 2013) Diferentes medicinas vêm sendo estudadas e caracterizadas como RM; até o momento foram descritas a biomedicina (medicina ocidental contemporânea) (CAMARGO JÚNIOR, 2005, 2012), a medicina homeopática (CAMPELLO; LUZ, 2012), a medicina tradicional chinesa (LUZ, 2012), a medicina ayurvédica (MARQUES, 2012), a medicina antroposófica (LUZ; WENCESLAU, 2012) e a naturopatia/naturopatia. (CERATTI, 2018)

A medicina ocidental contemporânea dispõe de abordagem mecanicista, analítica e generalizante, pautada em modelos definidos por meio da física clássica. (CAMARGO JÚNIOR, 2005, 2012) Logo, adota prática que parte de uma concepção que entende o corpo humano como uma máquina sujeita à causalidade linear (ANDRADE; COSTA, 2010; CAMARGO JÚNIOR,

2005, 2012; LUZ, 1988), inserida numa lógica de fragmentação e isolamento de suas partes constituintes (CAMARGO JÚNIOR, 2005, 2012; TESSER; LUZ, 2008) e que obedece a regras universais de funcionamento e ordenamento. (CAMARGO JÚNIOR, 2005, 2012) Nesse sentido, o corpo é apresentado e examinado separadamente do restante do universo e a partir de visões macro e microscópicas, que o dividem em sistemas (como o sistema respiratório e o sistema endócrino), segundo critérios funcionais e morfológicos. (CAMARGO JÚNIOR, 2012)

Essa segmentação corporal repercute na organização do saber médico, que se ramifica em disciplinas e especialidades. (CAMARGO JÚNIOR, 2012) Ainda, essa racionalidade está orientada para o estudo e identificação da doença (CAMARGO JÚNIOR, 1992, 2005; TESSER; LUZ, 2008), compreendida como uma entidade que existe de forma autônoma (CANGUILHEM, 1995; GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JÚNIOR, 2009) e apresenta íntima ligação com lesões orgânicas, o que faz com que os fatores extrabiológicos sejam colocados em plano secundário na sua determinação (CAMARGO JÚNIOR, 1992, 2005; GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JÚNIOR, 2009) e a experiência decorrente da vivência do adoecimento seja desconsiderada. (CAMARGO JÚNIOR, 1992; GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JÚNIOR, 2009; LUZ, 1997) A ênfase na doença e nas questões que estão envolvidas com sua constituição e eliminação também motiva a observação da saúde como a ausência de doenças. (CAMARGO JÚNIOR, 2005) A diagnose está baseada na localização/enquadramento dos quadros mórbidos em um catálogo pré-estabelecido de doenças (CAMARGO JÚNIOR, 1992, 2005, 2012) e possui grande valorização quando comparada à terapêutica (CAMARGO JÚNIOR, 1992; LUZ, 1988, 1997; TESSER; LUZ, 2008), que consiste no combate e na busca pela eliminação da doença com o uso, principalmente, de medicamentos e cirurgias. (CAMARGO JÚNIOR, 2005, 2012; LUZ, 1988)

Conduzida por sua associação com a racionalidade científica moderna, que estabeleceu o controle da sociedade ocidental (LUZ, 1988), a biomedicina conquistou a ordem

institucional (CAMARGO JÚNIOR, 1992; GUIMARÃES et al., 2020; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016; SILVA et al., 2016; TESSER, 2009) e a dominância epistêmica no campo da saúde. (ANDRADE; SOUSA, 2016; GUIMARÃES et al., 2020; NASCIMENTO et al., 2013; SILVA et al., 2019) A expressão “campo da saúde” é utilizada com base na concepção de campo científico de Bourdieu (1983, 2003). Esse é um campo no qual seus atores estão em constante disputa por reconhecimento e utilização dos saberes e práticas a que se vinculam de maneira cultural e epistemológica, com interesses marcados na reprodução ou transformação da lógica dominante estabelecida nele. (BARROS, 2008; BORDIEU, 1983, 2003; TESSER; BARROS, 2008) A biomedicina é uma racionalidade médica que está implicada, por exemplo, no processo de geração e manutenção de uma certa lógica de produção e mercado (CAMARGO JÚNIOR, 1992; LUZ, 1988), sendo responsável pela provisão do complexo médico-industrial, principalmente no que se refere à indústria farmacêutica. (CAMARGO JÚNIOR, 1992, 2005; GUIMARÃES et al., 2020; NASCIMENTO; NOGUEIRA; LUZ, 2012)

Assim como a racionalidade científica moderna, por diversas vezes suas origens e ligações políticas, históricas, econômicas e culturais foram obscurecidas (LUZ, 1988) numa tentativa de indicar-se enquanto única verdade passível de crédito (portadora de cientificidade) e, conseqüentemente, única medicina capaz de prover cuidados em saúde (GUIMARÃES et al., 2020; LUZ, 1988; MALLMANN; ROCHA, 2017), afirmando uma dominação epistêmica de matriz colonial. (NASCIMENTO et al., 2013; SILVA et al., 2019; SILVA; MEDEIROS, 2018) Porém, tomando como base o que se denomina como *pluralismo médico* (BATES, 2000), a biomedicina é somente mais um dos discursos existentes e possíveis sobre saúde-adoecimento-cuidado. (ALMEIDA, 2011; ANDRADE; SOUSA, 2016; CAMARGO JÚNIOR, 1992; MALLMANN; ROCHA, 2017; NASCIMENTO et al., 2013; TELES JÚNIOR, 2016) Nesse sentido, a introdução da discussão sobre a categoria RM no campo da saúde contribuiu, entre outras coisas, para “[...] vencer um obstáculo epistemológico que tradicionalmente impedia ver outros sistemas médicos como

portadores de racionalidade científica [...]” (LUZ, 2012a, p. 21), o que, numa perspectiva maior, apontou para a inexistência da superioridade da medicina ocidental contemporânea.

Nessa perspectiva, foi possível observar a presença de dois paradigmas transculturais opostos no campo da saúde, “[...] com diferentes lógicas de compreensão, interpretação e intervenção face ao processo biológico, e sociocultural conhecido como de saúde/adoecimento”. (LUZ, 2012b, p. 33) O paradigma biomecânico (ou biomédico, da normalidade-patologia), no qual a biomedicina está inserida, possui como objeto a doença e como propósito o seu enfrentamento, constituindo a sua medicina como uma ciência das doenças (LUZ, 2012b), relacionada com as ideias presentes no arcabouço da racionalidade científica moderna. (NASCIMENTO; NOGUEIRA; LUZ, 2012; NASCIMENTO et al., 2013) O paradigma vitalista (ou bioenergético, da vitalidade-energia), por sua vez, está fundamentado na busca do equilíbrio (harmonia interna e relacional) e da promoção, recuperação ou expansão da saúde (ou da vitalidade) numa perspectiva integral. (LUZ, 1997, 2012, 2012b; NASCIMENTO; NOGUEIRA; LUZ, 2012) Esse segundo paradigma é característico da homeopatia, medicina tradicional chinesa, ayurveda (LUZ, 2012b), medicina antroposófica (LUZ; WENCESLAU, 2012) e naturopatia/naturopatia (CERATTI, 2018), apresentadas brevemente a seguir.

A homeopatia está ancorada na existência de uma ordem universal que rege todas as coisas, interconectada de forma a permitir uma expressão una, sendo a vida de qualquer ser qualificada como “[...] a energia que agrega os componentes elementares do Universo e confere singularidade a cada constituição, mantendo-a como uma unidade, como um ser individual, como um ser vivo”. (CAMPHELLO; LUZ, 2012, p. 76) Dessa maneira, o ser humano é localizado como parte integrante do universo, composto por um corpo físico movimentado pela força/energia vital (que lhe mantém a vida) e conduzido por um espírito. A concepção de corpo adotada apoia-se na anatomia clássica, contudo não se apresenta estática, visto que a morfologia recebe influência contínua das ações desempenhadas pelo processo vital na vida,

sendo necessária para compreender os fenômenos humanos que se manifestam nos planos sensorial, funcional, estrutural e espiritual. Nessa racionalidade, a saúde é compreendida como estado de equilíbrio da energia vital, no qual todas as funções e sensações estão funcionando harmoniosamente. Quando a energia vital é desequilibrada, surgem variações no estado de saúde no plano sensorial, num primeiro momento, podendo repercutir no plano funcional, seguir para o plano estrutural e, por último, afetar o plano espiritual. O trabalho do homeopata será descrever, de forma individualizada, o desequilíbrio e atuar no sentido da restauração da saúde. Para isso, a terapêutica é principalmente medicamentosa e adota a lei da semelhança, segundo a qual as substâncias são escolhidas com base na semelhança com as manifestações que produzem os sintomas presentes na pessoa desequilibrada. (CAMPELLO; LUZ, 2012)

Na medicina tradicional chinesa, praticada em serviços de saúde brasileiros, alguns conceitos são importantes para explicar a vida e os processos de saúde-adoecimento-cuidado. O *dao* está por trás da ideia de autorresponsabilidade pela saúde, uma vez que segui-lo significa conduzir-se por meio do caminho natural do indivíduo. Do *dao* surge o *taiji*, a partir do qual supõe-se o *yin/yang*, duas forças opostas e complementares que caracterizam o universo e compõem o ser humano. A interação estabelecida entre elas provoca o aparecimento das cinco fases (ou movimentos) – madeira, fogo, terra, metal e água –, que representam os fenômenos naturais, incluindo aqueles que acontecem no corpo humano. Os cinco movimentos e o *yin/yang* são considerados como expressões especiais ou tipos de *qi* (sopro vital), os quais sustentam a vida. Logo, a saúde é consequência da harmonia/movimentação adequada de *qi* e da alternância harmoniosa de *yin/yang* e das cinco fases. O adoecimento, por sua vez, dá-se na forma de desequilíbrios causados pelo impedimento da circulação/dinâmica natural de *qi* ou predominância de um dos movimentos/polos *yin/yang* sobre o outro. Dessa forma, são gerados padrões individuais de adoecimento que demandam análise integral e particular. Nessa medicina, o corpo é formado por 12 *Zang Fu* (fígado, coração, príncipe do

coração, baço, pulmão, rins, vesícula biliar, intestino delgado, triplo aquecedor, estômago, intestino grosso e bexiga), de natureza *yin* ou *yang*, concebidos como “[...] os grandes centros que sediam os espíritos, armazenam as essências e produzem o *qi* humano”. (LUZ, 2012, p. 113) Esse *qi* circula por meio de canais de circulação (ou meridianos de energia) correspondentes aos *Zang Fu*, que possuem cavidades no seu trajeto com papéis específicos. Algumas dessas cavidades são estimuladas de forma terapêutica por meio da acupuntura, uma das práticas mais conhecidas desse sistema médico, que também faz uso de fitoterapia, dietoterapia, massagem e exercícios terapêuticos (como o *qi gong*). (LUZ, 2012)

A ayurveda é um sistema médico tradicional indiano apoiado numa teoria que considera cinco elementos (éter, ar, fogo, água e terra) como sendo a base de constituição do universo (macrocosmo). Por conseguinte, o ser humano, compreendido como um pequeno universo (microcosmo) indissociado do macrocosmo, também apresenta existência guiada pelos cinco elementos básicos. Para essa racionalidade, espírito e matéria integram uma totalidade movida por meio da energia vital (*prana*) e formada por um corpo denso (composto de sete tecidos vitais) e um corpo sutil (em que estão os centros da força vital, chamados *chakras*), que possuem canais (*nadis*) por onde circulam as energias. (MARQUES, 2012) Os cinco elementos se apresentam a partir de três humores (ou *doshas*), responsáveis por todas as atividades da totalidade humana: “1. *Vata* - princípio corporal do vento, manifesta-se a partir dos elementos ar e éter; 2. *Pitta* – princípio corporal do fogo, manifesta-se a partir dos elementos água e fogo; 3. *Kapha* – princípio corporal da água, se manifesta a partir dos elementos terra e água”. (MARQUES, 2012, p. 162)

Nesse sentido, a saúde compreende a harmonia do ser humano com a ordem cósmica e o equilíbrio dinâmico entre os três *doshas*, enquanto o processo de adoecimento é relacionado com o desequilíbrio dos três humores e a desordem da conexão com o macrocosmo. O sistema diagnóstico está pautado nas singularidades dos indivíduos, sendo a análise da constituição

individual, momento em que é feita a determinação da constituição básica segundo os três *doshas*, uma de suas etapas. A terapêutica, no que lhe diz respeito, tem como propósito primário o estabelecimento do equilíbrio dos humores e é realizada com o uso de fitoterapia, exercícios físicos e respiratórios, meditação, dieta e massagem terapêutica. (MARQUES, 2012)

Na medicina antroposófica adota-se uma maneira de pensar a natureza, formada por quatro elementos (terra, água, ar e fogo), como “[...] uma totalidade multifacetada, cujas eras de evolução deram progressivamente nascimento a cada uma das facetas do humano [...]”. (LUZ; WENCESLAU, 2012, p. 195) Desse modo, o ser humano (microcosmo vivo) compartilha características com a natureza e é parte integrante dela, como pode ser observado em sua constituição morfológica: possui quatro corpos (quadrimembração) que correspondem, no macrocosmo, aos quatro elementos. Na quadrimembração, o corpo físico (ligado ao elemento terra) representa o campo espacial, o corpo etérico (água) refere-se à esfera funcional, o corpo astral (ar) pertence ao âmbito da consciência e da percepção sensorial e o Eu (fogo) traduz-se na essência/identidade humana, sendo responsável pelo autogoverno e autoconsciência. A partir desses quatro corpos surge a trimembração, na qual o corpo físico e o corpo etérico originam o *corpo* (plano corporal), o corpo etérico junta-se com o corpo astral na *alma* (plano anímico ou emocional) e o corpo astral e o Eu misturam-se formando o *espírito* (plano espiritual). A integração entre microcosmo e macrocosmo é operada na dinâmica vital, que é baseada em alguns princípios, como a lei da polaridade (vitalidade movimenta-se em ritmo constante e polar) e os setes processos da vitalidade (a exemplo da respiração e da alimentação). Ademais, o movimento do Sol, da Lua e de cinco planetas (Saturno, Júpiter, Vênus, Marte e Mercúrio) exerce influência sobre a vida humana. (LUZ; WENCESLAU, 2012)

Nessa racionalidade médica, a harmonia rítmica entre os componentes do humano (quadrimembração e trimembração) e o equilíbrio na relação com a natureza gera a saúde como consequência, ao tempo em que o adoecimento ocorre quando

há desarmonia no microcosmo ou na interação microcosmo-macrocosmo. Portanto, a diagnose está pautada primariamente no levantamento e na descrição das desarmonias (fundamentada nas características e história biográfica individual) e o tratamento consiste na recuperação, promoção ou ampliação da saúde (utilizando medicamentos, fitoterapia, massagem rítmica, terapias artísticas, terapias pedagógicas, meditação, exercícios retrospectivos, nutrição e aconselhamento biográfico). (LUZ; WENCESLAU, 2012)

A naturopatia/naturopatia está pautada na reunião de saberes e fazeres provenientes de distintas RM, práticas de saúde e práticas de cura de origens e temporalidades diferentes, constituindo um conhecimento que se aproxima da concepção de uma ciência transdisciplinar. Sua cosmologia é baseada nas concepções culturais e simbólicas apresentadas na relação de interagência (relação terapêutica) pelo indivíduo que busca cuidados em saúde, isto é, não é elaborada *a priori*, o que é coerente com a organização dessa racionalidade, visto que foi estabelecida cronologicamente após os sistemas médicos e as práticas terapêuticas/diagnósticas (que carregam visões de mundo próprias ou compartilhadas) que abrangem em seu escopo. Essa medicina possui abordagem multidimensional, vitalista, focada no interagente e com relevo para a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, fundamentada na integração entre conhecimentos tradicionais, integrativos e biocientíficos. A concepção de corpo e dinâmica vital carrega as noções da racionalidade científica moderna de tecidos, órgãos e sistemas, que se relacionam entre si, associadas a saberes orientais, como aqueles provenientes da medicina tradicional chinesa. Do mesmo modo, a diagnose e a intervenção terapêutica partem de procedimentos e técnicas oriundos de diferentes culturas de cuidado. (CERATTI, 2018)

Das medicinas tradicionais, alternativas, complementares e integrativas às Práticas Integrativas e Complementares

As medicinas e práticas de saúde de origem não biomédica vêm sendo denominadas conjuntamente de diferentes formas, por conta das características em comum que apresentam e dos movimentos que embasam seus usos no campo da saúde. Essas maneiras de designar levam em conta as afiliações que estabelecem (ou não) com a racionalidade médica hegemônica (convencional) e, por vezes, referem-se a momentos históricos, mesmo que na atualidade coexistam sincronicamente. Algumas das denominações mais comumente encontradas na literatura são medicina/prática tradicional, alternativa, complementar e integrativa. (BARROS, 2008; NG et al., 2016)

As medicinas tradicionais referem-se ao conjunto de sistemas médicos, visões de mundo, saberes e práticas concebidos culturalmente na história de grupos sociais, em diversas regiões do mundo, para lidar com processos de saúde-adoecimento-cuidado. Tratam-se de elementos diversos que apresentam inserção tradicional ampla em diferentes culturas, constituindo na terapêutica, por exemplo, diferentes terapias espirituais, à base de ervas e outras. Essas culturas de cuidado são utilizadas há muitos anos, associando-se à história do ser humano nos seus territórios de origem. Dessa forma, são reconhecidas e aceitas socialmente em muitos países, fazendo parte dos sistemas de saúde oficiais, nos quais representam parcela considerável da oferta de serviços de saúde à população. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, 2013) Estabelecidas no Brasil, fazem parte desse grupo as práticas de cuidado e cura indígenas e de matriz africana. (ALMEIDA, 2011; ANDRADE; SOUSA, 2016; BASTA et al., 2020; MOEBUS, 2017)

As práticas indígenas brasileiras, presentes na contemporaneidade, são aquelas que sobreviveram ao massacre colonial europeu, traduzem o curso da saúde e do adoecimento nas relações de harmonia (ou desarmonia) estabelecidas entre o ser humano, a natureza e a cultura, compreendendo a existência de

uma integralidade e de um cuidado que intercalam dinâmicas socioespirituais. (LUZ, 1997; MOEBUS, 2017) Os sistemas de cuidado e cura de matriz africana organizaram-se no Brasil com a chegada das pessoas africanas escravizadas durante a colonização europeia, manifestam costumes e representações multidimensionais de saúde, adoecimento e cuidado que têm como traços marcantes a interlocução entre o mundo visível e o mundo invisível, o axé. (ALMEIDA, 2011; LUZ, 1997) Outros exemplos de medicinas tradicionais são a *unani* (de origem árabe), medicina tradicional chinesa e ayurveda. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, 2013)

Medicina alternativa é um termo que pode ser utilizado para fazer referência a diferentes modelos, sistemas médicos, práticas e procedimentos de saúde, “[...] uma única definição é praticamente impossível, [...] a medicina alternativa quer dizer muitas coisas diferentes para muitas pessoas [...]”. (BARROS, 2008, p. 177) Nessa polissemia (BARROS, 2008; BARROS; NUNES, 2006; LUZ, 1997), uma primeira acepção aponta a medicina alternativa como um modelo pautado no alinhamento com o movimento da contracultura, que despontou nos anos 1960. Esse movimento propôs novas possibilidades de desenvolvimento da vida social, a partir da insatisfação com a ordem instituída, o que, na produção do conhecimento, ocorreu com o questionamento do papel social e do heroísmo atribuído à ciência moderna. (BARROS, 2008)

No campo da saúde, o modelo alternativo desenvolveu-se conforme a lógica da alternância, a partir da qual pretendia transformar ou substituir o modelo oficial. (BARROS, 2008; BARROS; NUNES, 2006; OTANI; BARROS, 2011a) Isso foi feito com a valorização e uso de sistemas médicos e práticas de saúde historicamente ausentes nos sistemas oficiais de atenção, como aqueles compreendidos como sendo parte da medicina tradicional, inserindo-se em um polo alternativo (de contraposição) em relação ao modelo biomédico. Logo, afiliar-se à medicina alternativa significava quebrar as relações com o saber (bio)médico oficial, negando-o. (BARROS, 2008) Ademais, a medicina alternativa como um modelo do campo

da saúde é orientada no sentido de uma prática médica mais qualitativa, com dedicação maior para as causas dos processos de saúde-adoecimento e “[...] fundada no *indeterminismo*, na *imprevisibilidade*, na *descontinuidade*, na *instantaneidade*, na *incerteza* e na *flexibilidade*” (BARROS, 2008, p. 180, grifo do autor), na qual os elementos não oficiais estabelecem grande ecletismo com outros campos, como o da religião, da cultura e da arte. (BARROS, 2008)

Num segundo significado, a medicina alternativa refere-se ao conjunto de sistemas médicos e práticas de saúde opostos da biomedicina, que, nas últimas décadas, foram introduzidos em países do Ocidente. (BARROS; NUNES, 2006; LUZ, 1997) Nesse grupo “[...] se incluem não apenas as medicinas tradicionais das culturas nacionais (ou mesmo regionais), como também as medicinas tradicionais provindas do Oriente, e a medicina homeopática” (LUZ, 1997, p. 15), além de práticas de saúde forjadas recentemente, que não possuem identidade tradicional estabelecida. O crescimento do uso dessas medicinas está conectado com uma crise da saúde nas sociedades contemporâneas, fruto do engrandecimento das desigualdades sociais, da presença de uma tripla carga de doenças (coexistência de doenças de cunho crônico-degenerativo, infectocontagioso e provocadas por causas externas) e da orientação dos dirigentes governamentais para o neoliberalismo. Além disso, está ligado a uma crise da medicina (convencional), por conta da desarmonia na relação estabelecida entre médico e paciente, da mercantilização das ações e serviços de saúde, do aumento dos custos da tecnologia médica, da competição entre especialidades médicas e entre profissões da saúde, da diminuição da capacidade da medicina em solucionar problemas e do modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico. (LUZ, 1997) Essa medicina alternativa também esteve relacionada com o movimento de contracultura, com base em sua ligação com ideias de fuga do que não é natural e ecológico, mas, diferente da ideia apresentada anteriormente, não se dispõe ordenadamente como um modelo para o campo da saúde. (BARROS, 2008; LUZ, 1997)

De acordo com outra definição, cunhada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1962, a medicina alternativa apresenta-se como um caminho para garantir atenção à saúde de populações pobres, sendo considerada como “[...] uma prática tecnologicamente despojada de medicina, aliada a um conjunto de saberes médicos tradicionais”. (LUZ, 1997, p. 15) Além disso, em uma qualificação diferente do termo (BATES, 2000), a medicina alternativa é descrita como possuidora de diversas semelhanças com a chamada medicina clássica, paradigma médico que antecedeu a medicina científica moderna no Ocidente. Desse modo, a medicina que é denominada como alternativa está mais próxima da medicina clássica do que a própria medicina científica moderna, o que introduz uma nova concepção de medicina alternativa: seria mais coerente conferir o *status* de alternativa para a biomedicina, pois ela identifica-se como distinta da medicina clássica e da medicina que correntemente é alcunhada como alternativa. (BATES, 2000) Uma outra compreensão de alternatividade está relacionada com a ideia segundo a qual os saberes que extrapolam a biociência, partindo da concepção que ela “[...] produziu um conhecimento-regulação normativo e excludente [...]” (BARROS, 2006, p. 850), são alternativos a ela (BARROS, 2006; GUIMARÃES et al., 2020), ou seja, a expressão “alternativa” exige um complemento, que nesse caso é a biomedicina – *medicinas alternativas à biomedicina*. Em contradição, em uma interpretação diversa, a ideia de alternativa aparece como relativa, pois o que pode ser concebido como uma prática alternativa para certo grupo social também é capaz de ser principal para outros grupos. (OTANI; BARROS, 2011a) Num outro sentido, a medicina alternativa está presente dentro da biomedicina, nomeando as práticas e os procedimentos pouco testados ou utilizados, a exemplo de certos tratamentos clínicos com uso de certas drogas. (BARROS, 2008; BARROS; NUNES, 2006)

Existem diferentes noções sobre o que é a medicina complementar no campo da saúde. (BARROS, 2008; BARROS; NUNES, 2006) Numa primeira definição, a medicina complementar é compreendida como um modelo pautado no

desenvolvimento de uma epistemologia da complementariedade, que assume a interdisciplinaridade e a complementariedade científica. (BARROS, 2008) Essa epistemologia se traduz

[...] a partir da construção de um objeto que se funde na realidade *objetiva*, mas atende a necessidade de *leis* com consciência e valores; a partir do corte da realidade, através de um exercício previsível, mas com sensibilidade para rearranjar-se para o imprevisível; a partir da definição dos procedimentos de investigação, ‘método-lógicas’, estruturados e acumulados progressivamente e instantâneos e descontínuos; a partir da definição dos procedimentos de representação *quantitativa*, *experimental* e *racional*, com espaço também para as representações *qualitativas*, *poético-metafóricas*, *intuitivas* e *vivenciais*; a partir da definição dos procedimentos de explicação *reprodutível* e *individualizável*. (BARROS, 2008, p. 260, grifo do autor)

Desse modo, o modelo complementar está baseado na não dualidade (ausência de oposição), apresentando-se, em muitos aspectos, em posição intermediária entre o modelo biomédico e o modelo alternativo. Um exemplo é o que ocorre no âmbito do exercício da previsibilidade: no modelo complementar utilizam-se protocolos sem aprisionar-se a eles, ou seja, são considerados como de importância equivalente os procedimentos estruturados *a priori* e aquilo que surge instantaneamente durante a prática. Isso é feito tomando como base o privilégio para a escuta e conduta centrada no indivíduo. Outrossim, no modelo de medicina complementar, a abordagem empregada desenrola-se na atenção por causas e sintomas de processos de saúde-adoecimento, fazendo uso das dimensões quali-quantitativa, com dedicação inicial para os sintomas considerados mais urgentes, numa perspectiva quantitativa. (BARROS, 2008)

Outra acepção para medicina complementar desponta em uma nova maneira de caracterizar a relação estabelecida entre sistemas médicos e práticas de saúde convencionais e não convencionais, com base na ideia de que a medicina alternativa definia essa relação a partir da alternatividade. Nesse sentido,

na medicina complementar, esses sistemas e práticas passaram a ser usados juntos/combinados (para complementar um ao outro). (BARROS, 2008; BATES, 2000; TESSER; BARROS, 2008) Ademais, em outro significado atribuído, medicina complementar é apontada para se referir ao grupo de sistemas médicos e práticas de saúde não convencionais, sem uma ligação com a concepção contracultural de alternatividade e epistemológica da complementariedade. Nessa perspectiva, algumas interpretações referem-se à medicina complementar como algo que não é ensinado comumente nas escolas (bio)médicas e ofertado nas instituições de saúde ocidentais. (BARROS, 2008) Em uma outra ideia (BARROS; NUNES, 2006), a medicina complementar surge como uma forma de renomear a chamada medicina alternativa, para que esta seja inserida em instituições oficiais de saúde, isto é, a mudança de nome parece estar associada à aceitação situacional da prática.

No caso específico do Brasil, verifica-se também uma outra possibilidade de significado para a medicina complementar: “em português, na prática médica, a solicitação de exame diagnóstico auxiliar é denominado como ‘solicitação de testes complementares’”. (BARROS; NUNES, 2006, p. 2026, tradução nossa) Nessa perspectiva, a medicina complementar é concebida como parte da biomedicina, pois refere-se às ferramentas diagnósticas associadas à lógica de especialização do conhecimento e incorporação de novas tecnologias duras por essa racionalidade médica. (BARROS, 2008; BARROS; NUNES, 2006)

Existem, ainda, noções que posicionam a medicina complementar e a medicina alternativa como sinônimas, como é o caso da utilizada pela OMS, que considera que os termos “medicina complementar” e “medicina alternativa” são utilizados para designar as medicinas que não apresentam papel principal, não estão integradas à oferta oficial de serviços de saúde e não se constituem como parte da medicina tradicional de um Estado-nação. (BARROS, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013) Igualmente, é possível que a medicina complementar, a medicina alternativa e a medicina tradicional sejam vistas como a mesma coisa. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013)

Essas aproximações fizeram como que elas fossem reunidas em dois termos: medicina alternativa e complementar (MAC) (NG et al., 2016; SOUSA; TESSER, 2017; TESSER, 2009; TESSER; BARROS, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002) e medicina tradicional e complementar. (SOUSA; TESSER, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013) Na literatura (NG et al., 2016), medicina alternativa, medicina complementar e MAC costumam ser descritas indistintamente, fundamentando-se nos atributos que não apresentam, a partir da comparação com a biomedicina. Por exemplo, a MAC pode ser categorizada como aquela que não é utilizada na medicina convencional. Esse pode ser considerado como um traço do poder colonial, exercido pela racionalidade médica ocidental contemporânea, uma vez que “outras racionalidades em saúde [...] são marcadas em sua diferença pela adjetivação, assinalando assim sua pertença a configurações de saberes distintos dos saberes eurocêntricos [...]”. (GUIMARÃES et al., 2020, p. 5) A medicina integrativa, por sua vez, é essencialmente apresentada na literatura científica com base “no que é”, ou seja, nas características que apresenta, sem necessariamente ser comparada com a medicina convencional (NG et al., 2016), o que pode apontar, nessa medicina, para a construção de uma nova lógica de conceber as inter-relações estabelecidas entre os atores e serviços presentes no campo da saúde.

Não obstante, a expressão “medicina integrativa” também possui diferentes sentidos. (NG et al., 2016; OTANI; BARROS, 2011a) Em um deles, pode ser concebida como a medicina que se caracteriza pela abordagem integral do indivíduo, considerando-o como uma unidade constituída de variadas dimensões (biológicas, psicológicas, sociais, espirituais etc.) a serem cuidadas. (NG et al., 2016; OTANI; BARROS, 2011a) Segundo outro significado, a medicina integrativa apresenta proximidade com a medicina complementar, pois é vista como a dinâmica de combinação entre a medicina convencional e a não convencional. (NG et al., 2016; OTANI; BARROS, 2011a) Entretanto, distintamente da medicina complementar, essa integração se daria com base em alguns pressupostos, como a

existência de evidências científicas. (OTANI; BARROS, 2011a; TESSER; BARROS, 2008) Uma das ideias que sustentam esse ponto de vista é a de que “[...] aspectos numerosos e positivamente percebidos das medicinas não convencionais podem complementar as convencionais para formar um novo sistema de saúde aprimorado”. (NG et al., 2016, p. 13, tradução nossa) Ademais, medicina integrativa pode ser utilizada para substituir o termo medicina complementar, orientando o abandono de alguns dos sentidos conferidos a ele, como seus usos para designar alguns métodos diagnósticos da biomedicina e as práticas de saúde não convencionais sem ligação com a lógica de complementariedade. (BARROS, 2008; BARROS; NUNES, 2006)

Uma outra concepção parte da ideia de que a medicina complementar estabelece a relação de complementariedade no nível dos modelos (com o uso de práticas terapêuticas afiliadas a diferentes RM, por exemplo), para conceber que na medicina integrativa o movimento de complementariedade acontece no nível paradigmático (com o uso de RM diferentes). (BARROS, 2008) Nesse sentido, em uma outra acepção do termo, medicina integrativa pode ser compreendida como modelo ou paradigma do campo da saúde (NG et al., 2016; OTANI; BARROS, 2011a) que abrange a integração entre a medicina convencional e não convencional. Por se tratar de um novo modelo/paradigma, existem diversos desafios e dificuldades para sua implantação, a qual deve representar um aumento dos custos do sistema de saúde em sua fase inicial, devido aos gastos com a promoção das mudanças necessárias, seguido da diminuição das despesas, motivada pelo estabelecimento da integralidade do cuidado e da atenção no sistema. (OTANI; BARROS, 2011a)

Nesse sentido, a designação e, por consequência, a caracterização do grupo de RM e práticas terapêuticas de origem diversa da biomedicina apresentam distintas influências e motivos, pois “[...] os significados não existem em si mesmos, mas são determinados por posições ideológicas em jogo durante o processo sócio-histórico em que as palavras foram produzidas”. (BARROS; NUNES, 2006, p. 2025, tradução nossa) No Brasil, a denominação oficial partiu de uma política nacional, que

inicialmente se chamaria Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares. (BRASIL, 2006a) Entretanto, no Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Federal de Medicina apresentou como proposta a alteração do nome, que passaria de Política de Medicina Natural para Política de Medicina Integrativa. Essa sugestão esteve relacionada com a ideia de que a medicina integrativa faz uso do conhecimento convencional e não convencional de forma integrada e a partir de validação científica. (SILVA et al., 2020) Desse modo, estariam excluídas da medicina integrativa as práticas que não foram legitimadas cientificamente. Isso representa a manutenção do papel hegemônico da racionalidade biomédica, que vem obstaculizando a institucionalização das práticas de saúde distintas da biomedicina no Brasil, desde o início desse processo. (LUZ, 1997) Nesse sentido, de acordo com Luz (1997, p. 35), “[...] o saber médico científico funciona como elemento às vezes de censura, às vezes de comprovação”. Ademais, o Fórum Nacional de Trabalhadores da Área da Saúde sugeriu a alteração do nome para “Política Nacional de Práticas Complementares na Saúde” e adição da atuação multiprofissional. (SILVA et al., 2020) Ambas recomendações foram ouvidas (SILVA et al., 2020) e, como resultado, foi aprovado o nome de Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), adotando-se, portanto, o termo Práticas Integrativas e Complementares. (BRASIL, 2006a; SILVA et al., 2020)

As PIC são descritas como sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que “[...] buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde [...], com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade”. (BRASIL, 2006a, p. 10) Em vista disso, trata-se de um grupo heterogêneo de práticas que apresenta algumas características compartilhadas. Além daquelas citadas anteriormente, podem ser elencadas: resolutividade (LUZ, 1997); centralidade no sujeito e em suas necessidades (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; LUZ, 1997; TESSER, 2009); abordagem focada na saúde (LUZ, 1997; TESSER, 2009);

consideração da singularidade da pessoa, das suas manifestações de saúde-adoecimento e, conseqüentemente, do cuidado (LUZ, 1997; SOUSA; HORTALE; BODSTEIN, 2018); intervenção destacada no âmbito da promoção da saúde (LUZ, 1997; TESSER, 2009; TESSER; BARROS, 2008); valorização da dimensão terapêutica (LUZ, 1997) no manuseio de doenças identificadas na biomedicina (NASCIMENTO et al., 2013) ou de situações da vida e processos individuais de adoecimento que não possuem correspondência no sistema diagnóstico biomédico (GUIMARÃES et al., 2020; LUZ, 1997; TESSER, 2017), contribuindo para o que se chama de ampliação da clínica (TESSER; BARROS, 2008); visão ampliada do processo saúde-adoecimento (BRASIL, 2006a); desenvolvimento do autocuidado (BRASIL, 2006a), autoconhecimento (LUZ, 1997; TESSER, 2009), autonomia (AGUIAR; KANAN; MASIERO, 2019; LUZ, 1997; SILVA et al., 2016; TESSER; BARROS, 2008), autorrealização (TESSER, 2009), empoderamento (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016; SILVA et al., 2016; TESSER, 2009) e fortalecimento social (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016); potencial desmedicalizante (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016; TESSER; BARROS, 2008); menor iatrogenia quando comparada à biomedicina (TESSER, 2017); estímulo à interdisciplinaridade e intersetorialidade (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; TELESÍJUNIOR, 2016); aproximação entre equipe de saúde e usuários nos serviços de saúde (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018); valorização da relação terapeuta-paciente (LUZ, 1997); e ênfase na atenção básica (BRASIL, 2006a; TESSER, 2017; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018), ainda que também apresente muitas contribuições para a atenção especializada. (SOUSA; TESSER, 2017; TESSER, 2017)

Entretanto, enfatiza-se que essas características podem estar presentes ou ausentes nas PIC, a depender da maneira com que são compreendidas e praticadas. No caso da medicalização social, por exemplo, essas práticas podem atuar no sentido medicalizante ou desmedicalizante, estando em jogo diferentes fatores nessa escolha, como a perspectiva adotada pelo terapeuta e o contexto em que são realizadas. Desse modo, a diversidade

intrínseca a essas práticas de saúde, somada à multiplicidade de formas com que podem ser manejadas, impõem uma condicionalidade para qualquer qualidade apontada, não sendo possível, na maioria das vezes, indicar uma característica que abranja todas as PIC.¹⁵ (TESSER; DALLEGRAVE, 2020)

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: um caminho para institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares

A PNPIC é uma conquista da sociedade brasileira em mais um passo para a construção da integralidade no SUS, porquanto foi lida como uma “política de inclusão terapêutica” (ANDRADE; COSTA, 2010, p. 507) e uma “ação contra o ‘epistemicídio’”. (BARROS, 2006, p. 850) Em certa medida, aponta para a superação da monocultura da medicina ocidental contemporânea (GUIMARÃES et al., 2020; SILVA et al., 2019; SILVA; MEDEIROS, 2018) nos serviços de saúde brasileiros em prol da abertura para diferentes RM e práticas terapêuticas/diagnósticas, afiliadas a origens e culturas também distintas. Porém, é preciso enfatizar que, para validar uma prática integrativa, a PNPIC parece tomar como base a lógica de produção de evidências científicas, própria da biomedicina. (SILVEIRA; ROCHA, 2020) Essa ideia está numa posição que vai de encontro aos próprios conhecimentos e ferramentas de produção e cuidado das PIC, para legitimá-las no interior do campo da saúde. (GUIMARÃES et al., 2020) Nesse sentido, de acordo com Tesser (2009, p. 1740), torna-se necessário “[...]”

15 Embora compreendamos a complexidade e os problemas em generalizar características para um grupo heterogêneo de práticas de saúde, usaremos neste estudo as características das PIC apresentadas na literatura e em documentos oficiais para descrevê-las. Justifica-se essa decisão pois trata-se de um estudo empírico, no qual buscamos compreender as representações de um certo grupo de atores sobre essas práticas. Essas representações podem entrar em atrito ou diálogo com o que é atribuído nos textos acadêmicos e estatais.

diversificar o processo de validação e legitimação das práticas para além da ciência e da biomedicina: democratizar o tema e politizá-lo. A ciência pode ser um ponto de apoio para legitimação, não o único nem tampouco necessário sempre”. Logo, embora a PNPIC esteja orientada na lógica de integração e/ou complementariedade entre medicinas e recursos terapêuticos de diferentes modelos/paradigmas, insinua a preservação do poder colonial da biomedicina.

A construção da PNPIC representou a convergência de eventos nacionais e internacionais que incentivaram a integração das PIC ao sistema de atenção à saúde oficial. (BRASIL, 2006a; SILVA et al., 2020) Internacionalmente, merecem destaque a Conferência Internacional de Alma-Ata (1978), que marca o posicionamento da OMS em apoiar o uso de práticas tradicionais como um dos caminhos para garantir a disponibilidade de serviços de saúde para todas as pessoas (LUZ, 1997; NASCIMENTO; NOGUEIRA; LUZ, 2012; NASCIMENTO et al., 2013; SILVA et al., 2020); o Programa de medicina tradicional, criado pela OMS, no final da década de 1970, com o intuito de construir políticas sobre esse tema (BRASIL, 2006a; TELES JÚNIOR, 2016; SILVA et al., 2020); e o *WHO traditional medicine strategy 2002-2005* (a versão mais atualizada desse documento é o *WHO traditional medicine strategy: 2014-2023*), elaborado com o propósito de apoiar o fortalecimento da medicina tradicional, bem como sua inserção nos sistemas nacionais de saúde, considerando o cuidado integral e a promoção do acesso, segurança, eficácia e qualidade na sua utilização. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, 2013)

No Brasil, no período de redemocratização política, observou-se o crescimento do uso das chamadas medicinas alternativas, o que gerou a demanda social para a abertura de serviços públicos para essas medicinas. O endereçamento dessa necessidade culminou na oficialização de um convênio, em 1985, entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, a Fundação Oswaldo Cruz, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemanniano Brasileiro, com o objetivo de realizar a oferta de atendimento médico e executar atividades de pesquisas sobre a homeopatia,

fitoterapia e acupuntura. (LUZ, 1997) Posteriormente, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que aconteceu em 1986, foi deliberada a inserção das práticas alternativas nos serviços de saúde, garantindo a possibilidade de escolha entre diferentes terapêuticas (BRASIL, 2006a; NASCIMENTO et al., 2013; SILVA et al., 2020), reafirmada na 10ª CNS (1996), 11ª CNS (2000), 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (2001), 12ª CNS (2003), 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica (2003) e 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2004). (BRASIL, 2006a; SILVA et al., 2020) Nessas conferências, as PIC foram visualizadas como importantes no que diz respeito ao “[...] redirecionamento do modelo assistencial, aprofundamento da integralidade do cuidado e de alargamento de opções terapêuticas, frente a um cenário de transição demográfica e epidemiológica”. (SILVA et al., 2020, p. 6) Nesse cenário, emergiram também algumas iniciativas de implantação das PIC em nível estadual e municipal, que assumiram diferentes conformações institucionais e assistenciais. (BRASIL, 2006a; NASCIMENTO et al., 2013; SILVA et al., 2020; SOUSA et al., 2012)

Como resultado, em 2003 foi criado um grupo gestor e quatro subgrupos de trabalho (correspondentes às quatro PIC que naquele momento vislumbrava-se a implementação – homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica e medicina tradicional chinesa/acupuntura) para a construção da política nacional. (BRASIL, 2006a; SILVA et al., 2020) Após a sistematização das atividades, com a realização de um diagnóstico nacional da oferta das PIC no SUS, fóruns e reuniões técnicas, a proposta inicial da política foi produzida e, em seguida, apresentada para apreciação em 2005. Essa proposta recebeu diversas intervenções, como as feitas na Comissão Intergestores Tripartite, que decidiu pela não destinação de recursos financeiros específicos para a política, e a do Conselho Nacional da Saúde, que orientou, entre outras coisas, a inclusão do termalismo social/crenoterapia no conjunto de práticas abrangidas. Em 2006, o documento final foi aprovado. (BRASIL, 2006a; SILVA et al., 2020) É importante destacar que, em 2005, ainda quando a PNPIC estava sendo

elaborada, foi constituído um grupo de trabalho para a produção da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovada em 2006. (BRASIL, 2006a, 2006b) Todavia, a criação de uma política específica para essa prática integrativa não significou a sua exclusão no texto final da PNPIC.

Nesse sentido, a PNPIC foi publicada com as seguintes PIC: medicina tradicional chinesa – acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo social/crenoterapia e medicina antroposófica. (BRASIL, 2006a) Entretanto, diferentemente das outras práticas, o termalismo social/crenoterapia e a medicina antroposófica foram incluídos na forma de observatórios de saúde. (BRASIL, 2006a, 2006c) No caso da medicina antroposófica, é relevante registrar que, embora esse tipo de inserção tenha sido justificado oficialmente, baseando-se em sua “[...] pequena representatividade no SUS [...]” (BRASIL, 2006a, p. 24), a desconfiança da corporação médica também esteve em jogo na tomada dessa decisão. (SILVA et al., 2020) Além disso, o texto da política trouxe, em alguns momentos, a expressão “práticas complementares”, de forma isolada, referindo-se a algumas PIC com experiências em municípios e estados brasileiros, porém não abrangidas explicitamente no escopo da PNPIC (com exceção de algumas terapias presentes no sistema terapêutico das RM incorporadas, como o *lian gong*, da medicina tradicional chinesa), a exemplo do *reiki* e yoga. (BRASIL, 2006a) Isso pode ter contribuído para a falta de certeza em definir o que está no escopo da PNPIC e o que deve ser considerado como PIC, observada em diversos serviços de saúde. (BARBOSA et al., 2020; LIMA; SILVA; TESSER, 2014; SOUSA et al., 2012) Ademais, outros fatores que podem ter influenciado nesse problema são as dificuldades relacionadas com o uso dos sistemas de notificação e informação em saúde (LIMA; SILVA; TESSER, 2014; SOUSA et al., 2012); a heterogeneidade das práticas que são compreendidas como PIC e um dos conceitos utilizados para descrever essas práticas, que, ao situá-las como sendo de origem não biomédica, é capaz de abranger um grande número de terapias, as quais nem sempre apresentam as características compartilhadas pelas PIC. (BARBOSA et al., 2020) Essa situação foi observada, por

exemplo, na cidade de Campinas, onde gestores de unidades de saúde de nível de atenção primária apontaram atividades tais como artesanato e grupos de prevenção de doenças como PIC. (SOUSA et al., 2012)

Ainda que a edição da PNPIC não tenha sido acompanhada de investimentos diretos (SILVA et al., 2020; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018) e estímulos que a pautassem como prioridade na agenda de saúde (GUIMARÃES et al., 2020; SILVA et al., 2020), foi observado aumento do uso das PIC no SUS após seu lançamento, sendo que algumas das práticas utilizadas não estavam englobadas na listagem original da Política, o que justificou sua expansão em 2017 e 2018. (BRASIL, 2017, 2018) Em 2017, por meio da Portaria nº 849/2017, do Ministério da Saúde, foram inseridas arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, *reiki*, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga. (BRASIL, 2017) Em 2018, com a Portaria nº 702/2018, do Ministério da Saúde, ocorreu a inclusão de apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais. (BRASIL, 2018) A Portaria nº 702/2018, do Ministério da Saúde, também realizou a integração formal da medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde e do termalismo social/crenoterapia à PNPIC, que deixaram de ser configurados como observatórios de práticas. (BRASIL, 2018) Não obstante a expansão da oferta, ainda são percebidas algumas ausências, como é o caso das práticas tradicionais brasileiras. (ANDRADE; SOUSA, 2016; GUIMARÃES et al., 2020; MOEBUS, 2017; MOEBUS; MERHY, 2017; SOUSA; TESSER, 2017; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018) A exclusão dessas práticas pode estar relacionada com a manutenção da invisibilidade dos saberes de origem indígena e afro-brasileira do cerne decisório e político brasileiro (GUIMARÃES et al., 2020; MOEBUS; MERHY, 2017), ou pode representar uma tentativa de não normatizá-los, visto que a inclusão de práticas tradicionais na PNPIC pode “[...] exigir delas uma funcionalidade, um pragmatismo e uma

objetividade que não correspondem aos seus critérios próprios de legitimação”. (MOEBUS, 2017, p. 44)

Baseando-se na repercussão da política nacional, alguns estados e municípios brasileiros criaram programas e políticas locais para as PIC. (AZEVEDO; PELICIONI, 2012; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016; SOUSA; TESSER, 2017; TESSER, 2017) Esse foi o caso da Bahia, onde a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia (Pepics-BA) foi publicada em 2019, reconhecendo as experiências diversas de uso dessas práticas em municípios baianos (BAHIA, 2019; FERRAZ et al., 2020), a exemplo de Camaçari e Palmeiras. (FERRAZ et al., 2020) Nessa política estadual, as PIC foram elencadas em cinco grupos temáticos, numa tentativa de classificá-las segundo suas características individuais. Isso representa uma inovação em relação ao que é definido no âmbito nacional, visto que na PNPIC essas práticas são listadas por um mesmo nome/categoria, sem distinção, mesmo com a heterogeneidade presente. Além disso, na Pepics-BA foram inseridas muitas PIC que não estavam englobadas na PNPIC, o que pode indicar a orientação dessa política estadual em “[...] contemplar em seu bojo a identidade regional do estado, no intuito de valorizar e fortalecer as práticas tradicionais e populares”. (BAHIA, 2019, p. 9)

Esses grupos temáticos da Pepics-BA e suas respectivas práticas são: *sistemas médicos complexos/RM* – medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica, homeopatia e ayurveda; *práticas corporais e vivências integrativas* – análise bioenergética, apiterapia, argiloterapia, arteterapia, biodança, contação de histórias, constelação familiar, dança circular, educação somática, geoterapia, massoterapia, medicina germânica, medicina neohipocrática/naturopatia/naturopatia, microfisioterapia, musicoterapia, osteopatia, ozonioterapia, quiropraxia, terapia aquática, terapia com animais e terapia comunitária integrativa; *práticas energéticas/vibracionais e meditativas/contemplativas* – cristaloterapia, cromoterapia, cura magnificada, frequências de brilho, hipnoterapia, imposição de mãos, *johrei*, passe magnético, radiestesia, *reiki*, técnicas imaginativas/visualização

criativa e meditação; *terapias baseadas em produtos naturais/plantas medicinais* – aromaterapia, crenoterapia/termalismo, fitoterapia, naturologia e terapias de florais; e *práticas tradicionais e populares* – benzedeiros, curandeiros, rezadeiras, parteiras, raizeiros, pajés, videntes, médiuns, orientadores espirituais e praticantes de religiões de matriz africana. (BAHIA, 2019)

Nacionalmente, segundo diferentes fontes, a acupuntura e as plantas medicinais e fitoterapia estão entre as PIC mais oferecidas/utilizadas no SUS. (BARBOSA et al., 2020; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018) A intersecção entre levantamentos nacionais aponta para a oferta dessas práticas em 23,5% dos municípios brasileiros, considerando os três níveis de atenção à saúde, com destaque às regiões Nordeste e Sudeste do país. (BARBOSA et al., 2020) De acordo com estudos realizados nos últimos anos, as PIC têm sido oferecidas no SUS principalmente como consequência do interesse dos profissionais da saúde que as manejam, sem apoio gestor ou financeiro. (AGUIAR; KANAN; MASIERO, 2019; BARBOSA et al., 2020; BARROS; FRANCISCO; SOUSA, 2020; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018) Isso é um problema, dado que nem todas as pessoas que estão nos serviços de saúde apresentam conhecimentos ou formação em algumas das PIC, *vide* a dominância estabelecida pela biomedicina. Portanto, nessa situação de protagonismo dos profissionais da saúde, isolado do amparo da gestão, as PIC tendem a difundir-se na atenção básica “[...] apenas pontualmente nas equipes da ESF [Estratégia de Saúde da Família] em que há sensibilidade do profissional para as PICS e alguma competência nelas, mas sem sustentabilidade e com acesso restrito apenas aos usuários daquela unidade [...]”. (BARBOSA et al., 2020, p. 10) Em uma pesquisa, realizada em serviços de atenção primária à saúde da região metropolitana da capital de um estado do Centro-Oeste brasileiro, por exemplo, relatou-se que quando há afastamento do profissional que maneja essas práticas também ocorre interrupção da oferta. (BARROS et al., 2020) Nessa perspectiva, mesmo com a criação da PNPIC e diferentes políticas estaduais e municipais, ainda é observada uma

baixa disponibilização de PIC no SUS. (BADKE et al., 2019b; BARBOSA et al., 2020; RUELA et al., 2019)

Práticas Integrativas e Complementares na formação em saúde: é possível?

Compreende-se que, além do estabelecimento e expansão da PNPIC, outras estratégias devem ser tomadas a fim de assegurar a ampliação do escopo de cuidados empreendidos no SUS. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de contemplar as PIC nos currículos dos cursos de formação de trabalhadores da saúde (ALBUQUERQUE et al., 2019; AMADERA et al., 2010; BADKE et al., 2017, 2019b; BARROS; FIUZA, 2014; BARROS; TOVEY, 2007; BISSOTO; GALLIAN, 2019; BRASIL, 2006a; DAMASCENO et al., 2016; FEITOSA et al., 2016; FIÚZA et al., 2011; FIÚZA; OTANI; BARROS, 2011; GONÇALO et al., 2011; KÜLKAMP et al., 2007; LOCH-NECKEL; CARMIGNAN; CREPALDI, 2010; LOPES et al., 2018; MEDEIROS et al., 2019; MORALES; MIN; TEIXEIRA, 2015; NASCIMENTO et al., 2018; OLEGARIO et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2018; OTANI; BARROS, 2011a, 2011b; SAFE et al., 2019; SALLES; HOMO; SILVA, 2014a; SOLEDADE; SIEGEL; BARROS, 2011; TEIXEIRA, 2007; TEIXEIRA; LIN, 2013; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018), posto que a formação profissional insuficiente é um dos principais desafios para a oferta dessas práticas. (AZEVEDO; PELICIONI, 2012; HABIMORAD et al., 2020; NASCIMENTO; NOGUEIRA; LUZ, 2012; NASCIMENTO et al., 2018; REIS; ESTEVES; GRECO, 2018; RUELA et al., 2019; SALLES; HOMO; SILVA, 2014b; TEIXEIRA; LIN, 2013) No Brasil, os cursos de formação em PIC evidenciam desafios, como a concentração nas instituições de ensino privadas (SOUSA et al., 2012; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018) e a necessidade de maior aproximação com o SUS. (AZEVEDO; PELICIONI, 2012; NASCIMENTO et al., 2018) Outro ponto é o fato dessa formação costumar estar “[...] inserida como uma especialização das profissões da saúde e submetida à validação por meio dos

parâmetros ditados pela biomedicina”. (GUIMARÃES et al., 2020, p. 9) Ou seja, a formação de um profissional da saúde em uma racionalidade médica distinta da biomedicina parece ter como requisito o próprio conhecimento biomédico, ainda que, muitas vezes, a pós-graduação em PIC seja acessada após o desenvolvimento do descontentamento com a medicina ocidental contemporânea, como foi visto entre residentes em acupuntura da Universidade Federal de São Paulo. (BISSOTO; GALLIAN, 2019) Logo, na formação profissional, a racionalidade biomédica apresenta-se como regra e as PIC como opção.

No que se refere à presença dessas práticas nos cursos de graduação em saúde brasileiros, de constituição geralmente centrada na racionalidade biomédica, em um estudo feito com 87 escolas públicas de enfermagem brasileiras foi observado o oferecimento de disciplinas sobre PIC somente em 23 (SALLES; HOMO; SILVA, 2014b), e em outro, que abarcou 272 escolas médicas brasileiras, encontrou-se a abordagem das PIC somente em 57. (ALBUQUERQUE et al., 2019) Além desse quadro de baixa inclusão (ALBUQUERQUE et al., 2019; BISSOTO; GALLIAN, 2019; CARNEVALE et al., 2017; FIÚZA; OTANI; BARROS, 2011; SALLES, 2008; SALLES; HOMO; SILVA, 2014a, 2014b; SOLEDADE; SIEGEL; BARROS, 2011; TEIXEIRA; ROCHA, 2014; TEIXEIRA; LIN, 2013), algumas pesquisas apontaram predominância da oferta no formato de disciplinas ou atividades (curriculares ou não) não obrigatórias (ALBUQUERQUE et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2018; SALLES, 2008; SALLES; HOMO; SILVA, 2014a, 2014b; TEIXEIRA; LIN, 2013), a exemplo da disciplina eletiva sobre acupuntura da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (AMADERA et al., 2010) e da liga acadêmica de medicina integrativa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas. (FALCAO et al., 2012) Ademais, em uma pesquisa feita com instituições de ensino superior do Rio de Janeiro, observou-se que as disciplinas sobre PIC costumam possuir predominantemente caráter informativo, ou seja, pretendem apresentar temas teóricos-conceituais iniciais. (NASCIMENTO et al., 2018) Por conseguinte, essa situação parece demonstrar que as possibilidades prevalentes

de apreensão das PIC pelos estudantes universitários não caminham no sentido expresso de torná-los aptos a praticá-las, o que não ocorre da mesma forma com os recursos terapêuticos biomédicos. Não basta somente informar sobre a existência das PIC (e conteúdos afins), mas também fazer com que os discentes sejam capazes de manejá-las. Somando-se a isso, a predominância de CC e atividades optativas faz com que somente os estudantes que sejam sensibilizados ou tenham interesse prévio por essas práticas entrem em contato com elas durante a formação, privando o restante do convívio com a diversidade de RM e recursos terapêuticos relacionados aos processos de saúde-adoecimento-cuidado.

Nessa perspectiva, algumas pesquisas apontam que estudantes brasileiros da área da saúde possuem conhecimentos insuficientes sobre as PIC (BARROS; FIUZA, 2014; CARNEVALE et al., 2017; FIÚZA et al., 2011; LOCH-NECKEL; CARMIGNAN; CREPALDI, 2010; SOLEDADE; SIEGEL; BARROS, 2011; TEIXEIRA, 2007; TRIPPO et al., 2017), a sua incorporação no SUS (CARNEVALE et al., 2017; LOCH-NECKEL; CARMIGNAN; CREPALDI, 2010; TEIXEIRA, 2007) e a PNPIC. (DAMASCENO et al., 2016; FEITOSA et al., 2016; GONÇALO et al., 2011; TRIPPO et al., 2017) O pouco conhecimento ou desconhecimento contribuem para o aparecimento e a sustentação do preconceito em relação a essas práticas, como observado no caso da homeopatia (BARROS; FIUZA, 2014), e o seu não uso no cotidiano dos serviços de saúde. (BADKE et al., 2017; LOPES et al., 2018) Somando-se a isso, verificou-se em estudos, nos quais os discentes demonstraram conhecer essas práticas de alguma maneira, que a fonte de conhecimento principal não é a acadêmica. (BADKE et al., 2017; KÜLKAMP et al., 2007) Dessarte, diversos trabalhos assinalam que os estudantes de variadas graduações da saúde manifestam-se afirmativamente em relação à introdução das PIC em seus currículos ou ao interesse em estudá-las. (CARNEVALE et al., 2017; FEITOSA et al., 2016; FIÚZA; OTANI; BARROS, 2011; GONÇALO et al., 2011; KÜLKAMP et al., 2007; MORALES; MIN; TEIXEIRA,

2015; SILVA et al., 2013; SOLEDADE; SIEGEL; BARROS, 2011; TEIXEIRA, 2007)

Por outro lado, um estudo realizado com acadêmicos brasileiros de educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia e psicologia mostrou a existência de associação entre o conhecimento dos discentes acerca das PIC e o curso deles: os de medicina e odontologia apresentaram menor conhecimento, enquanto aqueles de psicologia e fisioterapia maior conhecimento. (MEDEIROS et al., 2019) Logo, é possível que existam profissões mais abertas às PIC que outras. Em uma pesquisa feita com professores universitários médicos, observou-se opinião positiva em relação à inclusão da acupuntura no SUS e no currículo de medicina, mas negligência no seu emprego em sala de aula. (MACHADO; OLIVEIRA; FECHINE, 2012) O ensino em saúde, destituído de formação em PIC, ao mesmo tempo em que reflete a situação presente ainda de forma dominante no sistema de saúde (não oferecendo aos estudantes possibilidades de aprendizagem das práticas não convencionais), produz, para a sociedade, poucos trabalhadores (e professores) da saúde que manejam diferentes RM e recursos terapêuticos, o que garante a manutenção do *status* de dominância da racionalidade biomédica.

Nesse sentido, é possível conjecturar que a incorporação das PIC na formação em saúde passa por um processo que favorece a transformação dessa lógica instituída, o que pode exigir ou ocorrer devido a mudanças substanciais empreendidas nos currículos e/ou na estrutura universitária. Por exemplo, na Universidade Federal Fluminense, a acupuntura e homeopatia foram introduzidas no curso de graduação em medicina após uma reforma curricular influenciada pelas discussões que estavam ocorrendo em torno da construção do SUS. (OLIVEIRA et al., 2018; SAFE et al., 2019) Ademais, Rocha e demais autores (2014, p. 37) destacam o papel inovador das instituições universitárias, visto que elas “[...] podem (e devem) desenvolver processos de mudança em sua configuração acadêmica e em suas práticas de ensino, pesquisa e extensão, de modo a oferecer alternativas de formação à sociedade”. Dessa forma, na UFBA, uma reforma

universitária apoiada pelo Programa de Apoio a Planos de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais gerou, como um de seus frutos, a criação do BIS, que contemplou as PIC em sua matriz curricular. (FRANCO et al., 2017; TEIXEIRA; COELHO, 2016, 2017; TEIXEIRA; ROCHA, 2014)

O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: um espaço e uma direção para a pesquisa com as Práticas Integrativas e Complementares

Os Bacharelados Interdisciplinares (BI) da UFBA são cursos de natureza interdisciplinar que promovem formação geral e não profissionalizante, baseados nos princípios da articulação (estímulo ao diálogo entre os campos do saber, que sugere a criação de CC interdisciplinares e integradores), atualização (viabilidade de modificações periódicas nos conteúdos e oferecimento de CC que contemplem as atualizações no campo do conhecimento), autonomia (responsabilização do discente na construção do seu itinerário formativo e processo de aprendizagem), flexibilidade (flexibilização de pré-requisitos e outros dispositivos que comprometam a liberdade de escolha de componentes) e inclusão das três culturas (a formação deve abranger as culturas artística, científica e humanística). (TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2008) A elaboração desses cursos, mediada pela proposição de uma *Universidade Nova* (nome do projeto de reforma universitária), foi gestada em torno de algumas reflexões acerca dos problemas presentes na educação superior brasileira, quais sejam, entre eles, a especialização e escolha profissional precoce, a elitização da instituição universitária, a falta de flexibilidade na arquitetura acadêmica, a ênfase monodisciplinar e em currículos fechados e lineares no âmbito da graduação, a dificuldade de mobilidade acadêmica e o pouco diálogo entre a graduação e pós-graduação. (ROCHA et al., 2014; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2008) Outrossim, especificamente na formação de pessoal em saúde, observou-se, entre outras coisas, distanciamento da realidade

e dos princípios materializados no SUS, pouco comprometimento com as necessidades de saúde da população brasileira, ênfase para o treinamento técnico e destituído de humanismo, falta de estímulo para o trabalho em equipe e para a educação interdisciplinar. (ALMEIDA FILHO, 2014; ROCHA et al., 2014; TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2010)

Dessa maneira, a reforma proposta tinha como objetivo reorientar a formação universitária na UFBA. Para isso, delineou a implantação de uma nova arquitetura curricular, baseada em um regime de formação em ciclos: o primeiro ciclo deveria ser constituído pelos BI, o segundo por cursos profissionalizantes e o terceiro pela pós-graduação. (CARDOSO et al., 2018; ROCHA et al., 2014; TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2008, 2010; VERAS; LEMOS; MACEDO, 2015) Logo, o primeiro ciclo seria compreendido como a porta de entrada dos estudantes na universidade, sendo a sua conclusão necessária para o ingresso no segundo ou terceiro ciclo. Além disso, dado que os BI foram formulados como cursos de graduação com terminalidade própria, seria possível ingressar no mercado de trabalho após o seu fim, desde que não fosse necessária formação profissional específica. (ROCHA et al., 2014; TEIXEIRA; COELHO, 2014a; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2010) Todavia, a implantação do regime de ciclos concorreu com algumas dificuldades e resistências na UFBA, o que fez com que ocorresse parcialmente, mantendo a possibilidade de ingresso direto nos cursos profissionais. (ROCHA et al., 2014; TEIXEIRA; COELHO, 2014b; TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013; VERAS; LEMOS; MACEDO, 2015)

Mesmo com esse impasse, diversas pesquisas vêm apontando as contribuições do BIS, um dos quatro BI implantados na UFBA, para a construção de uma formação universitária em saúde inovadora. (COELHO; TEIXEIRA, 2016, 2017; MENDES; CAPRARA, 2012; TEIXEIRA; COELHO, 2014c; TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013; VERAS et al., 2018; VIEIRA; ARAÚJO; VÉRAS, 2015) Esse curso apresenta uma matriz curricular formada por CC de natureza obrigatória (544

horas), optativa (1020 horas, incluindo as culturas artísticas e humanísticas) e livre¹⁶ (476 horas), organizados em eixos e módulos. (ROCHA et al., 2014; TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2010) No eixo interdisciplinar, por exemplo, os componentes estão divididos em dois módulos: no módulo de estudos sobre a contemporaneidade (136 horas) estão presentes dois CC obrigatórios (Estudos sobre a Contemporaneidade I – HACA01 – e Estudos sobre a Contemporaneidade II – HACA34) e no módulo das culturas há dois artísticos (136 horas) e dois humanísticos (136 horas), que podem ser selecionados no elenco de CC oferecidos no Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC), unidade acadêmica que abriga os BI, ou nas outras unidades da UFBA. Outro exemplo é o eixo específico de saúde, constituído por 748 horas de CC optativos (podem ser escolhidos a partir da oferta de qualquer unidade da área de saúde da UFBA ou do próprio IHAC, quando oferecidos pelo colegiado do BIS) e 204 horas de componentes obrigatórios (Introdução ao Campo da Saúde – HACA10, Campo da Saúde: Saberes e Práticas – HACA40 e Saúde, Educação e Trabalho – HACB17). (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2010) Em relação a esses componentes obrigatórios, é importante citar que têm como propósito apresentar uma visão introdutória e geral do campo da saúde, com base no debate crítico de alguns temas, como o conceito de saúde sob diferentes perspectivas, os sistemas de saúde, as profissões da saúde e as PIC. (TEIXEIRA; COELHO, 2016, 2017)

De acordo com Teixeira e Coelho (2016), a introdução das PIC no currículo do BIS se deu devido ao reconhecimento

16 Diferentemente dos CC optativos, que precisam ser selecionados a partir da oferta dos cursos da área da saúde (no caso da carga horária optativa da saúde) e das humanidades/artes (culturas humanísticas e artísticas), os livres podem ser escolhidos abertamente pelos estudantes. Segundo o projeto pedagógico do BIS, o colegiado incentivará a matrícula em componentes de “Línguas estrangeiras, Linguagem matemática e computacional e disciplinas da área de Ciência e Tecnologia, Saúde, Humanidades e Artes que favoreçam o desenvolvimento de competências cognitivas e habilidades relacionadas ao Perfil do egresso”. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2010, p. 16)

da pluralidade cultural do campo da saúde, com aporte da concepção de ecologia de saberes desenvolvida por Boaventura de Sousa Santos. Nesse sentido, em HACA40 os estudantes iniciam a discussão sobre a PNPIC e as diferentes PIC incorporadas na política (FRANCO et al., 2017; TEIXEIRA; COELHO, 2016), que pode se aprofundar em Racionalidades em Saúde: Sistemas Médicos e Práticas Alternativas (HACA50), componente curricular optativo, oferecido por docentes do colegiado do BIS. (FRANCO et al., 2017; TEIXEIRA; COELHO, 2016; TEIXEIRA; ROCHA, 2014; TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013) É pertinente destacar que HACA50 “[...] vem sendo oferecido regularmente, com preenchimento completo das vagas” (TEIXEIRA; COELHO, 2016, p. 61), embora tenha natureza optativa. Ademais, trata-se de um componente que, no projeto pedagógico original do BIS, foi indicado como integrante do elenco obrigatório do eixo específico de saúde, mas que se conformou como optativo por conta de mudanças solicitadas por avaliadores externos ao projeto, integrantes da administração central da universidade. (FRANCO et al., 2017; TEIXEIRA; COELHO, 2014b; TEIXEIRA; ROCHA, 2014) Além de HACA40 e HACA50, os estudantes do BIS podem se matricular em outros CC que tratam sobre as PIC, de acordo com seus interesses e visto a possibilidade de ampla escolha, garantida por meio do projeto pedagógico do curso, a exemplo da Ação Curricular em Comunidade e em Sociedade (ACCS) denominada Cuidado Transdisciplinar do Corpo como Consciência com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (ENFB35), oferecida semestralmente pela Escola de Enfermagem da UFBA (SANTOS et al., 2020), e da ACCS Ações Interdisciplinares em Práticas Integrativas e Complementares (HACD26), ofertada pelo IHAC no semestre 2019.2. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2019a, 2019b) Nesse sentido, o BIS vem promovendo o contato dos estudantes com um elenco diversificado de abordagens sobre a vida e o processo saúde-adoecimento-cuidado, o que tem contribuído para o enriquecimento da formação em saúde, como percebem Franco e demais autores (2017, p. 146), numa reflexão sobre o papel de HACA50:

[...] o componente HACA 50 tem cumprido o papel de apresentar o mais cedo possível, aos jovens em formação, uma base epistemológica mais ampla, relativizando as diferentes abordagens diagnósticas e terapêuticas, o que poderá contribuir na construção de suas biografias, para além de suas escolhas profissionais futuras. Não se pretende que os estudantes dominem todos os paradigmas e suas diversas abordagens, mas que amplifiquem o olhar, para além do modelo cartesiano-positivista predominante na construção do conhecimento ocidental, na própria subjetividade e concepção do ser humano, o que poderá se repetir nas práticas de cuidado que virão a adotar.

É plausível também que esse contato com diferentes pontos de vista no campo da saúde se relacione ou colabore com a construção de certas noções ampliadas do processo saúde-adoecimento-cuidado entre os estudantes. Nessa perspectiva, em uma pesquisa com discentes do BIS verificou-se a presença de uma experiência de adoecimento associada a saberes não biomédicos (SANTANA; PIMENTEL; VÉRAS, 2020), ao tempo em que, em outra (CARDOSO; VÉRAS; COELHO, 2017), apareceram algumas concepções de promoção da saúde ligadas ao bem-estar, qualidade de vida e empoderamento social, características inerentes às PIC, consoante o exposto anteriormente.

Nesse contexto, é preciso que os usos e significados sobre as PIC presentes entre os estudantes do BIS também sejam explorados. Tomando como base o projeto político-pedagógico do curso (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2010), é esperado que as concepções e práticas de saúde-adoecimento-cuidado desses acadêmicos não se reduzam à perspectiva biomédica e/ou sejam ligadas somente a ela. O crescimento do uso de PIC, somado à diversidade de olhares sobre o cuidado em saúde, impõem a necessidade de adoção de uma nova abordagem na formação em saúde, de modo a contemplar a integralidade no sistema de atenção à saúde dominante. Essa abordagem parece ter sido reconhecida nos CC cursados por estudantes do BIS, sendo igualmente fundamental apreender

os posicionamentos adotados por esses discentes, uma vez que eles podem ser futuros trabalhadores nos serviços de saúde e suas concepções e práticas interajam com suas atividades enquanto prestadores de cuidado.

Além disso, a compreensão de suas representações pode contribuir para o debate conceitual relacionado às PIC, dado que ainda parece existir uma imprecisão em como caracterizar conjuntamente essas práticas de saúde entre os atores do campo da saúde. (TESSER; DALLEGRAVE, 2020) Prova disso é que em um estudo, realizado com um grupo de gestores de serviços de atenção básica, foi observada dificuldade em conceituar as PIC (BARROS et al., 2020) e, em outro, com estudantes universitários da área da saúde, notou-se uma discrepância entre o conhecimento sobre o conceito de saúde integrativa e complementar e o conhecimento de suas práticas individualmente. (OLEGARIO et al., 2020)

Por esse ângulo, destaca-se a urgência para a realização de investigações que abordem, sob diferentes ângulos, a presença das PIC em cursos universitários, oferecendo recursos para análise e fortalecimento dessas práticas na educação superior e no sistema de saúde. Especialmente nesse caso, examinar os frutos gerados por meio da formação proposta no BIS, visto o seu comprometimento com a problematização e abordagem interdisciplinar do campo da saúde, é importante para refletir acerca da formação em saúde.

Ademais, os estudantes do BIS também recebem cuidados nas instituições de saúde (oficiais ou não) que frequentam. Um estudo realizado com acadêmicos do BIS (COELHO et al., 2014) revelou a existência da utilização de chás e “medicações caseiras” em face das situações de adoecimento; entretanto, os detalhes sobre esse uso e os significados advindos dele não foram aprofundados. Portanto, delinear quais práticas de saúde utilizam e o que pensam sobre elas é relevante para a reflexão acerca dos seus itinerários na atenção à saúde, na perspectiva terapêutica, da promoção/expansão da saúde e da prevenção do adoecimento. De acordo com esse ponto de vista, compreende-se que esses itinerários, tal qual os itinerários terapêuticos

apresentados por Pinheiro e demais autores (2016, p. 13), oferecem “[...] visibilidade para a pluralidade de saberes, práticas e demandas por cuidado no campo da saúde, que operam na reafirmação do direito à saúde e dos princípios e diretrizes do SUS”. Por conseguinte, essa reflexão pode oferecer subsídios para a instauração de um cuidado eficaz, singular e dirigido em consonância com as práticas de saúde que essas pessoas adotam, potencializando adesão à atenção e o estabelecimento de vínculo entre estudante-prestador do cuidado.

Nessa direção, a pesquisa que apresentamos neste livro se desenvolve a partir da seguinte pergunta de investigação: quais são os usos e significados conferidos às PIC entre estudantes do BIS da UFBA? Parte-se do pressuposto de que a compreensão desses usos e significados seja capaz de produzir elementos que auxiliem no debate sobre a introdução das PIC no SUS e na formação em saúde, favorecendo a superação da hegemonia da biomedicina, num caminho para a instalação da medicina integrativa, concebida como um novo modelo/paradigma, no campo da saúde.

CAPÍTULO 3 **Uso de Práticas Integrativas e Complementares entre discentes**

Reflexões para introduzir o debate sobre o uso de Práticas Integrativas e Complementares

Como discutimos anteriormente, é esperado que a tendência de crescimento do uso das PIC seja acompanhada pela inserção dessas práticas nos currículos dos cursos de formação em saúde. Tratam-se de práticas reconhecidas no SUS e que demandam trabalhadores da saúde capacitados em manejá-las. (HABIMORAD et al., 2020; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018) No entanto, estudos nacionais e internacionais mostram que a abordagem dessas práticas nas universidades tem sido insuficiente – a exemplo de cursos de medicina da Tailândia (PELTZER; PENGPID, 2019), África do Sul (CHITINDINGU; GEORGE; GOW, 2014), Coreia (KIM et al., 2012) e Brasil (ALBUQUERQUE et al., 2019) – e apresenta desafios, ligados à preocupação com a existência de evidências científicas e à integração entre a biomedicina e essas práticas, como apontam estudos feitos no Irã (AYATI et al., 2019), em Uganda (MWAKA et al., 2018) e na China. (HUA et al., 2017)

Tendo em vista esse cenário, apresenta-se a necessidade de analisar se, e como, essas práticas estão presentes nas

trajetórias de estudantes de cursos de saúde. Embora algumas pesquisas mostrem que estudantes universitários utilizam as PIC (ALBADR et al., 2018; CONTRERAS et al., 2015; HASLER; LEGGIT, 2018; JAMES; BAH; KONDORVOH, 2016; MEDEIROS et al., 2019; MORALES; MIN; TEIXEIRA, 2015; NGUYEN et al., 2016; OLEGARIO et al., 2020; RADI et al., 2018; SAHA et al., 2017; SAMARA et al., 2019), é preciso saber também como esses usos se configuram em seus itinerários terapêuticos e se a utilização dessas práticas possui relação com as experiências na universidade, posta a necessidade de introdução das PIC nos currículos dos cursos superiores em saúde. (ALBUQUERQUE et al., 2019; AYATI et al., 2019; CHITINDINGU; GEORGE; GOW, 2014; HUA et al., 2017; KIM et al., 2012; MWAKA et al., 2018; PELTZER; PENGPID, 2019; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018) Nesse sentido, apresentamos neste capítulo os aspectos relacionados com o uso das PIC entre estudantes ingressantes e veteranos do BIS da UFBA.

Uso de Práticas Integrativas e Complementares entre estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde

Após o levantamento e a análise dos questionários aplicados, verificamos que 43,7% (132) dos ingressantes e 57,7% (116) dos veteranos indicaram utilizar ou já ter feito uso dessas práticas. Em estudos com acadêmicos de medicina de diferentes semestres no Brasil, foi encontrado um uso de 30,6% (MORALES; MIN; TEIXEIRA, 2015) de PIC. Em pesquisas realizadas em outros países, por sua vez, a utilização dessas práticas entre discentes desse curso é maior em alguns casos, 34,1% na Arábia Saudita (ALBADR et al., 2018), 49,6% no Chile (CONTRERAS et al., 2015) e 59,1% em Serra Leoa (JAMES; BAH; KONDORVOH, 2016), em detrimento de 26% nos Estados Unidos. (HASLER; LEGGIT, 2018) Já em um estudo com discentes de variados cursos dos Estados Unidos, que procuraram cuidados de saúde na universidade, o uso das PIC

era de 67% (NGUYEN et al., 2016), enquanto que em outro, feito na Jordânia, foi observado o uso de 70% entre estudantes de medicina, farmácia e engenharia. (RADI et al., 2018)

Outrossim, a maior parte dos estudantes do BIS que já tiveram experiências com as PIC utilizaram ou iniciaram o uso há oito anos ou mais (52-21%) ou há um ano ou menos (46-18,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Tempos de uso das Práticas Integrativas e Complementares de estudantes ingressantes (132-43,7%) e veteranos (116-57,7%) do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, em 2017, 2018 e/ou 2019 (n=248)

Tempo de uso	Questionários de ingressantes (132)		Questionários de veteranos (116)		Total	
	N	%	N	%	N	%
≤1 ano	23	17,4	23	19,8	46	18,5
2 anos	5	3,8	13	11,2	18	7,3
3 anos	10	7,6	5	4,3	15	6,0
4 anos	1	0,8	1	0,9	2	0,8
5 anos	5	3,8	10	8,6	15	6,0
6 anos	2	1,5	1	0,9	3	1,2
7 anos	1	0,8	0	-	1	0,4
≥8 anos	32	24,2	22	19,0	54	21,8
Não informou um tempo exato de uso	17	12,9	15	12,9	32	13,0
Uso interrompido	6	4,5	4	3,4	10	4,0
Não respondeu	30	22,7	22	19,0	52	21,0

Fonte: elaborada pelos autores

O tempo de uso mais frequente (≥ 8 anos) está ligado, principalmente, aos discentes que apontaram o início do uso das PIC na infância. Nesse sentido, pressupõe-se que esse uso integra a cultura familiar dessas pessoas. Ademais, por se tratarem de estudantes em diferentes momentos do curso, é possível que a utilização recente (≤ 1 ano) tenha razões distintas nos dois

grupos, que podem ter estimulado vulnerabilidades em relação à saúde. Os calouros podem ser mais influenciados pelas dificuldades enfrentadas com o ingresso na instituição universitária, tais como a concorrência (VERAS; BAPTISTA, 2019), mudança de cidade, afastamento da família e estranhamento desse novo ambiente. (COULON, 2017) Os veteranos, por sua vez, podem ser mais impactados pelos esforços em se manter no curso, pela disputa por vaga em medicina após a conclusão do BIS, visto que a demanda desses estudantes pelo curso de medicina é maior que a oferta de vagas, e pelas vivências acadêmicas com as PIC, no decorrer da trajetória formativa. (TEIXEIRA; COELHO, 2016)

Entre os estudantes do BIS, as plantas medicinais/fitoterapia (42,7%), a homeopatia (36,3%), a yoga (32,7%) e a acupuntura (30,2%) foram as PIC mais utilizadas (Tabela 2).

Tabela 2 - Práticas Integrativas e Complementares (PIC) adotadas por estudantes matriculados no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, que declararam utilizá-las em 2017, 2018 e/ou 2019 (n=248)

PIC	Questionários de ingressantes (132)		Questionários de veteranos (116)		Total	
	N	%	N	%	N	%
Acupuntura	36	27,3	39	33,6	75	30,2
Apometria	0	-	1	0,9	1	0,4
Aromaterapia	1	0,8	2	1,7	3	1,2
Ayurveda	1	0,8	0	-	1	0,4
Barra de access	1	0,8	1	0,9	2	0,8
Bioenergética	0	-	1	0,9	1	0,4
Biodança	0	-	1	0,9	1	0,4
Constelação familiar	0	-	1	0,9	1	0,4
Cromoterapia	4	3,0	16	13,8	20	8,1
Cristaloterapia	10	7,6	11	9,5	21	8,5
Dança circular	15	11,4	15	12,9	30	12,1
Frequências de brilho	0	-	1	0,9	1	0,4

PIC	Questionários de ingressantes (132)		Questionários de veteranos (116)		Total	
	N	%	N	%	N	%
Homeopatia	49	37,1	41	35,3	90	36,3
Imposição de mãos	4	3,0	1	0,9	5	2,0
<i>Johrei</i>	1	0,8	0	-	1	0,4
Medicina antroposófica	4	3,0	2	1,7	6	2,4
Meditação	4	3,0	4	3,4	8	3,2
Musicoterapia	0	-	2	1,7	2	0,8
Microfisioterapia	1	0,8	0	-	1	0,4
Plantas medicinais e fitoterapia	53	40,2	53	45,7	106	42,7
Pranaterapia	0	-	1	0,9	1	0,4
Quiropraxia	0	-	1	0,9	1	0,4
Reflexoterapia	0	-	1	0,9	1	0,4
<i>Reiki</i>	16	12,1	28	24,1	44	17,7
Terapia comunitária integrativa	6	4,5	16	13,8	22	8,9
Termalismo social/ crenoterapia	10	7,6	7	6,0	17	6,9
Terapia de florais	26	19,7	26	22,4	52	21,0
<i>Thetahealing</i>	0	-	1	0,9	1	0,4
Visualização criativa	0	-	1	0,9	1	0,4
Yoga	35	26,5	46	39,7	81	32,7

Fonte: elaborada pelos autores

Nas entrevistas com os estudantes veteranos, foram também citados os usos de hipnoterapia, magnetismo, *qi gong* e *tai chi chuan*. O questionário não explicitava essas práticas, tornando necessária a indicação delas pelo discente no campo

“outras práticas”, para que fossem contabilizadas. Além disso, a apometria, a barra de *access*, a cristaloterapia, as frequências de brilho, o *johrei*, a microfisioterapia, a pranaterapia, o *thetahealing*, o magnetismo e a visualização criativa não estão presentes explicitamente na PNPIC (BRASIL, 2006a; HABIMORAD et al., 2020), mas foram consideradas pelos estudantes como parte do elenco das PIC, no questionário e/ou na entrevista. Todavia, algumas dessas práticas, como as frequências de brilho e a visualização criativa, foram citadas na Pepics-BA (BAHIA, 2019), sinalizando sua presença em serviços do estado da Bahia, onde os estudantes residem.

Assim como no presente estudo, em outras pesquisas, as plantas medicinais/fitoterapia (MEDEIROS et al., 2019; NGUYEN et al., 2016; OLEGARIO et al., 2020; SAMARA et al., 2019) e a homeopatia (OLEGARIO et al., 2020; SAHA et al., 2017) apareceram entre as PIC mais utilizadas, e a ayurveda (JAMES; BAH; KONDORVOH, 2016; NGUYEN et al., 2016; SAMARA et al., 2019) entre as menos usadas por estudantes universitários. Porém, algumas das PIC que estão entre as mais utilizadas por discentes do BIS, como a yoga e a homeopatia, apareceram com baixo percentual de uso em outros trabalhos com universitários, e vice-versa. (MEDEIROS et al., 2019; SAHA et al., 2017; SAMARA et al., 2019) Além disso, em relação ao conhecimento dessas práticas em outras pesquisas, as plantas medicinais/fitoterapia (ALBADR et al., 2018; MEDEIROS et al., 2019; MORALES; MIN; TEIXEIRA, 2015; OLEGARIO et al., 2020; SAMARA et al., 2019), a yoga (SAMARA et al., 2019) e a acupuntura (ALBADR et al., 2018; MEDEIROS et al., 2019; MORALES; MIN; TEIXEIRA, 2015; OLEGARIO et al., 2020; SAMARA et al., 2019) apareceram entre as mais conhecidas, enquanto que a homeopatia (ALBADR et al., 2018) e a ayurveda (SAMARA et al., 2019), entre as menos.

As PIC mais ofertadas no SUS são as plantas medicinais/fitoterapia e a acupuntura, sendo que, na atenção primária, além dessas PIC, as equipes utilizam mais as práticas corporais da medicina tradicional chinesa (MTC), terapia comunitária integrativa e homeopatia. (BARBOSA et al., 2020; TESSER; SOUSA;

NASCIMENTO, 2018) Desse modo, o perfil de uso das PIC entre estudantes do BIS alia-se, em parte, ao que é oferecido mais frequentemente no SUS. O uso da yoga, entretanto, pode estar sendo mais feito em serviços de saúde ou com profissionais privados. Outrossim, o crescimento da utilização dessa prática entre os estudantes veteranos pode apontar para seu uso na universidade. Assim, aspectos como o conhecimento sobre as PIC, sua inserção na cultura e disponibilização nos serviços de saúde fazem com que alguns dos usos dessas práticas entre estudantes do BIS sejam distintos do observado na literatura nacional e internacional.

Entre todos os participantes entrevistados, os usos das PIC estiveram associados à utilização de terapias biomédicas, o que pode indicar a vinculação dos itinerários terapêuticos a um movimento de complementariedade entre terapias. (BARROS, 2008) Dessa maneira, observou-se que o uso de práticas de saúde biomédicas pode acontecer concomitantemente ou não com o uso das PIC, de modo que essas terapias não entraram em conflito na organização do cuidado. Nos casos de não utilização conjunta, o uso das práticas integrativas ocorreu antes ou depois do tratamento biomédico e esteve relacionado a intervenções diversas, a exemplo das situações de adoecimento consideradas como de menor densidade tecnológica ou não resolvidas pela biomedicina.

Utilizo tanto os medicamentos quanto as plantas medicinais quando sinto que preciso. Primeiramente recorro a uma planta, mas nem sempre. Por exemplo, quando estou com muita dor de cabeça recorro ao remédio, mas quando estou ficando com dor de cabeça eu tento não tomar o remédio, só tomo quando estou numa extrema situação de necessidade. (EV-3)

[...] senti que consegui diminuir bastante e não recorro aos remédios nas minhas crises [de ansiedade] porque realizo outras práticas, meditação, respiração pela internet. [...] uso concomitantemente o remédio e as PIC. (EV-12)

A minha prioridade sempre é a utilização do modelo biomédico. Procuo a prática integrativa quando é uma coisa que não sei como resolver no modelo biomédico [...]. (EV-18)

Partindo da ideia de que a PNPIC estimula a inclusão e legitimação dessas práticas no âmbito do SUS (BRASIL, 2006a; HABIMORAD et al., 2020), esses usos indicam a possibilidade de inserção das PIC num sistema com hegemonia do modelo biomédico, ainda que algumas racionalidades médicas, como a homeopatia, possuam pressupostos opostos à biomedicina. (NASCIMENTO et al., 2013) Logo, é possível que, no plano epistemológico, essas racionalidades permaneçam distintas, mas nas experiências dos sujeitos não entrem em conflito (NASCIMENTO et al., 2013; NOGUEIRA, 2012), associando-se a um movimento de construção de uma medicina integrativa, no campo da saúde, caracterizada pela integração entre racionalidades médicas e terapias, em nível paradigmático. (BARROS, 2008)

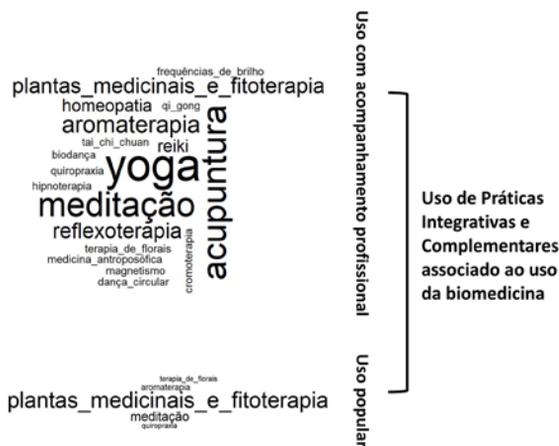
Não obstante, cabe questionar se essas PIC, por estarem adentrando um sistema de saúde orientado em grande medida pelo modelo biomédico, estariam atuando a partir de seus pressupostos holísticos ou seguindo o ideal reducionista desse modelo hegemônico. (NASCIMENTO et al., 2013) Nas falas dos estudantes, não foi possível identificar a existência de vinculação do uso a um movimento (da medicina complementar ou integrativa) ou a um paradigma específico. Desse modo, apenas é exequível apontar que, nesse grupo, o uso das práticas integrativas e biomédicas acontece em conjunto, sem escolha isolada de uma prática ou outra.

Ademais, é possível conjecturar que, se nos itinerários terapêuticos dos estudantes racionalidades médicas opostas coexistem, a adição de PIC ao *locus* de cuidados biomédicos não gere tantas barreiras por parte do usuário. Logo, possíveis entraves para a consolidação dessas práticas no interior do sistema dominante podem estar mais relacionados à formação dos prestadores do cuidado, à organização e à gestão dos serviços de saúde (biomédicos), visto que ainda há oferta incipiente de PIC no SUS. (BARBOSA et al., 2020; RUELA et al., 2019)

Todavia, mesmo apresentando um padrão geral de utilização das PIC associado ao uso da biomedicina, emergiram dois diferentes tipos de uso nas falas dos participantes durante as entrevistas: uso com acompanhamento profissional (realizado

em 20 diferentes práticas, principalmente a yoga, acupuntura, meditação e terapia comunitária integrativa) e uso orientado por saber popular (em cinco práticas, com destaque para as plantas medicinais/fitoterapia e meditação) (Figura 2). É interessante perceber que, no presente estudo, as práticas de utilização popular, a exemplo da meditação, também foram usadas, com orientação profissional, por diferentes universitários. Isso pode estar relacionado à incorporação de práticas milenares nos ambientes de cuidado oficial, ao mesmo tempo em que aponta para o emprego de saberes integrativos, estruturados em ambientes não tradicionais, de acordo com uma metodologia popular.

Figura 2 - Nuvens de palavras com as Práticas Integrativas e Complementares utilizadas, de acordo com o tipo de uso, por estudantes veteranos entrevistados, matriculados no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, em 2019 (n=34)



Fonte: elaborada pelos autores

Nota: elaborada com o auxílio do software IRaMuTeQ

Observa-se, portanto, uso maior das PIC entre os estudantes veteranos do BIS (57,7%) (quando comparados aos ingressantes – 43,7%) e que, no grupo de veteranos, a utilização dessas práticas, a partir de conhecimentos profissionais e populares, se dá em associação ao uso de práticas da racionalidade

biomédica. É possível que a utilização das PIC entre esses discentes apresente, além de um contorno mecanicista, um outro integrado ao bem-estar. Na primeira situação, o uso acontece numa perspectiva biomédica, pois está mais associado à ideia de busca pelo tratamento de doenças/agravos à saúde, focalizando nos sinais e sintomas. Já no segundo caso, o uso mostra-se conectado ao paradigma vitalista, centrado na promoção da saúde e na busca do equilíbrio do ser humano consigo e com o meio em que vive. (NASCIMENTO et al., 2013)

Uso das Práticas Integrativas e Complementares com acompanhamento profissional

Nessa categoria, verificamos que o uso da maior parte das PIC é indicado ou realizado a partir da presença de profissional habilitado em orientá-las ou praticá-las. Esses profissionais, entretanto, não são necessariamente guiados pelo modelo biomédico e podem se identificar com a medicina alternativa, complementar ou integrativa. (BARROS, 2008) Além disso, é sabido que muitas dessas práticas são reconhecidas como especialidades e podem ser aplicadas por diversas profissões da saúde, o que faz com que os prestadores do cuidado possuam diversas formações. (BRASIL, 2006a; CORELL-DOMÉNECH, 2019; HABIMORAD et al., 2020)

Ontem fui numa consulta com homeopata no SMURB [Serviço Médico Universitário Rubens Brasil], foi a primeira vez. Eu achei muito diferente [...]. Acho que ela vê o ser como um todo, não somente a parte do seu problema. [...]. (EV-25)

Já [usei remédio fitoterápico] e de vez em quando ainda uso, [...] a psiquiatra me indicou [...]. (EV-30)

Fiz acompanhamento com médico da medicina tradicional chinesa durante uns cinco, seis meses, [...] a gente fazia massagem, acupuntura e a conversa, que é parte da terapia. [...] Comecei a yoga um pouco depois do tratamento com o médico [...]. (EV-32)

O principal ambiente em que o uso das PIC, como a yoga, foi feito com acompanhamento profissional, pelos discentes, foi a universidade. Isso aconteceu em CC como Racionalidades em Saúde: Sistemas Médicos e Práticas Alternativas (HACA50) e Energia, Ambiente e Sociedade (QUIB31), em atividades de extensão, a exemplo da ACCS Comercializando a Produção Agroecológica (BIOD08) e da ACCS Cuidado Transdisciplinar do Corpo como Consciência com as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (ENFB35), e no Serviço Médico Universitário Rubens Brasil (Smurb), pertencente à UFBA.

Eu fiz [yoga] em QUIB31 e sempre faço em BIOD08. (EV-12)

Estou fazendo meditação aqui na UFBA, na Faculdade de Direito, faz parte de um projeto de extensão. Faço uma vez por semana. (EV-15)

Eu fiz reflexologia quatro vezes, duas sessões foram na sala de ENFB35. Uma sessão eu estava no ambulatório [em um projeto de extensão] [...]. O outro momento foi a terapeuta me ensinando os pontos dos pés [...]. (EV-16)

Outrossim, os saberes e as experiências com as PIC em CC parecem ter influenciado os usos posteriores delas por alguns estudantes.

Eu tentei usar [meditação] depois da aula de HACA50, antes não havia buscado a prática porque não me identificava desde pequena [...]. (EV-2)

Eu tomo um chá de vez em quando, mas agora [referindo-se ao fato de ter cursado HACA50 no semestre anterior] eu faço certo, antes eu não sabia e fervia tudo que eu via pela frente e achava que era chá, agora sei que não é assim. (EV-7)

Nesse sentido, um dos motivos para o aumento da utilização da maioria dessas práticas entre estudantes veteranos pode ter sido a trajetória acadêmica no BIS, visto que há indicação de que a universidade é um ambiente de uso das PIC. O tempo de uso menor ou igual a um ano é maior entre esses discentes (quando comparados aos ingressantes), apontando, assim, uma relação entre a entrada no curso e o início da utilização. Em outros estudos, indivíduos que estavam em períodos mais

avançados em graduações de saúde, que incorporam o ensino das PIC em sua matriz curricular, demonstraram ter mais conhecimento (RADI et al., 2018) sobre elas e utilizá-las mais (JAMES; BAH; KONDORVOH, 2016), quando comparados a sujeitos de cursos nos quais essa inserção não ocorre ou é deficiente. A assimilação do saber estimula a adoção de tais práticas, como é o caso dos estudantes do BIS que aprendem acerca das PIC em CC optativos e obrigatórios do curso. (TEIXEIRA; COELHO, 2016)

Da mesma maneira, alguns discentes informaram desejar receber orientações de profissionais de saúde para subsidiar sua utilização das PIC, o que pode estar ligado à pretensão de inseri-las no interior dos seus itinerários terapêuticos e estabelecer uma identidade de cuidado contrária (TELESI JÚNIOR, 2016) ou complementar à biomédica. Em outro contexto, mesmo que muitas dessas práticas tenham sido originadas fora da racionalidade científica moderna, que domina a formação em saúde no Ocidente, é possível que exista uma concepção de que o uso de algumas delas deve ser consentido por profissionais de saúde, provavelmente por conta da valorização simbólica desses atores na sociedade, reafirmando a necessidade de sua inclusão nos cursos superiores.

Nunca utilizei em um serviço de saúde, só em casa, mas quem dera. Eu nunca fui em um serviço de saúde para conversar comigo sobre planta medicinal [...]. (EV-1)

Nunca fui receitada, mas tinha vontade, mas o médico não passou, então provavelmente não vou tomar. Nunca tomaria por conta própria porque acho que também é um risco. (EV-25)

Para outros participantes, a universidade continuou sendo o único local em que houve contato com as PIC. Alguns fatores, nessa situação, podem dificultar a adoção dessas práticas pelos estudantes, entre eles a dominância da racionalidade biomédica na cultura ocidental e a reduzida inserção das PIC nos serviços de saúde. (BARBOSA et al., 2020; RUELA et al., 2019)

Utilizei [acupuntura] no Congresso da UFBA de 2017, tinha um estande com várias práticas integrativas, infelizmente foi a única vez que utilizei. (EV-5)

Outro aspecto a ser abordado é a dificuldade relatada em praticar algumas PIC, apesar do acompanhamento profissional, devido à falta de concentração ou incômodo, que podem se associar ao ritmo de vida acelerado conduzido por meio do sistema de produção e consumo de capital. Nesse sistema, há uma ênfase em aumentar a velocidade com que algumas atividades da rotina são realizadas e o acesso aos serviços de saúde acontece geralmente para tratar doenças, numa íntima relação com a racionalidade biomédica. Isso destoa da noção de promoção e cuidado contínuos da saúde enfatizada em algumas PIC, por meio de intervenções cotidianas em diferentes pontos da vida, que propõem relaxamento e reflexão. Desse modo, a própria conformação socioeconômica e cultural do ambiente em que os discentes vivem pode influenciar na criação de obstáculos à adoção de certas práticas de saúde. Em outra circunstância, quando têm acesso a uma diversidade de recursos terapêuticos e racionalidades médicas e o desconforto está relacionado somente às sensações obtidas através da utilização individual da prática, os estudantes podem escolher quais introduzir em seus itinerários terapêuticos, com base em suas afinidades e experiências.

Em BIOD08 tinha yoga e eu participava, [...] eu tentava me conectar, mas, como eu disse, eu tenho uma dificuldade grande de desligar meu cérebro e a yoga exige uma concentração muito grande para que você se desligue e possa realizar os movimentos. Eu não conseguia, geralmente saía no meio. (EV-6)

Auriculoterapia eu já tentei fazer, mas não dei continuidade porque me incomoda as sementes na orelha, então, nada de usar a auriculoterapia. (EV-7)

Verifica-se, então, que, no uso com acompanhamento profissional, a universidade assume papel de destaque na oferta das PIC. Isso ocorre no serviço médico oferecido aos estudantes, nas atividades de extensão em que eles participam e nos CC que abordam essas práticas. Portanto, é preciso que a universidade esteja aberta de múltiplas maneiras para as PIC, não sendo suficiente que os estudantes tenham contato

com essas práticas em CC. Para além disso, é necessário que elas também estejam presentes no momento em que buscam cuidados em saúde no próprio ambiente universitário, o que contribui para a sua utilização. Isso é confirmado por outra pesquisa, com estudantes universitários estadunidenses, na qual 27% declararam que utilizariam as PIC para cuidar da situação que os levaram a acessar o serviço de saúde da universidade. (NGUYEN et al., 2016)

Uso popular das Práticas Integrativas e Complementares

As plantas medicinais foram a principal prática integrativa de uso popular entre os estudantes. O uso popular dessas plantas pelos acadêmicos do BIS enfatiza a vida no interior do estado da Bahia, de onde provém 37,3% dos veteranos, e a presença do grupo familiar como propícios para tal utilização, o que ratifica os resultados de uma outra pesquisa com estudantes, na qual os conhecimentos sobre essas plantas eram advindos principalmente da família. (PEREIRA; MALAFAIA, 2014) Nesse sentido, a mudança para a capital do estado e/ou a separação da família, objetivando estudar na universidade, são citados como fatores que afetam o uso dessa PIC.

Desde pequeno eu fazia uso porque minha avó e minha mãe têm um vínculo muito forte com esse cultivo de plantas, é o conhecimento popular, aquela coisa que se tá com dor de barriga, tomar um boldo. Mas quando eu vim para Salvador eu meio que rompi esse vínculo por fatores como morar em apartamento, pois não dá para cultivar, e dificuldade também de encontrar. (EV-1)

Isso se coaduna com o observado em outro estudo com universitários, no qual o não uso de PIC foi significativamente menor entre os indivíduos originados de locais com menor urbanização. (RADI et al., 2018) Ou seja, a mudança para uma cidade de grande urbanização, como Salvador, dificulta o uso de algumas práticas tradicionais por esses universitários, o que

também é confirmado pela diminuição do uso das PIC quando o período de uso foi maior ou igual a oito anos, verificada entre os estudantes veteranos, quando comparados aos ingressantes, nesta pesquisa. Contudo, a vivência na universidade muitas vezes estimula a adoção de práticas tradicionais, o que parece estar relacionado à própria experiência curricular.

Utilizo erva-doce em casa, cidreira também, que, por ter um contato semestre passado com a ACCS BIO454 [ACCS Hortas urbanas: conhecendo e estimulando esta alternativa], eu pegava muito. Eu utilizava algumas coisas que a gente cultivava [na horta da ACCS], mas este semestre, como está desativada, não estou tendo acesso, mas utilizava. (EV-1)

Outro uso tradicional das plantas medicinais, pelos discentes do BIS, está atrelado a aspectos espirituais. A abordagem holística do ser humano, adotada pelas PIC, faz com que a espiritualidade esteja entre os seus eixos de intervenção. (BAHIA, 2019; TELES JÚNIOR, 2016) Em vista disso, plantas medicinais podem ser tomadas como meio pelo qual forças espirituais materializam a manutenção do bem-estar, tratamento e cura de estados de adoecimento.

Fiz banho com plantas medicinais no centro espírita que frequenta. (EV-21)

A utilização popular de remédios fitoterápicos, por sua vez, ocorre por meio de automedicação, muitas vezes realizada tomando como base a experiência de uso de familiares ou amigos. É possível que esse uso popular esteja atrelado à concepção de que a fitoterapia é natural e, por isso, não é capaz de causar problemas. Nesse sentido, são importantes as iniciativas de promoção do uso racional de PIC, conforme estabelecido pela OMS e SUS. (BRASIL, 2006a; CORELL-DOMÉNECH, 2019)

Uso [remédio fitoterápico] há uns três anos, me automedico, utilizo às vezes. [...] Minha prima já tinha tomado, foi prescrito [para ela] [...]. (EV-15)

No que se refere à prática de meditação, o uso popular, além de conter um caráter doméstico, inclui a busca por orientação na internet para a realização dessa prática.

Eu faço [meditação] agora, boto na internet e faço em casa. [...] Eu boto esses vídeos de meditação, que nem precisa ser vídeo, você só escuta. (EV-23)

A demanda por instrução *on-line* pode ocorrer em função da ausência de terapeutas tradicionais ou profissionais habilitados na meditação, próximos aos estudantes, visto a baixa formação em PIC no Brasil (HABIMORAD et al., 2020; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018), ou a vontade dos discentes em construir suas próprias formas de uso da prática, a partir do que encontram disponível no mundo virtual. É possível que a utilização das PIC dessa maneira provoque a ressignificação dos seus pressupostos de uso, o que pode contribuir para a reprodutibilidade do foco na doença e do raciocínio de eficácia da racionalidade biomédica. (BARROS, 2008; NASCIMENTO et al., 2013)

Mesmo que nem todas as PIC apresentem contorno tradicional ou tenham sido concebidas no território brasileiro, o uso de algumas dessas práticas com base em conhecimento popular contribui para a institucionalização da PNPIC no SUS, uma vez que aponta para a aceitação, por parte dos usuários, de práticas culturalmente adotadas na sociedade e que compartilham ideias de saúde-adoecimento-cuidado comuns. (HABIMORAD et al., 2020; NASCIMENTO et al., 2013; PEREIRA; MALAFAIA, 2014) Desse modo, no uso popular, são observadas diferentes formas de utilização das PIC nos ambientes não oficiais do sistema de saúde, em seu sentido ampliado, ligadas aos cuidados espirituais e em saúde. Esses elementos presentes nos usos das plantas medicinais/fitoterapia evocam aspectos culturais, decisivos para que os estudantes adotem essa prática desde a infância. Isso posto, ainda que esses participantes possuam contato com conhecimentos científicos, a tradição não é deslegitimada em seus usos, reafirmando o sincretismo entre a utilização das medicinas tradicionais e a biomedicina. (NASCIMENTO et al., 2013; NOGUEIRA, 2012; TELES JÚNIOR, 2016)

CAPÍTULO 4 **Significados conferidos às Práticas Integrativas e Complementares pelos estudantes**

Prática tradicional, alternativa, complementar ou integrativa?

Ao redor do mundo, existem diferentes visões sobre o que são as medicinas e as práticas tradicionais, alternativas, complementares e integrativas (BARROS, 2008; BARROS; NUNES, 2006; NG et al., 2016; OTANI; BARROS, 2011a), sendo possível observá-las não somente como modelos de funcionamento das ações e serviços no campo da saúde, mas também como práticas terapêuticas e sistemas médicos.

A discussão e o desenvolvimento dessas práticas e das concepções que giram em torno delas no cenário histórico e social tornam necessária a compreensão dos significados atribuídos por parte de trabalhadores dos serviços de saúde, estudantes universitários e usuários. Neste capítulo, apresentamos alguns dos significados conferidos às PIC por estudantes do BIS da UFBA.

Ao todo, as respostas de questionários e das entrevistas sobre os significados atribuídos às PIC produziram 922 ocorrências dos 29 temas criados, consoante o explicitado no primeiro capítulo. No processo de categorização, 12 desses temas (257 ocorrências – 67 provenientes das respostas do ingressantes

e 190 dos veteranos)¹⁷ foram reunidos em três categorias temáticas, que aludiram à posição ocupada por essas práticas no campo da saúde (aproximando-se e/ou opondo-se à biomedicina) e às maneiras de denominá-las: prática alternativa, prática tradicional e prática complementar. Na análise desses temas, percebemos que estudantes calouros e veteranos concordaram majoritariamente entre si, visto que a maioria dos temas (9) analisados neste capítulo é comum a ambos os grupos. Contudo, contrapõem-se na maneira de falar sobre elas, visto que alguns temas (distinção da biomedicina, eficácia e humanização) não apareceram nas falas dos ingressantes. Além disso, comparando a distribuição percentual entre ingressantes e veteranos, observa-se que nas respostas dos calouros houve concentração na citação do tema “alternativa”, ao mesmo tempo em que outros temas foram pouco mencionados. Ainda que os veteranos também tenham manifestado majoritariamente a ideia das PIC como “alternativa” em suas falas, os outros temas atingiram um número de ocorrências superior quando comparados aos apresentados pelos calouros (Tabela 3).

Tabela 3 - Temas e suas ocorrências: significados conferidos às Práticas Integrativas e Complementares (considerando as posições que ocupam no campo da saúde e as formas que podem ser denominadas) por estudantes ingressantes e veteranos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, nos questionários e entrevistas, em 2017, 2018 e/ou 2019 (n=537)

Temas	Ingressantes		Veteranos		Total	
	Ocorrências	%	Ocorrências	%	Ocorrências	%
Alternativa	48	71,6	76	40,0	124	48,3
Complementar	5	7,5	13	6,8	18	7,0

17 Como explicado no capítulo um, o número de ocorrências não é igual ao número de questionários e entrevistas aplicados, visto que, de um mesmo questionário ou entrevista, podem surgir mais de um ou nenhum tema (esta segunda situação ocorre em caso de ausência de resposta). Desse modo, o “n” total da pesquisa (número de questionários e entrevistas) é 537, com 922 ocorrências sobre os significados conferidos às PIC. Essas 922 ocorrências foram repartidas em dois capítulos para a análise, considerando os temas e categorias criados, sendo 257 ocorrências apresentadas neste e 605 ocorrências discutidas no próximo capítulo.

Temas	Ingressantes		Veteranos		Total	
	Ocorrências	%	Ocorrências	%	Ocorrências	%
Cultura	8	11,9	15	8,0	23	9,0
Distinção da biomedicina	0	-	8	4,2	8	3,1
Eficácia	0	-	9	4,7	9	3,5
Falta de Valorização	1	1,5	11	5,8	12	4,7
Família	1	1,5	5	2,6	6	2,3
Humanização	0	-	8	4,2	8	3,1
Liberdade	1	1,5	5	2,6	6	2,3
Menor agressividade	1	1,5	13	6,8	14	5,4
Natural	1	1,5	15	8,0	16	6,2
Tradição	1	1,5	12	6,3	13	5,1
Total	67	100	190	100	257	100

Fonte: elaborada pelos autores

Nota: elaborada com o auxílio do *software* IRaMuTeQ

Essa diferença entre calouros e veteranos pode ter sido causada pela experiência que os veteranos obtiveram no BIS com as PIC, devido ao fato que os ingressantes apresentam pouco tempo no curso e, portanto, devem ser mais influenciados pelas concepções que existem sobre essas práticas fora da universidade. À vista disso, é possível que a maior parte dos estudantes ingressem no BIS com conhecimentos e significados formados sobre as PIC, os quais podem ser enriquecidos ao longo da trajetória acadêmica. Esse enriquecimento pode ser exemplificado através do que vem acontecendo nos componentes curriculares Campo da Saúde: Saberes e Práticas (HACA40) e Racionalidades em Saúde: Sistemas Médicos e Práticas Alternativas (HACA50), nos quais, a partir da apresentação de distintas PIC, pretende-se discutir a existência de diferentes maneiras de pensar e atuar nos processos saúde-adoecimento-cuidado. (FRANCO et al., 2017)

Essa centralidade implica a ligação de “alternativa” aos outros temas e categorias de análise deste estudo, além das demais palavras exibidas nas respostas dos participantes, de forma direta ou indireta. Nesse sentido, as coocorrências entre os temas e palavras que surgiram a partir de “alternativa” indicam que esse termo tem mais de um sentido para os discentes, o que ratifica a sua possibilidade de possuir diversas acepções quando associado às PIC. (BARROS, 2008; BARROS; NUNES, 2006; NG et al., 2016)

Optamos por inserir “alternativa” na categoria prática alternativa, pois o seu sentido explícito mais presente nas respostas esteve relacionado com a ideia central dessa categoria, que é fuga ou oposição à racionalidade médica ocidental contemporânea. A seguir, descrevemos e discutimos essa e as outras categorias produzidas.

Prática alternativa

Foram incluídas na categoria “prática alternativa” as respostas dos participantes que visualizaram as PIC como vinculadas a um movimento de alternância no campo da saúde, por meio da conversão a práticas médicas antagônicas à oficial. Essas práticas são percebidas por eles como de uso secundário nos serviços de saúde, o que fez com que informassem o desejo de substituição do modelo dominante pela prática alternativa. Essa ideia de prática alternativa corrobora com a observada entre enfermeiras escolares dos Estados Unidos, que consideraram a medicina alternativa como aquela que faz uso de práticas não convencionais no lugar das práticas convencionais. (LARTEY et al., 2019)

Eu acho que [é] basicamente substituição dos métodos curativos que temos no Ocidente [...]. (EV-4)

São substâncias alternativas, deveriam ser as principais que nós deveríamos utilizar, mas acabam sendo alternativas. (EV-27)

Dessa maneira, algumas características do movimento de ruptura promovido pela medicina alternativa (BARROS, 2008) apareceram de variadas formas nas respostas dos acadêmicos do BIS. As PIC, na perspectiva da alternatividade, inserem-se num plano maior de fuga ou descontinuidade com o sistema de produção e consumo dominante, assumindo identidade divergente em relação a esse sistema e genuinamente associada à contracultura.

[...] quebrar essa lógica capitalista que a gente vive [...]. (EV-6)

[...] se a gente continuar nesse ritmo acelerado, a gente acaba atrapalhando tudo. A gente acha que precisa ser produtivo o tempo todo, estar à frente do outro, mas se a gente não cuida da gente, não ter esse nosso momento, a gente acaba atrapalhando tudo aqui que tem em mente. (EV-10)

Descrita como parte desse movimento, a prática alternativa envolve a busca por equilíbrio com a natureza, frente à destruição ambiental, atributo das ideias de desenvolvimento autossustentável e ecologia ligadas ao modelo alternativo. (BARROS, 2008; NASCIMENTO et al., 2013) As PIC seriam, dessa forma, meios para cuidar da saúde sem gerar prejuízos para a natureza, o que as inseririam numa rede de mudança de hábitos, sustentada pela possibilidade de construção de um novo jeito de viver, antagônica à socialmente imposta. Também, as cosmologias das RM vitalistas sugerem a aproximação e conexão entre a natureza e o ser humano, fundamentando a construção de relações entre fenômenos naturais e processos de saúde-adoecimento-cuidado. (LUZ, 2012)

Significado de transformar você em uma planta, uma pessoa mais focada no aqui e agora, se livrar das preocupações, manipular um pouco melhor o raciocínio, os fluxos bioquímicos do corpo. [...] estar fixado mais na existência que na sobrevivência [...]. Uma planta [...] só aproveita aquilo que a natureza tem para dar e procura viver em harmonia com o meio. (EV-4)

[...] é uma alternativa para ter um contato maior com a natureza, a gente perdeu essa relação de equilíbrio com a natureza por conta de diversos

fatores, então é uma forma de tentar estabelecer essa horizontalidade com a natureza. (EV-8)

Desse modo, “alternativa”, conforme os temas manifestados nas respostas, pode denotar a oposição das PIC à racionalidade biomédica, a partir da construção de representações que ligam essas práticas àquilo que se dá de maneira natural e com menor agressividade no uso, por exemplo. Além disso, “alternativa” aparece indicando as PIC como sendo mais uma ferramenta num leque de possibilidades de cuidados em saúde, que, por exemplo, atuam na promoção da saúde e do bem-estar, num movimento que ocorre integralmente. Nessa segunda acepção, “alternativa” não parece apresentar algum tipo de ligação com um movimento ideológico de alternatividade, referindo-se a um conjunto de práticas utilizadas de forma complementar ou integrativa com a biomedicina. Contudo, em ambas as possibilidades, esse tema veicula as PIC como algo que dispõe de potencialidades importantes para o campo da saúde. Logo, sua centralidade na árvore de similitude parece apontar para a presença de uma forte concepção de que as características dessas práticas justificam sua integração aos serviços de saúde, junto à racionalidade biomédica ou em oposição a ela.

São alternativas para a busca do bem-estar e equilíbrio. (QI-25)

São práticas alternativas para não utilizar de medicamentos. (QV-156)

Porém, um dos participantes questionou a denominação dessas práticas como alternativas. Para ele, o uso de plantas medicinais é mais antigo e simples que a biomedicina, que, por ter surgido mais recentemente, deveria, então, ser considerada como alternativa.

[...] acho que a prática alternativa é a prática que tem mais fazeres em termos de recursos farmacêuticos, essa manipulação que produz medicação para mim é uma prática alternativa. Porque lá atrás, nos primórdios, as pessoas talvez utilizassem as plantas medicinais como única forma de você poder sobreviver [...]. (EV-24)

Mesmo que geralmente o termo “alternativa” esteja ligado à essas práticas para indicar sua posição no campo da saúde (alternativas às práticas hegemônicas) (BARROS, 2008; BATES, 2000), a fala desse estudante revela a existência de um outro modelo de cuidado, que coloca as PIC como primeira opção. Por esse ângulo, em uma pesquisa com usuários da atenção primária no SUS, foi referido que os profissionais da saúde propuseram fazer o uso da MAC de forma inicial, e do tratamento convencional somente se necessário. (FAQUETI; TESSER, 2018) Esse resultado, ao destoar do que é praticado predominantemente nos serviços de saúde, ratifica a possibilidade de rompimento com uma concepção usual do termo “alternativa”. O que pode funcionar como alternativa nas rotinas do campo da saúde é capaz de, ao mesmo tempo, ser a via de cuidado inicial/principal para certos grupos discordantes.

Nesse sentido, para os discentes, a prática alternativa indica distinção da biomedicina (3,1%). Isso é exposto nas ideias que estão em volta dessa prática e que a diferencia da racionalidade médica ocidental contemporânea, como é o caso dos elementos constituintes das dimensões das RM alternativas e dos processos de produção e execução das práticas terapêuticas alternativas em si.

São outros modos de ver a saúde. Essa questão do yin-yang mesmo eu lembro que trabalhava muito assim com o fogo, a madeira [...]. (EV-2)

[...] todo o processo que vem com elas, do fazer, oferecer, de estar lá, do cuidado em si, da prática do cuidado, e isso é uma coisa marcante, que não é, por exemplo, você ir na farmácia e comprar um remédio, tem um processo e acho que esse processo é importante, ainda mais quando você está tratando de um eu e de outra pessoa. (EV-17)

Outro aspecto que caracteriza a prática alternativa enquanto diferente da biomedicina é a ênfase no indivíduo e na construção de significados para saúde-adoecimento-cuidado a partir de sua participação. Na biomedicina, em discordância, o foco está no controle do corpo biológico e social (NASCIMENTO et al., 2013), o que acaba reverberando na construção de passividade na relação de cuidado estabelecida e distanciamento entre

o sujeito e as formas de designar e compreender seus processos de saúde-doença, controladas pelo profissional da saúde.

Atividades que privilegiam o eu, [...] acho que isso é muito potente dentro de sociedades que são orientadas no sentido hegemônico da medicina. Indo um pouco mais além, [...] as vias de controle do Estado e tal perpassam e utilizam do biopoder [...] então a gente está indo muito mais para a perda da autonomia de si, muito de uma outra pessoa, de um outro falando do que estamos sentindo, nomeando aquilo que estamos sentindo, porque nem nós mesmos somos instrumentalizadas e instrumentalizados para fazê-lo e, por isso, essa outra pessoa está neste lugar. Acho que é muito potente buscar outras formas [...] de conseguir esses instrumentos [...]. (EV-17)

Portanto, as peculiaridades das PIC fizeram com que os estudantes enxergassem nessas práticas um caminho para a fuga da racionalidade biomédica. Essa fuga, que define o modelo da medicina alternativa (BARROS, 2008), é associada à busca por uma abordagem mais qualitativa, com foco no sujeito que procura cuidados em saúde e nas causas dos problemas que lhe afligem. Desse modo, ao concederem a imagem de eficácia (3,5%) às PIC, os estudantes apontam para a execução de um trabalho alternativo tão vantajoso quanto o biomédico, concordando que a efetividade dos cuidados empreendidos por essas práticas pode sustentar a adoção de um modelo orientado no uso delas no lugar da racionalidade médica convencional. Quando a eficácia aparece relacionada à ideia de prática alternativa, é possível que exista entre os discentes uma concepção que vai de encontro às verdades construídas sobre as PIC nas políticas públicas de saúde brasileiras, posto que nesses documentos a garantia da eficácia dessas práticas está ligada à sua normatização e validação pelo saber biomédico. (SILVEIRA; ROCHA, 2020)

Uma via [...] eficaz como remédios alopáticos. (QV-5)

Algo que pode [...] ser até mais eficiente que os tratamentos convencionais. (QV-133)

[...] forma mais eficaz e melhor dizendo, até de forma definitiva. Porque tenho a impressão de que esses remédios não atacam o problema, vão no

sintoma. [...] e eu acho que a fitoterapia, assim como as outras práticas alternativas, vai exatamente na causa dos seus problemas [...]. (EV-32)

A visualização das PIC como possuidoras de eficácia pelos estudantes do BIS concorda com os resultados de outros estudos com universitários, nos quais algumas dessas práticas foram mencionadas como eficazes. (ALZHRANI et al., 2016; JAMES; BAH, 2014; JAMES; BAH; KONDORVOH, 2016; KHAN et al., 2020) Além disso, em uma investigação com discentes de farmácia da Índia, 58,4% acreditaram que ayurveda, yoga e naturopatia, unani, siddha e homeopatia (AYUSH) são mais efetivas que as medicações alopáticas (AHMAD et al., 2015), enquanto que em outra pesquisa, com estudantes de farmácia da Malásia, 37,6% informaram utilizar MAC porque são mais efetivas que a medicina convencional. (JAMSHED et al., 2016)

Assim, o abandono da prática médica convencional está associado entre os participantes desta pesquisa a um descontentamento com a mesma, como também observado em uma pesquisa com acadêmicos de medicina do Irã, na qual 42% afirmaram que as pessoas têm buscado a medicina tradicional devido à falha da medicina convencional. (SADEGHI et al., 2016) Isso faz com que, na busca pela prática alternativa, sejam enfatizados os elementos que geram insatisfação na biomedicina. Um deles é a humanização (3,1%), que apareceu nas falas como relacionada ao acolhimento produzido no processo de cuidado, à construção de confiança e abertura para a instalação do encontro terapêutico, e ao processo de fundação de vínculos entre terapeuta e usuário.

Uma coisa muito confortável, muito boa, que recorda até mesmo a infância, [...] a gente se sentiu num ambiente acolhedor, tendo a confiança de estar ali, com outras pessoas. Às vezes você só precisa de um abraço e a terapia comunitária te propõe isso, é um espaço muito íntimo. (EV-16)

[...] eu nunca vi ninguém reclamando, falando mal, muito pelo contrário, fala mal sobre a forma de atendimento dos sistemas biomédicos. (EV-23)

Eu sinto que ela funciona muito porque existe uma atenção muito maior do profissional com o paciente, eu sinto que não há esse desnivelamento

entre o paciente e o profissional [...]. Eu faço críticas profundas à medicina hoje como está, o médico mal te toca, mal conversa, já o médico da medicina tradicional chinesa vai a fundo, busca tudo que você tem [...]. (EV-32)

Sabe-se que, em geral, quando as pessoas procuram cuidados em saúde, almeja-se um acolhimento emocional e humano por parte do terapeuta. (TESSER; LUZ, 2008) Diante disso, a crítica fixada na relação instaurada entre profissional de saúde biomédico e usuário faz entender que a abordagem alternativa potencializa a ação das PIC. Do mesmo modo, em outro estudo, usuários de homeopatia do SUS em Salvador caracterizaram a consulta homeopática como diferenciada positivamente em relação à biomédica, sendo realçados aspectos como a escuta atenta, o respeito e a atenção do homeopata. (MONTEIRO; IRIART, 2007)

Outrossim, a prática alternativa é vista pelos acadêmicos do BIS como natural (6,2%), por, muitas vezes ser proveniente diretamente da natureza e por apresentar um processo de produção que integra as pessoas que manejam a prática, sem interferência industrial.

Uma outra oportunidade de melhoria [...] do meu corpo, que seja feita de forma natural [...]. (QI-241)

Uma prática alternativa que evita o uso de substâncias químicas. (QV-147)

[...] ele mesmo que fabrica os géis, os cremes. Então você confia mais, porque não é nada que está vindo de uma indústria que fez, você sabe a procedência daquilo. (EV-3)

De forma semelhante, em outras investigações, 71,7% de um grupo de discentes de farmácia na Índia concordaram que Ayush é natural (AHMAD et al., 2015) e 36,1% de medicina, farmácia e odontologia no Brasil acreditaram que a homeopatia é uma terapia que faz uso de produtos naturais. (LOCH-NECKEL; CARMIGNAN; CREPALDI, 2010) Ademais, em uma pesquisa, acadêmicos de cursos da área da saúde na Arábia Saudita afirmaram que a MAC compreende fórmulas naturais de plantas que

são mais saudáveis que o remédio oferecido pelo profissional biomédico (KHAN et al., 2020), e em outra, com usuários do SUS no Brasil, a ideia mais recorrente entre os participantes era de que o tratamento homeopático é natural. (MONTEIRO; IRIART, 2007)

Os estudantes também acreditam que a prática alternativa é dotada de menor agressividade (5,4%), o que, entre os entrevistados, foi conectado, por exemplo, ao fato de o remédio homeopático ser “mais leve” (EV-2) e o medicamento da biomedicina ser “mais *hardcore*” (termo inglês que tem o sentido de extremado, agressivo) (EV-4). Nas respostas, os discentes relacionaram os efeitos colaterais das medicações que usam à própria racionalidade médica/prática terapêutica que estão associadas, ou seja, parece haver uma construção de valores em relação à forma com que o cuidado é visto a partir dos seus resultados, nesse caso, os prejuízos que trazem aos seus usuários. Além disso, em algumas falas dos participantes o tema “natural” esteve relacionado com o tema “menor agressividade”, julgando ser a menor agressividade uma consequência do contorno natural dessas práticas.

Eu sinto que ele não vai fazer mal ao meu organismo, mas vai produzir o bem. [...] tomo o remédio homeopático não achando que ele vai fazer mal ao meu corpo, mas vai ajudar a solucionar a minha crise alérgica. [...] O homeopático é mais leve. [...] Eu acho que o remédio fitoterápico pode ter problemas, mas acho que tem menos problemas por ser fitoterápico. Até na bula, lendo os efeitos adversos, contraindicações, eu sinto que é menos problemático que os outros remédios [...]. (EV-2)

*[...] uma forma alternativa de fugir dos medicamentos mais *hardcore* que são vendidos em farmácias [...] eu penso que é algo menos agressivo. (EV-4)*

[...] para mim, ela é substancial, tanto para gente porque é natural, claro que traz efeitos adversos, sim, mas que talvez não sejam tão danosos quanto medicações feitas de forma química, artificial. (EV-24)

Isso corrobora com o observado em outras pesquisas com grupos de universitários de diferentes países: 73,1% dos estudantes de medicina; 87,5%, de farmácia; 100%, de enfermagem

(JAMES; BAH; KONDORVOH, 2016); e 74,4%, de farmácia em Serra Leoa (JAMES; BAH, 2014) concordam que a MAC não é prejudicial. Da mesma forma, 56,2% dos acadêmicos de medicina na Palestina (SAMARA et al., 2019); 33,4%, de farmácia na Malásia (JAMSHED et al., 2016); 63,8%, de farmácia na Índia (AHMAD et al., 2015) e 34%, de medicina no Irã (SADEGHI et al., 2016) acreditam que essas práticas manifestam poucos efeitos colaterais. Somando-se a isso, em uma investigação com médicos alopatas da Índia, 44,9% afirmaram que Ayush dispõe de menos efeitos colaterais (SINGHAL; ROY, 2018); para acadêmicos de odontologia do Japão, a MAC não possui efeitos colaterais (KAMEYAMA; TODA, 2017); e, de acordo com discentes de enfermagem brasileiros, as plantas medicinais apresentam menor risco à saúde. (BADKE et al., 2017)

Nesse sentido, como oferece fuga da racionalidade biomédica, a prática alternativa é vista como uma oportunidade de exercício da liberdade (2,3%). Para os participantes deste estudo, a biomedicina funciona como uma estrutura rígida, pois prende os usuários em suas práticas, as quais apresentam diversos prejuízos. Consequentemente, fazer uso de uma prática alternativa é o mesmo que colocar em ação a autonomia de escolha por algo que é humanizado, natural e menos agressivo.

Acho que pode ser uma fuga para aqueles que buscam, como também liberdade. (QI-106)

[...] existem outras possibilidades [...] ser dependente de um comprimido é muito ruim, é uma prisão. Eu penso isso quando olho para o remédio, que estou presa, mas sem as pessoas verem. Então, as práticas para mim foram libertação, é saber que posso a qualquer momento parar de tomar o remédio, que vou conseguir me libertar. (EV-12)

Concordando com essa perspectiva, estudantes de outros cursos universitários da área da saúde afirmaram que as pessoas possuem o direito de escolha entre a MAC e a medicina convencional. (SAHA et al., 2017; SAMARA et al., 2019)

A medicina alternativa referiu a oportunidade de uso de RM e recursos terapêuticos não biomédicos no lugar da racionalidade biomédica. (BARROS, 2008) Desse modo, na

identificação das PIC como práticas alternativas, os estudantes defenderam uma proposta de fuga do modelo hegemônico, fundamentada na sua distinção da biomedicina, nas qualidades que possuem (eficácia, humanização, ser natural e apresentar menor agressividade) e na possibilidade do exercício da liberdade nos itinerários terapêuticos. Todavia, os temas “distinção da biomedicina”, “humanização” e “eficácia” apareceram somente nas respostas dos veteranos, consoante à Tabela 3. A ausência desses temas entre os ingressantes pode assinalar um discurso sobre o tema “alternativa” mais ligado à ideia de escolha por práticas de saúde, sem fazer distinção ideológica explícita entre elas, mas se baseando no fato de que a biomedicina é a “medida-padrão” do campo da saúde (essas práticas são uma alternativa, considerando que as práticas biomédicas são as convencionais), nesse grupo. Logo, é possível que a representação das PIC como prática alternativa, apresentada neste capítulo, seja modificada ao longo do BIS, assumindo um contorno que dialoga com o movimento da medicina alternativa, o que está associado ao enriquecimento dos sentidos conferidos às PIC durante o curso, conforme citado anteriormente.

O destaque para a ideia de que as PIC são alternativas, entre os estudantes do BIS, pode se relacionar também a uma compreensão de que a biomedicina não é a única forma de pensar e atuar nas ações e serviços de saúde, sendo possível utilizar outras práticas, em diferentes conformações terapêuticas. Ademais, alguns temas apontam que as PIC estão ligadas a movimentos que extrapolam o que convencionalmente é enxergado como parte do campo da saúde, como os de resgate cultural e preservação ambiental. Isso pode indicar a gestação e apoio de uma nova episteme para o campo da saúde, que prevê a abertura para saberes e práticas de distintas naturezas, *vide* a complexidade do objeto saúde e suas práticas de promoção.

Prática tradicional

Como parte da categoria temática “prática tradicional” foram incluídas as respostas que invocaram as PIC como práticas que apresentam uma tradição (5,1%) de uso. Para os estudantes, essas práticas expressam contorno tradicional, pois tangenciam e são parte da história de um grupo social, mais especificamente, e da própria humanidade, de maneira geral. Em um estudo no Japão, com estudantes de odontologia, também foi percebida a presença de uma visão que indicava a MAC/medicina oriental como tradicional. (KAMEYAMA; TODA, 2017) Entretanto, não são todas as PIC que são consideradas como tradicionais, visto que muitas surgiram recentemente. (TESSER, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, 2013) À vista disso, nas entrevistas, quando essas práticas foram tratadas de forma individual, a qualidade de ser tradicional foi mencionada pelos estudantes somente referindo-se às plantas medicinais.

[...] aconselhamentos de pessoas mais velhas. (QI-85)

Possui muitos significados, [...] a história, a nossa história. As pessoas antigamente utilizavam muito, na verdade, não existiam remédios [...] eu acho que a gente tem uma raiz, a nossa raiz, na verdade, é baseada nas plantas medicinais e eu acho que a gente se perdeu ao longo do tempo. (EV-1)

[...] é questão de tradição, aquele conhecimento que foi passado [...]. (EV-12)

A prática tradicional também apresenta como característica a presença da família (2,3%), um dos espaços de onde parte o costume de utilização das plantas medicinais. Esse uso é feito entre os próprios familiares, criando uma “identidade familiar” (QI-13) e uma “memória afetiva” (EV-1) que associa a família com as PIC. Igualmente, em uma pesquisa, pessoas que fazem uso de plantas medicinais, em um estado do Brasil, manifestaram a ideia de cuidar da família entre os significados ligados à essa prática (BADKE et al., 2019a); já em outra, com acadêmicos de enfermagem, brasileiros, o conhecimento e a experiência familiar com as plantas medicinais associaram-se

aos sentidos que emergiram a partir dessa prática. (BADKE et al., 2017)

Minha relação com as plantas medicinais é por conta das relações familiares. São importantes por conta dessa relação familiar para mim. (EV-3)

Tem muito um significado de acolhimento, no sentido de que minha mãe sempre procurou usar, então me remete muito à minha mãe. (EV-14)

Outrossim, um dos determinantes do acesso e da aceitação da prática tradicional é a própria cultura (9%). Nessa perspectiva, quando uma prática faz parte da cultura, é vista como acessível, pois o que é considerado convencional socialmente é de fácil obtenção e reconhecimento. (TESSER, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002) Assim, os discentes do BIS consideram que a prática tradicional está inserida na cultura de seus praticantes, envolvendo-se nas suas concepções de saúde-adoecimento-cuidado, e, por isso, o seu uso estaria associado a uma retomada de certas práticas culturais. Do mesmo modo, em estudo com acadêmicos de medicina no Irã, 57% concordaram que motivos históricos e culturais têm levado à busca pela medicina tradicional. (SADEGHI et al., 2016)

Acho que recupera muito as questões culturais de nossa vivência [...]. Acho que tem uma tentativa muito grande de resgate da nossa cultura [...]. (EV-19)

Eu sou do interior, no interior as plantas são acessíveis, a vizinha bate na porta da gente “você tem tal planta?”, pega do quintal do outro, então é acessível. (EV-21)

Neste estudo, quando a biomedicina foi citada nas falas dos estudantes, não foi feita uma ligação entre essa racionalidade e a cultura. De acordo com Luz (1988), muitas vezes saberes e práticas considerados científicos não são situados como parte de uma história e de uma cultura, apesar de exercerem forte influência nos modos de vida contemporâneos. Isso pode significar, numa perspectiva maior, a adoção de uma concepção que coloca a cultura, e conseqüentemente as PIC, num polo exclusivo de conhecimentos não científicos e/ou populares. Entre os elementos da cultura, os estudantes destacaram as crenças individuais

e religiosas, afirmando que estão contidas na prática tradicional e determinam o seu uso. Isso posto, é importante lembrar que 61,4% dos discentes afirmaram seguir uma religião, doutrina ou seita. Achado parecido foi observado em outra investigação, na qual psicólogos da Indonésia declararam que clientes usam suas crenças como base para utilização da MAC. (LIEM, 2019)

São extremamente importantes, algumas em relação à crença individual. (QI-21)

Há uma crença de que tira mau-olhado. Então tento acreditar nisso, além de outros males que você tenha. (QV-175)

Eu vejo histórias de pessoas que tomam banho e as folhas acabam secando. [...], por que eu negaria que o uso das plantas tornaria os orixás mais próximos? então eu acredito [...]. Aí entra a questão de mau-olhado e tal [...]. (EV-6)

Todavia, ainda que seja tradicional, integre a cultura e esteja na família, a prática tradicional segue com falta de valorização (4,7%) nos serviços de saúde brasileiros. Em razão disso, uma das dificuldades para a institucionalização das PIC é a sua desvalorização frente à hegemonia da biomedicina.

São práticas que deveriam ser mais disseminadas e possuem um saber cultural [...]. (QV-120)

[...] falta de valorização [...], falta de reconhecimento, porque se elas tivessem o reconhecimento estariam mais presentes em nosso sistema de saúde [...]. (EV-5)

Embora as plantas medicinais sejam vistas pelos estudantes como de uso comum no Brasil, as PIC ainda enfrentam desafios para serem consolidadas dentro de sistemas de saúde dominados pela cultura ocidental biomédica, devido ao fato de obedecerem à uma lógica distinta e ainda estarem diante de preconceitos sustentados por discursos que as ligam ao que não é científico e, dessa forma, falso. (LUZ, 1988; TESSER; BARROS, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013) Como nesta pesquisa os participantes demonstram aceitar e fazer uso dessas práticas, a falta de valorização, que indicam, parece partir de

outros atores, como os trabalhadores e os gestores dos serviços de saúde. Logo, não basta que a prática tradicional seja parte da cultura e família dos estudantes quando o que determina o uso de terapias no interior dos serviços de saúde é o saber biomédico. Em outro estudo, por exemplo, brasileiros da zona rural declararam não haver aceitação do uso de plantas medicinais por parte de médicos. (BADKE et al., 2019a) Desse modo, os estudantes apontam para a necessidade de aprofundamento dos estudos na prática tradicional, sem prescindir os conhecimentos populares a partir dos quais foi criada.

[...] eu acho que tem um lado de conhecimento popular não tão bem explorado, pelo menos não tão bem divulgado [...]. Eu acho que não conheço ninguém que vá ao médico para orientação de chá, até porque a gente espera ir ao médico e ele sempre passar um remédio da farmácia para gente [...]. (EV-4)

Cultura, crenças populares, práticas passadas de geração em geração, que devem ser cada vez mais estudadas sem perder seu caráter popular [...]. (EV-5)

Acho que é uma forma de reforçar tradições culturais, familiares, e está meio que não deixando o conhecimento popular morrer. Porque como ele é passado de geração em geração e a gente tenta passar pela oralidade. Quando a gente pensa no interior, que é de onde eu venho, ele vai reforçando justamente a necessidade de estar em contato com outra pessoa que tem um saber que não é divulgado cientificamente, mas que é tão bom, equivalente ao que a gente tem na academia. (EV-33)

Por esse ângulo, a inserção da prática tradicional nos serviços de saúde passaria pela sua divulgação e aceitação no meio científico, o que está diretamente relacionado com a educação e treinamento dos profissionais de saúde. (NASCIMENTO et al., 2013, 2018; TESSER; BARROS, 2008) Em outras pesquisas, 84% de um conjunto de médicos alopatas na Índia concordaram que são necessárias mais pesquisas em Ayush (SINGHAL; ROY, 2018) e 82,4% de universitários de cursos da saúde na Arábia Saudita afirmaram ser a falta de conhecimento uma barreira para a implementação da MAC. (KHAN et al., 2020)

É importante citar que, nesta investigação, o termo “tradicional” também foi empregado como um sinônimo de

“convencional”. Essa concepção da biomedicina, como a medicina tradicional, também foi exibida entre discentes de medicina de uma universidade brasileira (KÜLKAMP et al., 2007) e pode estar ligada a um desconhecimento da tradicionalidade existente em algumas PIC e à conferência do sentido de dominância à biomedicina.

Formas não tradicionais de tratamento, do ponto de vista da sociedade ocidental contemporânea, que auxilia e tem papel fundamental no auxílio à saúde. (QV-191)

Como visto, os discentes do BIS também observam as PIC como práticas tradicionais, que envolvem a tradição, a família e a cultura, e que sofrem falta de valorização, aceitando-as como importantes. Isso representa, numa perspectiva maior, a abertura, por parte deles, para a inclusão dessas práticas no interior dos serviços de saúde, nos quais poderão atuar futuramente. Ademais, visualizar as PIC dessa forma reafirma que esses estudantes possuem consciência da história e do arcabouço cultural que elas carregam, o que é positivo, pois a introdução de algumas dessas práticas no interior das instituições dominadas pela biomedicina, fazendo com que estas atuem a partir do paradigma biomecânico, pode ser prejudicial para a sua ação, restringindo-as. (LUZ, 2012; TESSER, 2009; TESSER; BARROS, 2008)

Prática complementar

Na categoria “prática complementar” foram elencadas as respostas dos discentes do BIS que acreditam que, no campo da saúde, a relação estabelecida entre as terapias biomédicas e não biomédicas pode não ser baseada na oposição.

Neste estudo, aparece mais frequentemente entre os participantes a ideia de prática alternativa, o que pode mostrar uma prevalência do pensamento de que as PIC estão num lugar antagônico à biomedicina e, devido aos benefícios que expressam, têm a capacidade de serem utilizadas de maneira alternativa.

Apesar disso, a manifestação do tema “complementar” (7,0%) assinala que as possibilidades de complementariedade não são descartadas pelos estudantes. Logo, embora as RM integrativas atuem num paradigma vitalista e algumas PIC apresentem contorno tradicional (LUZ, 2012), a aproximação delas com a racionalidade biomédica, num mesmo itinerário terapêutico, é factível (BARROS, 2008; BARROS; NUNES, 2006; TESSER, 2009), assumindo o *status* de complementar. Semelhantemente, em outra pesquisa realizada com psicólogos clínicos da Indonésia, o termo “alternativa” foi citado pelos participantes como de uso mais habitual que “complementar”, para se referir à MAC, ainda que acreditem que essas práticas estejam combinadas com a medicina convencional ou psicoterapia. (LIEM, 2019)

Para sustentar a complementariedade, os estudantes apontam as PIC como uma novidade nos serviços de saúde brasileiros, que deve ser associada ao tratamento convencional, pois ele tem sido insuficiente. À vista disso, a despeito de acreditarem na importância da biomedicina para os cuidados em saúde, não deixam de criticá-la.

São importantes pois completam a medicina ocidental. (QI-261)

[...] Eu acho positiva, sim, só acrescenta, são outros jeitos de ver a saúde, não necessariamente você precisa separar as coisas, você pode estar sempre complementando. (EV-2)

[...] não sou contra a perspectiva biomédica porque, se não, seria muito hipócrita, acho que ela é insuficiente, a gente precisa trabalhar mais sobre ela em articulação com outras, [...] tenho críticas, mas também não posso tirar a importância do biomédico. Porque tem certas questões que o biomédico faz papel efetivo e que é importante, mas ele é insuficiente. (EV-17)

Eu vejo ela como algo complementar ainda. Porque acho que ela é importante, sim, mas com o auxílio de outras coisas também [...]. Acho que a gente quer conhecer todos os lados, não ficar somente no mecanicista [...]. (EV-25)

Em outros estudos, com universitários em diferentes países, também está presente a ideia de que a MAC pode trazer benefícios para os cuidados empreendidos pela biomedicina

(AHMED et al., 2017; ALZHRANI et al., 2016; BOYLAN et al., 2020; SADEGHI et al., 2016; SAHA et al., 2017) e pelo sistema de saúde. (SAMARA et al., 2019) Ademais, discentes também pensam que o cuidado clínico deve misturar práticas convencionais e MAC. (AHMED et al., 2017; ALZHRANI et al., 2016; JAMSHED et al., 2016; YILDIRIM et al., 2010) Para os estudantes do BIS, a prática complementar teria como papel, nessa lógica, o manejo de questões que envolvem o cuidado com a saúde e demandam intervenções de menor densidade tecnológica.

[...] podem ser utilizadas para [...] algo que não precisa de intervenção cirúrgica. Uma dor de cabeça talvez, uma dor no corpo, cólica [...]. (EV-23)

Outrossim, os discentes acreditam que o profissional de saúde tem papel importante na busca pelo estabelecimento da complementariedade quando apresenta ao usuário práticas de saúde distintas da medicina convencional ou quando abraça o uso de PIC manifestado pelo próprio usuário.

[...] quem me abriu o olhar para isso foi justamente um médico que teria tudo para não apresentar, então é como se eu admirasse essa questão nele também, de apresentar [...]. (EV-12)

[...] é algo para complementar uma prática da medicina ocidental, por exemplo. É algo que o paciente pode optar para complementar seu tratamento [...]. (EV-20)

Não obstante, a abertura para o modelo complementar seria mais difícil para os profissionais da saúde do que para os usuários, visto que estes transitam entre RM diferentes, sem grandes problemas. (TESSER, 2009) Contudo, em um estudo com distintos profissionais de saúde no Brasil, foi observado apoio para o uso conjunto de plantas medicinais e medicamentos alopáticos e resistência para a utilização da planta em substituição do medicamento. (MATTOS et al., 2018) Também em uma investigação com acadêmicos de medicina da Palestina, 55,8% afirmaram que estimularão o uso de MAC com a biomedicina. (SAMARA et al., 2019)

A medicina complementar concebe a possibilidade de integração entre as práticas convencionais e não convencionais nos serviços de saúde. (BARROS, 2008) Embora haja uma perspectiva que acredite que a medicina complementar seja um sinônimo de medicina alternativa (BARROS; NUNES, 2006), os participantes desta pesquisa visualizaram complementar e alternativa como possuidores de sentidos diferentes. Destarte, o estabelecimento de sentido complementar às PIC, pelos estudantes, simboliza a abertura para a construção de itinerários terapêuticos singulares, centrados na pessoa e com o uso de modelos de cuidado distintos. Assim, o pensamento dos estudantes parece coincidir com o proposto no âmbito do SUS com a PNPIC. (BRASIL, 2006a)

CAPÍTULO 5 **As Práticas Integrativas e Complementares como cuidado integral, terapêutico, promoção da saúde e prevenção de doenças**

Contribuições das Práticas Integrativas e Complementares para o cuidado em saúde

As PIC apresentam grandes potencialidades para atenção à saúde, entre elas as relacionadas à integralidade do cuidado e à promoção da saúde, que podem contribuir para a consolidação do SUS. (TESSER, 2009; TESSER; BARROS, 2008; TESSER; LUZ, 2008) Considerando que toda medicina dispõe de limites, a integralidade e a promoção da saúde são desafios epistemológicos para a biomedicina, de abordagem cartesiana e orientada para a doença. Essa racionalidade conduz as ações e os serviços do SUS de forma dominante, apontando para a existência de uma possível lacuna na garantia da integralidade do cuidado (intervenção pluridimensional e integrada na saúde humana) e da atenção (acesso às práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde) nesse sistema de saúde. Entretanto, a abordagem integral e a saúde são categorias estruturantes das cosmologias das RM vitalistas, o que faz com que aconteçam naturalmente na doutrina médica e no sistema terapêutico dessas racionalidades. (TESSER; LUZ, 2008)

Embora as PIC já tenham sido reconhecidas no SUS, com a materialização e ampliação recente da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006a, 2017, 2018), representações negativas sobre elas permanecem fortes entre os atores que compõem o campo da saúde (TESSER; BARROS, 2008), o que, mais uma vez, mostra a necessidade de saber quais são os significados desvelados por eles em relação a essas práticas. Essas representações podem ser notadas nas tentativas de obstaculizar a sua introdução e em algumas iniciativas de sua inserção nos serviços de saúde, que não renunciam da validação e aprovação da biociência (SILVEIRA; ROCHA, 2020; TESSER; BARROS, 2008; TESSER; LUZ, 2008), como se não houvessem saberes particulares nessas práticas que as legitimam e sustentam socialmente. Logo, é preciso renovar as concepções dos estudantes, futuros trabalhadores dos sistemas de saúde, em defesa da relativização cultural e extensão dos entendimentos sobre a vida e o cuidado. A relevância deste estudo reside na produção de conhecimento sobre esse tema, a partir do que os discentes de um curso da área da saúde pensam, enfatizando o papel desses acadêmicos, enquanto futuros prestadores de cuidado, na oferta e no manejo das práticas de saúde.

Neste capítulo, continuamos a análise dos significados atribuídos às PIC por estudantes do BIS da UFBA. Em nossa trajetória metodológica, as respostas obtidas em questionários e entrevistas geraram 29 temas (unidades de significação central) com 922 ocorrências nos *corpora*, como apresentamos no capítulo um. Dentre esses temas, 17 foram agrupados em quatro categorias (a partir do exame das coocorrências e similaridade de ideias) que enfatizaram a natureza dos cuidados que as práticas integrativas oferecem aos seus usuários: cuidado integral, promoção da saúde, prática terapêutica e prevenção de doenças (Figura 4). Esses conteúdos, ligados aos benefícios proporcionados por essas práticas, apontaram para a prevalência das imagens de cuidado integral e promoção da saúde, reafirmando uma urgência da busca pela superação da hegemonia e dos problemas apresentados pela biomedicina nos cuidados em saúde.

Figura 4 - Temas e categorias temáticas que englobam os significados conferidos às PIC pelos estudantes ingressantes e veteranos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, em questionários e entrevistas realizadas em 2017, 2018 e/ou 2019. Salvador, Bahia, Brasil (n=537)

Cuidado integral						
36,5% do total de respostas						
	Ingressantes		Veteranos		Total	
Temas	N	%	N	%	N	%
Energética	1	0,3%	5	1,7%	6	1,0%
Equilíbrio	16	5,3%	18	6,0%	34	5,6%
Espiritual	18	5,9%	10	3,3%	28	4,6%
Física	25	8,3%	12	4,0%	37	6,1%
Integral	2	0,7%	10	3,3%	12	2,0%
Mental	31	10,2%	18	6,0%	49	8,1%
Vida	28	9,2%	27	8,9%	55	9,1%
Total	121	39,9%	100	33,1%	221	36,5%

Promoção da saúde						
33,2% do total de respostas						
	Ingressantes		Veteranos		Total	
Temas	N	%	N	%	N	%
Autoconhecimento	1	0,3%	11	3,6%	12	2,0%
Autocuidado	1	0,3%	8	2,6%	9	1,5%
Bem-estar	55	18,2%	39	12,9%	94	15,5%
Saúde	46	15,2%	36	11,9%	82	13,6%
Socialização	1	0,3%	3	1,0%	4	0,7%
Total	104	34,3%	97	32,1%	201	33,2%

Prática terapêutica						
28,8% do total de respostas						
	Ingressantes		Veteranos		Total	
Temas	N	%	N	%	N	%
Cotidiano	4	1,3%	4	1,3%	8	1,3%
Cura	12	4,0%	20	6,6%	32	5,3%
Relaxamento	22	7,3%	31	10,3%	53	8,8%
Terapia	36	11,9%	45	14,9%	81	13,4%
Total	74	24,5%	100	33,1%	174	28,8%

Prevenção de doenças						
1,5% do total de respostas						
	Ingressantes		Veteranos		Total	
Temas	N	%	N	%	N	%
Prevenção de doenças	4	1,3%	5	1,7%	9	1,5%
Total	4	1,3%	5	1,7%	9	1,5%

Práticas Integrativas e Complementares

Fonte: elaborada pelos autores

Nota: elaborada com o auxílio do software IRaMuTeQ

Comparando o percentual de manifestação dos temas nas respostas, é possível inferir que existem naturalmente, na sociedade brasileira, representações que ligam as PIC (principalmente

as de uso tradicional) ao cuidado da saúde, com destaque para a abordagem integral desse cuidado e promoção da saúde, categorias mais pronunciadas entre calouros. Na universidade, essas representações podem ser aprofundadas e somadas à outras, visualizando mais fortemente um caminho terapêutico e de prevenção de doenças nessas práticas, categorias citadas mais por veteranos, quando comparados aos ingressantes. Para mais, o compartilhamento dos sentidos sobre as PIC, expressos entre ingressantes e veteranos, pode indicar que os acadêmicos já entram na universidade com concepções positivas sobre as PIC, enxergando nelas caminhos possíveis para o cuidado da saúde, as quais poderão ser direcionadas para ampliação (em cursos interdisciplinares que favorecem o diálogo entre saberes e práticas) ou deslegitimação (quando os discentes estudam num ambiente que reproduz a lógica de monocultura da biomedicina).

Em um estudo que analisou, na literatura, os significados produzidos a partir dos termos MAC, alternativa, complementar, não convencional e integrativa, observou-se que somente medicina integrativa é descrito com base “no que é”, enquanto os outros são apresentados com fundamento “no que não são”. (NG et al., 2016) Por exemplo, a medicina alternativa é vista como não possuidora de evidências científicas. Entretanto, em nossa pesquisa, as PIC foram descritas pelos estudantes predominantemente a partir “do que são”, como pode ser visualizado a partir dos temas elencados em cada categoria. Em prática terapêutica, por exemplo, as PIC são representadas como práticas que promovem relaxamento e cura.

Apresentaremos a seguir as categorias temáticas produzidas com o intuito de descrever e discutir os significados ligados às PIC.

Cuidado integral

Em “cuidado integral” (36,5%) foram incluídos os temas que, quando reunidos, aludiram à existência de uma pluridimensionalidade do cuidado através das PIC, ou seja, revelaram

existir nessas práticas uma abordagem que toca e integra os diferentes aspectos do indivíduo e de sua vida. Essa ideia de cuidado integral corrobora com uma das conceituações de medicina integrativa presente na literatura (NG et al., 2016; OTANI; BARROS, 2011a), o que pode indicar para uma conexão dos significados conferidos às PIC, pelos estudantes do BIS, a esse movimento. Também foi verificado, neste estudo, a existência da ideia de que as PIC possuem integralidade na atenção à saúde, o que será apresentado nas categorias promoção da saúde, prevenção de doenças e prática terapêutica.

As RM vitalistas, que constituem as PIC, constroem a integralidade por meio do reconhecimento do indivíduo como um todo composto de dimensões indivisíveis e que estabelece relações com o meio em que está inserido. (LUZ, 2012; NASCIMENTO et al., 2013; TESSER; LUZ, 2008) Nesse sentido, entre os estudantes do BIS, essas práticas foram reconhecidas como portadoras de um sentido integral. Os termos “completo/completude” têm a ver com a capacidade de integração dos aspectos da vida individual, atentando para o mundo vivido, num conjunto que possui sentido para terapeuta e usuário. (TESSER; LUZ, 2008) Como esses termos estão próximos da noção de integralidade, as respostas em que eles apareceram explicitamente também foram incluídas como parte desse tema.

[...] ajudam o corpo humano em sua totalidade [...]. (QV-103)

Acredito que elas auxiliam no conhecimento da pessoa por completo [...]. (QV-12)

Como o próprio nome diz, é integrativa, então integra, torna completa. (EV-4)

Eu tenho essa sensação de completude [...]. (EV-32)

Portanto, as PIC apontam para um cuidado integral oferecido nas perspectivas mental (8,1%), física (6,1%), espiritual (4,6%) e energética (1,0%). Isso está de acordo com as cosmologias das RM vitalistas, nas quais a concepção de integralidade considera as dimensões psicobiológica, social e espiritual. (LUZ, 2012; TESSER; LUZ, 2008) Além disso, em um estudo com

estudantes universitários da saúde na Arábia Saudita, 75,8% concordaram que crer nos elementos mentais e espirituais da saúde promove a utilização de MAC. (KHAN et al., 2020)

Diversidade de possibilidades para a manutenção do controle mental e espiritual. (QI-168)

Elas significam um melhoramento físico, mental e até espiritual. (QV-10)

Uma das outras formas de cuidar energética-fisicamente do corpo. [...] Eu creio que seja mais uma das alternativas de cuidado corpo, mente, energia. (EV-4)

Em algumas respostas, entretanto, os acadêmicos enfatizaram o elemento mental, determinando que a integralidade é construída tomando-o como base. Nesse sentido, em uma investigação com terapeutas alternativos do México, apareceu a ideia de que as emoções influenciam nos processos de saúde e adoecimento e, por isso, é necessário tratar o paciente de maneira integral. (CORELL-DOMÉNECH, 2019) Em outra pesquisa, com estudantes de enfermagem e obstetrícia da Turquia, esteve presente o pensamento de que a MAC possui efeito positivo sobre a mente. (ÇAMURDAN; GÜL, 2013)

Influenciam na saúde como um todo, uma vez que interferem no psicológico do indivíduo. (QI-253)

Acho que elas estão relacionadas ao psicológico, pois geram nos pacientes um certo estado que gera uma diminuição daquele problema. (QI-264)

Todo meu bem-estar físico é consequência do meu bem-estar psicológico, se minha mente estiver boa o meu corpo vai estar também. (EV-32)

Ainda segundo discentes do BIS, em algumas práticas são enfatizados mais alguns aspectos desse cuidado integral que outros, como é o caso da relação estabelecida por um estudante entre a yoga e a meditação: “yoga é mais uma coisa com o corpo e meditação com a mente” (EV-15). Achado parecido foi observado em outra pesquisa com discentes de graduação e pós-graduação nos Estados Unidos, na qual houve o entendimento de que a yoga era a MAC mais credível para ter impactos nos aspectos

físicos, enquanto a meditação nos mentais. (GREEN; GREEN; CARROLL, 2020)

Outrossim, os estudantes acreditam que o cuidado integral empreendido por essas práticas também significa algo que está além do setor saúde, constituindo-se como parte da vida (9,1%) das pessoas que as praticam. Todavia, para eles, a ação dessas práticas em várias dimensões da vida não está orientada na lógica de medicalização da existência, que provoca a fuga incessante dos riscos de adoecimento, como em uma das concepções de promoção da saúde. (SILVEIRA; ROCHA, 2020) Desse modo, o ponto de vista dos discentes, ao visualizar a vida como um componente de atenção das PIC, adota a dinâmica relacional da integralidade (TESSER; LUZ, 2008), vislumbrando nelas recursos para a garantia da qualidade de vida. Em outra pesquisa com graduandos na Turquia, 53,5% consideraram que a MAC produz a melhoria da qualidade de vida como efeito. (ÇAMURDAN; GÜL, 2013) Abre-se, então, um caminho no qual essas práticas assumem sentido de manutenção e expansão da vitalidade, de acordo com o paradigma vitalista. (LUZ, 2012; NASCIMENTO et al., 2013)

[...] a sociedade busca para aprimorar ou alcançar uma maior qualidade de vida. (QI-18)

Uma manutenção e auxílio ao ato de viver. (QI-202)

[...] acabam se classificando como essenciais na vida dos indivíduos. (QV-97)

Transcendência com outras áreas da vida. (QV-180)

Assim sendo, para os discentes, as PIC também traduzem o equilíbrio (5,6%) dos distintos enfoques do cuidado integral (mental, físico, espiritual, energético e da vida). Nesse sentido, é admissível que concordem com noções associadas às representações de saúde-adoecimento-cuidado como (des) equilíbrio interno e relacional. (BARROS, 2008; LUZ, 2012; NASCIMENTO et al., 2013; TESSER; LUZ, 2008) Corroborando com isso o achado de uma pesquisa realizada com universitários da Índia, na qual o uso de ayurveda, yoga, naturopatia, unani,

siddha e homeopatia esteve ligado à busca pela retomada do equilíbrio corporal. (AHMAD et al., 2015)

Métodos para a busca do equilíbrio da mente, do corpo e a relação corpo e mente. (QI-110)

[...] me fazem seguir um caminho mais equilibrado. (QI-129)

Ajudam a manter o equilíbrio em diversos setores da vida, como o emocional. (QI-220)

Ajuda a equilibrar as energias do corpo. (QV-96)

Elas significam harmonia do corpo físico, mental e espiritual. (QV-201)

Portanto, a representação das PIC como cuidado integral evidencia que essas práticas atuam nas dimensões mental, física, espiritual, energética e da vida, de maneira integral e proporcionando equilíbrio. Na perspectiva desses discentes, esses diferentes elementos estão conectados e exercem influência entre si no corpo e na vida dos sujeitos, o que vai de encontro a algumas ideologias dicotômicas sustentadas no interior da racionalidade biomédica, como a que adota a separação entre mente e corpo. (BARROS, 2008) Isso pode simbolizar uma tentativa de superação de elementos da cosmologia da biomedicina no momento do cuidado, ao mesmo tempo em que aponta para a (re)valorização das racionalidades que orientam as PIC.

Promoção da saúde

Nesta categoria foram inseridos os temas que vincularam as PIC ao movimento da promoção da saúde (33,2%). Essas práticas foram visualizadas majoritariamente como meios que influenciam na saúde (13,6%) dos sujeitos que as praticam, o que pode ser baseado em uma ideia que associa o seu uso à busca pela adoção de hábitos saudáveis. Corrobora com isso o relato de terapeutas alternativos, em um estudo feito no México, que afirma apresentar aos seus pacientes um programa de vida saudável, no qual estão incluídas mudanças relacionadas

à alimentação, por exemplo. (CORELL-DOMÉNECH, 2019) Desse modo, os significados que os estudantes conferem às PIC adentram uma concepção da promoção da saúde na qual são enfatizados o indivíduo e seu estilo de vida. (SILVEIRA; ROCHA, 2020; TESSER, 2009)

[...] influenciam de forma positiva na saúde de quem faz. (QI-34)

Elas significam pra mim formas de promover a saúde de um indivíduo. (QI-72)

Elas são importantes para a obtenção de uma saúde de qualidade. (QI-95)

[...] possui efeitos sobre a minha saúde. (EV-5)

Da mesma maneira, as PIC são enxergadas como proporcionadoras de bem-estar (15,5%) individual. Essa imagem faz com que alguns dos estudantes as pratiquem com o objetivo de se sentir bem, ou seja, essas práticas não se ligam diretamente à uma lógica de tratamento de doença ou problema relacionado à vida e à saúde.

Ajudar a promover o bem-estar pessoal. (QI-255)

[...] então não tem que ter um motivo para fazer a prática, acho que é bem-estar, então acho que tem que fazer. (EV-12)

Em outras pesquisas com universitários também esteve presente o pensamento de que a MAC atua na saúde (SAHA et al., 2017; SAMARA et al., 2019) e na promoção da saúde. (KAMEYAMA; TODA, 2017) Também na literatura, estudantes de farmácia estabeleceram uma relação entre o uso da MAC e a busca por saúde e bem-estar. (AHMAD et al., 2015; JAMSHED et al., 2016) Contudo, mesmo com a ênfase na saúde e bem-estar individual, apareceram neste estudo algumas respostas que associaram esses temas ao ambiente social e à construção de uma consciência crítica, aspectos ligados à uma concepção mais coletiva e emancipadora de promoção da saúde. (SILVEIRA; ROCHA, 2020; TESSER, 2009) Logo, apesar de as PIC serem geralmente mais associadas ao cuidado pessoal, apresentam

contribuições individuais e coletivas na promoção da saúde. (TESSER, 2009)

Faz com que eu tenha uma visão mais crítica para melhorar a minha saúde. (QI-118)

Significam necessidade pessoal, para eu me sentir melhor comigo e no meio em que convivo. (QI-165)

Ajudar na saúde de todos. (QI-286)

Outro elemento que desloca essas práticas para uma concepção libertadora de promoção da saúde é a caracterização ampliada e positiva da saúde. (TESSER, 2009) Nesta pesquisa, esse tema não esteve ligado à ideia de ausência de doenças, aparecendo, muitas vezes, conectado com algumas dimensões do cuidado integral. Ademais, bem-estar e saúde foram, respectivamente, o primeiro e segundo temas que mais se manifestaram nas respostas, o que revela um destaque conferido por parte dos acadêmicos à uma demanda por cuidados que ultrapassem o processo de doença. Entretanto, ausentou-se das respostas a influência de determinantes sociais dos movimentos de saúde-adoecimento, como as condições sociais de vida. Isso pode indicar a necessidade de maior discussão sobre a transformação social que costuma ser enfatizada por algumas dessas práticas, as quais devem estar comprometidas com a constituição equânime de um planeta favorável à vida e saúde coletiva.

Ainda, segundo os participantes, as PIC oferecem ferramentas que propiciam o autoconhecimento (2,0%) e autocuidado (1,5%). Desse modo, essas práticas apresentam potencial de empoderamento psicológico, provocando reforço da realização pessoal, autoconfiança e autoestima, por exemplo. (TESSER, 2009) Entretanto, se forem utilizadas numa lógica de mercantilização ou fragmentação do paradigma a que estão vinculadas, podem levar ao incentivo do desenvolvimento de habilidades de autoconhecimento e autocuidado que provoquem a responsabilização individual sobre o cuidado em saúde. (SILVEIRA; ROCHA, 2020; TESSER, 2009)

Acredito que tem grande importância para entender melhor meu corpo e minha vida. (QV-8)

Acho muito importante para o autoconhecimento. Explorar partes de si que você desconhece. (QV-52)

Significam um momento para cuidar do seu eu, um momento de reflexão e cuidado. (QV-189)

Tem grande importância para mim por me auxiliar no autocuidado. (QV-196)

Igualmente, as PIC são recursos para a socialização (0,7%), pois podem se desenvolver coletivamente e serem meios através dos quais estima-se pelo estabelecimento de redes de apoio social, evidenciando que se desenvolvem também no âmbito do empoderamento comunitário. (TESSER, 2009)

[...] perguntava “o que te traz dor hoje?” e a gente estava livre para falar sobre isso, era um alívio, era um descarrego. Eu estou falando aqui, as pessoas estão dispostas a me ouvir, isso tá me fazendo bem [...]. (EV-1)

É um espaço de desabafo e fortalecimento social, socialização [...]. (EV-9)

As PIC apresentam grande capacidade resolutiva na atenção básica (BRASIL, 2006a; TESSER, 2009), mas ainda estão muito mais centradas no trabalho individual de um profissional, em decorrência da ausência de interdisciplinaridade no funcionamento das equipes de saúde. (BARROS, 2008) Sendo assim, o destaque para a promoção da saúde numa perspectiva individual e coletiva, neste estudo, aponta a abertura para o estabelecimento de ações nesse ponto do cuidado que não estejam restritas a uma disciplina ou a um profissional, por parte dos estudantes do BIS, que poderão ser trabalhadores da saúde no futuro. Nesse sentido, as ideias de promoção da saúde como meio para a potencialização do autoconhecimento, do autocuidado e da socialização não prescindem de uma atuação intersetorial e interdisciplinar.

A concepção de que as PIC são promotoras da saúde vai ao encontro do observado em uma outra investigação (OLEGARIO et al., 2020), na qual 86,3% de uma amostra de estudantes de

uma universidade localizada no Nordeste do Brasil concordaram que essas práticas apresentam potencial para a promoção da saúde. Além disso, é interessante observar que em um outro estudo (CARDOSO; VÉRAS; COELHO, 2017), realizado com graduandos do BIS da UFBA, foram colhidas concepções que associavam a promoção da saúde com o bem-estar e qualidade de vida, estilo de vida saudável e políticas sociais e de saúde, aspectos que também despontaram nesta pesquisa. Dessarte, é possível que as discussões realizadas ao longo desse curso, sobre promoção da saúde, RM e práticas integrativas (FRANCO et al., 2017; TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013), contribuam para a construção e desenvolvimento de diferentes olhares para o cuidado da saúde, os quais estão envolvidos na luta pelo fortalecimento do SUS, na medida em que tangem a integralidade da atenção e pluralidade terapêutica. Ainda, a manifestação de variadas concepções sobre um mesmo fenômeno (promoção da saúde, ligada ou não às PIC) sinaliza que o debate sobre ele vem sendo feito numa perspectiva ampliada. Prova disso é que os temas “autoconhecimento”, “autocuidado” e “socialização” foram mais mencionados nas falas dos veteranos deste estudo, quando comparados aos calouros, conforme mostra a Figura 4.

Prática terapêutica

Em “prática terapêutica” (28,8%) foram reunidos os temas que apontaram para a existência de um contorno terapêutico nas PIC. Desse modo, essas práticas foram visualizadas como terapia (13,4%) envolvida no tratamento de doenças e agravos à saúde, no manejo e enfrentamento de situações que perturbam o equilíbrio do corpo e a dinâmica da vida dos sujeitos e na mobilização e sustentação de uma transformação individual que acontece internamente. Assim, na perspectiva dos estudantes, as PIC parecem apresentar uma amplitude de cuidados terapêuticos que ultrapassa as dimensões daqueles oferecidos na biociência, geralmente ligada ao reducionismo biologicista, no qual as doenças estão no centro da terapia. (LUZ, 2012) Em

RM vitalistas, o desequilíbrio que leva à mobilização de recursos terapêuticos não corresponde necessariamente ao que, na racionalidade biomédica, é compreendido como doença, mas é uma condição para o aparecimento dos processos de adoecimento.

[...] utilizados para levar o indivíduo a melhorar algum aspecto específico que esteja perturbando. (QI-71)

[...] todas as práticas mencionadas levam o indivíduo a fazer uma reforma no seu íntimo e isso ajuda bastante. (QV-1)

Ajudam a enfrentar os desafios da doença seja de que nível ela for [...]. (QV-29)

Faz com que eu me desligue dos problemas, de tudo que esteja pensando, é uma terapia acho, uma terapia mesmo. (EV-30)

Em vista disso, para os estudantes, um dos efeitos terapêuticos das PIC é o relaxamento (8,8%), associado ao oferecimento de cuidados que respondam a demandas mais localizadas num plano de desarmonia na relação da pessoa consigo mesma e/ou com o meio no qual vive e incorporem problemas mais “leves” que doenças, como o estresse. Ademais, outras pesquisas, em que estudantes universitários apontaram para a existência do uso dessas práticas no manejo da dor (ÇAMURDAN; GÜL, 2013; CONTRERAS et al., 2015) e do estresse (ÇAMURDAN; GÜL, 2013; NGUYEN et al., 2016), apoiam essa perspectiva. O BIS da UFBA, em especial, possui algumas características relacionadas à transição para um curso de segundo ciclo, como a grande procura e concorrência pelo curso de medicina, que podem reforçar o desenvolvimento desses e outros problemas pelos discentes. (SANTANA; PIMENTEL; VÉRAS, 2020)

São momentos para relaxar, sair da rotina que causa desgaste físico. (QI-82)

É como se fosse uma forma de descansar a alma. (QI-102)

[...] alivia o estresse, as dores e as preocupações e traz relaxamento e pacificidade. (QV-171)

[...] eu senti um resultado de tranquilidade, que era o que acho que estava mais estava precisando, o estresse da cirurgia é muito grande e a acupuntura é bem relaxante. (EV-4)

Outrossim, em um estudo, terapeutas alternativos declararam que a busca por essas práticas entre seus pacientes estava relacionada ao insucesso do tratamento da biomedicina e ao tratamento de doenças, como aquelas derivadas do modo de vida contemporâneo. (CORELL-DOMÉNECH, 2019) Concorda com essa ideia o achado de outra investigação, com acadêmicos de medicina no Chile, na qual 51% afirmaram que existem problemas de saúde que essas práticas são a melhor escolha para o tratamento quando comparadas à biomedicina. (CONTRERAS et al., 2015) Nesse sentido é importante a fala de um dos estudantes que, ao dizer que “*as que não foram estudadas ainda acho que podem ser um futuro para o tratamento de algumas doenças que ainda não tem cura*” (EV-31), revela a existência de potencialidades terapêuticas nessas práticas que ainda não foram exploradas. Além disso, os participantes desta pesquisa pensam que para utilizar essa terapia é necessário acreditar nela. Essa consideração é significativa, pois a cosmologia está relacionada com as crenças que respaldam o uso das PIC e, ao ser desconsiderada, pode provocar a apropriação mecânica dessas práticas nos serviços de saúde ocidentais. (LUZ, 2012)

Eu acho ela muito importante porque eu vejo a melhora no paciente, primeiramente você tem que acreditar que funciona, porque não vale de nada fazer uma coisa que não acredita [...]. (EV-16)

Ainda segundo os estudantes, as PIC estão situadas no cotidiano (1,3%), pois são realizadas diariamente ou possuem efeitos terapêuticos que perduram durante todos os dias. Da mesma maneira, em outros estudos o uso de plantas medicinais foi descrito como parte da rotina de cuidados diários. (BADKE et al., 2017, 2019a)

Fazem parte da minha vida cotidiana, quando não tenho sinto falta. (QI-104)

Recursos para lidar com os problemas diários. (QV-188)

Acho que as práticas ajudam muito a gente, [...] no uso cotidiano mesmo, acho que isso são coisas que nos auxiliam muito nos nossos cotidianos como um todo, na nossa dinâmica de vida. (EV-1)

Por conseguinte, as PIC possuem papel terapêutico que pode motivar a cura (5,3%). Essa concepção dos estudantes ratifica a orientação para a cura, atribuída à medicina integrativa pela literatura (OTANI; BARROS, 2011a) e outros estudos com universitários, nos quais esteve presente a ideia de que essas práticas aumentam a velocidade do processo de cura (ÇAMURDAN; GÜL, 2013), podem curar doenças crônicas (KAMEYAMA; TODA, 2017) e certas doenças de forma definitiva. (AHMAD et al., 2015)

[...] cura de doenças. (QI-20)

[...] cura para muitos dos nossos problemas. (QI-225)

Além disso, entre os discentes do BIS também apareceu a noção de que as PIC estimulam a cura a partir do próprio corpo, concordando com acadêmicos de outras graduações que acreditam que essas práticas incentivam as forças terapêuticas do corpo. (SADEGHI et al., 2016; YILDIRIM et al., 2010) Nesse sentido, em outra pesquisa, acupunturistas afirmaram que a utilização de práticas naturais fornece estímulo para os poderes de autocura do corpo. (CORELL-DOMÉNECH, 2019)

[...] cura a partir de si mesmo. (QV-155)

Logo, as PIC são delineadas como prática terapêutica que oferece terapia e cura, não somente para as doenças, abraçando questões que não costumam estar no escopo de cuidados da biomedicina, como aquelas relacionadas à própria vida. Isso pode estar ligado aos benefícios oferecidos pelo relaxamento e a inserção terapêutica que essas práticas apresentam no cotidiano das pessoas que as praticam, visto que integram os sujeitos e suas inter-relações com o ambiente. Soma-se a esse resultado o observado em outra pesquisa com acadêmicos do BIS da UFBA, na qual esteve presente a construção de uma experiência de adoecimento que ultrapassa as instituições biomédicas.

(SANTANA; PIMENTEL; VÉRAS, 2020) Ao adotar o ponto de vista de que as PIC também apresentam potencialidades terapêuticas, os discentes do BIS oferecem opiniões que podem servir para encorajar sua inserção no sistema de saúde, contribuindo para a garantia de um cuidado ampliado.

Prevenção de doenças

A categoria prevenção de doenças (1,5%) foi formada pelas respostas nas quais os estudantes observaram as PIC como meios para prevenção específica do risco de adoecimento, o que sugere certa aproximação com o paradigma biomecânico, no qual há relevo para a doença. (LUZ, 2012; NASCIMENTO et al., 2013) Entretanto, em muitas falas, a ideia de prevenção esteve associada à de promoção da saúde e fuga da racionalidade médica ocidental contemporânea, o que pode indicar que isso acontece num polo de cuidados oposto ao biomédico, reduzindo a centralidade na doença. Ademais, nesta pesquisa os aspectos que ligam as PIC à saúde apresentaram-se de forma majoritária em relação aos que as associam à doença, evidenciando a prevalência de imagens relacionadas ao vitalismo.

[...] prevenção de diversas doenças. (QI-109)

[...] prevenção, [...] pode ser de diversas maneiras, não precisando se prender ao esquema “hospitalocêntrico”. (QV-2)

São excelentes alternativas para promover saúde e prevenir doença. (QV-89)

Mesmo que no paradigma vitalista os cuidados estejam focados para a busca e expansão da saúde, a presença da ideia de prevenção de doenças, entre os estudantes do BIS, aproxima as PIC de uma proposta de complementariedade, ou até mesmo integração, das ações de saúde. Nesse sentido, uma das características da medicina integrativa, que aparece na literatura, é o foco na promoção da saúde e prevenção de doenças (NG et al., 2016; OTANI; BARROS, 2011a), o que ratifica a presença

de uma representação que relaciona as PIC com esse modelo entre os discentes do BIS.

CAPÍTULO 6 **Esperançar novos começos com as Práticas Integrativas e Complementares**

Embora a incorporação das PIC na formação em saúde ainda seja vista como um desafio, iniciativas nesse sentido têm sido gestadas em algumas universidades brasileiras. Na pesquisa que deu origem a este livro, observamos os usos e significados sobre as PIC presentes entre estudantes de uma graduação em saúde inovadora, que abrange essas práticas em sua matriz curricular flexível e não enfatiza uma abordagem centrada na racionalidade biomédica. Os resultados revelam que a adoção dessa perspectiva contra-hegemônica tem contribuído para a produção de itinerários formativos favoráveis à comunicação entre saberes e práticas de saúde de origens diferentes, o que nos aproxima da organização de um modelo de integralidade no campo da saúde. Esse modelo, além de atravessar a garantia de cuidado multidimensional (integral) e de atenção à saúde que integre nível básico e especializado (com a disponibilidade de pontos de atenção dotados de ferramentas de diferentes densidades tecnológicas), compromete-se com a construção de itinerários de cuidado que admitem, ecológica e sincronicamente, diferentes medicinas e práticas terapêuticas/diagnósticas. Neste capítulo, faremos alguns apontamentos finais sobre a pesquisa.

Observamos que o exemplo do BIS corrobora a necessidade de oferta de CC que tratem sobre as PIC em cursos superiores, em consonância com pesquisas brasileiras e estrangeiras que apontam a deficiência na formação em relação a essas práticas,

de modo a promover a inclusão delas nas trajetórias acadêmicas. Isso porque foi observado o uso de PIC entre mais da metade dos estudantes veteranos do curso (57,7%) (entre os ingressantes esse número foi menor – 43,7%), participantes do estudo, o que, de certa forma, conecta-se com as experiências acadêmicas com essas práticas. Porquanto demonstram estar abertos para o estabelecimento de relações de complementariedade entre práticas de saúde biomédicas e integrativas, os discentes do BIS apontaram que a vivência na UFBA influencia a utilização das PIC, seja por apresentar novos saberes que motivam o uso (e que não entram em conflito com aqueles que foram adquiridos no período anterior ao ingresso no curso) ou por constituir-se em si mesma como local de utilização dessas práticas. O uso das PIC no espaço da universidade acontece no serviço de assistência à saúde estudantil, nas atividades de extensão em que participam e nos CC em que se matriculam.

Nesse sentido, para além da criação e oferecimento de disciplinas, é necessário fomentar a instalação de uma cultura universitária que viabilize o contato e o debate sobre as PIC. A medicina ocidental contemporânea, como racionalidade médica sustentada na assertiva da verdade única (adjetivada por meio da ciência), prescreve correntemente *modus* de vida, saúde e doença que impregnam a cultura universitária com seus saberes e práticas. A criação de portas e janelas na instituição universitária para as PIC, portanto, potencializa a organização de uma teia epistemológica que privilegie a interlocução com formas novas e antigas de pensar a produção de conhecimento, orientando também a recriação e flexibilização de comportamentos, hábitos e costumes. Por esse ângulo, é importante destacar que essa abertura deve dar conta de permitir diálogos horizontais que incluam as cosmologias vitalistas e os conhecimentos tradicionais, superando a noção de que uma medicina ou prática de saúde possa ser utilizada para validar outras. Em uma outra perspectiva, a valorização acadêmica das PIC poderá favorecer o desenvolvimento de participação ativa e problematizadora dos discentes nas rotinas universitárias de ensino, pesquisa e extensão, visto que os participantes do estudo apresentaram

experiências de uso popular dessas práticas, como é o caso da fitoterapia, que, nesta pesquisa, foi a mais utilizada. Esse uso demonstra que existe aceitação cultural das PIC nos círculos de cuidado não institucionalizados, o que faz com que os saberes tradicionais possuam sentidos credíveis e sejam importantes para os estudantes. Assim, acreditamos que será possível arquitetar novos caminhos para a superação da monocultura instituída pela biomedicina na universidade e, provavelmente, oferecer para o sistema de saúde trabalhadores sensibilizados com a diversidade de práticas de cuidado presentes no país.

Ademais, na investigação, constatamos que as PIC assumem diferentes significados para os acadêmicos do BIS. A compreensão dessa diversidade nos mostrou diferentes formas de caracterizar as PIC, as quais devem estar em debate permanente, de modo a informar e atualizar a população (entre usuários e trabalhadores dos serviços de saúde) sobre pontos positivos e negativos do uso dessas práticas. Quando consideramos a relação estabelecida entre as PIC e a biomedicina, esses significados enfatizam a ideia de prática alternativa, que em certos momentos aponta para uma vinculação com um movimento de contorno contracultural, a exemplo da ênfase na fuga da racionalidade biomédica, e em outros manifesta uma forma de designar as PIC como parte do *roll* de cuidados oferecidos no sistema de saúde, sem vinculação ideológica explícita. A prevalência da concepção de que as PIC se constituem como “alternativa”, tema mais citado nas respostas, também pode revelar a conservação das representações que as apontam como inferiores/subalternas em relação à “norma” do campo da saúde, a medicina ocidental contemporânea. Como neste estudo não foram atribuídos sentidos negativos para essas práticas, é provável que esse termo apareça porque ele se mantém no imaginário social como uma forma de denominação (alternativas às práticas oficiais), em detrimento de nomenclaturas mais recentes, como prática complementar.

Embora a expressão “prática/medicina integrativa” não tenha sido apresentada explicitamente na maioria das respostas dos participantes sobre os significados atribuídos, é possível que haja ligação com essa concepção, quando associada à construção

de uma nova forma de atuar no campo da saúde, tomando como base sua identidade com a discussão da revalorização de saberes e práticas não biomédicos e o diálogo entre medicinas diferentes, aspectos que apareceram nas falas dos estudantes. Portanto, é provável que esse termo não tenha sido utilizado com grande frequência, porque ainda se apresenta como emergente no campo da saúde. Nessa perspectiva, são recomendados mais estudos que delineiem os usos e significados das PIC entre os atores do campo da saúde, visto a escassez da literatura brasileira e a necessidade de maior investigação sobre esse tema. Queremos dizer com isso que essa discussão não está finalizada e necessita de maior aprofundamento teórico e prático, a partir de novas pesquisas.

Em adição à centralidade do termo “alternativa”, a visão de que as PIC são capazes de prover integralidade do cuidado e da atenção à saúde sustenta a necessidade de expansão do seu uso nos serviços de saúde brasileiros, além de reforçar que os estudantes falam das PIC com base no que se compreende, entre alguns autores, como a medicina integrativa, caracterizada por meio dessas qualidades que possui e da integração entre racionalidades no campo da saúde. Parte dos significados sugerem ainda que os participantes fazem uso dessas práticas e solicitam cuidados que atendam a suas demandas, dinâmicas e complexas, desvelando pontos de vista a partir das próprias experiências. Portanto, é preciso que as propostas de formação em saúde estejam comprometidas com o acolhimento da diversidade de concepções e práticas de saúde, sendo capazes de formar profissionais habilitados para adotar atitudes, diante dos processos de saúde-adoecimento-cuidado, provenientes tanto das racionalidades vitalistas, como da biomédica, comumente aprendida. As concepções de cuidado integral e promoção da saúde estiveram bastante presentes nas respostas, indicando uma associação dessas práticas com o que é diferente da biomedicina, uma vez que nesta racionalidade médica há falta de integralidade e ênfase na doença, embora os modelos de promoção da saúde e prevenção de doenças sejam erigidos no próprio marco da racionalidade científica. Os participantes do estudo,

com destaque para os veteranos, revelaram insatisfação com a racionalidade biomédica, ao mesmo tempo em que enfatizaram as qualidades provenientes do uso e da produção de cuidado das práticas integrativas. Além das experiências de utilização individual e coletiva, é provável que o exame crítico da medicina ocidental contemporânea, realizado ao longo da formação universitária proposta no BIS, contribui com a construção desses significados conferidos às PIC.

Desse modo, compreende-se que não urge apenas promover uma cultura universitária favorável ao intercâmbio entre saberes e práticas e conectada com a introdução das medicinas tradicionais, alternativas, complementares e integrativas na formação em saúde. É preciso fomentar também a discussão crítica sobre as RM, de maneira geral, e a biomedicina, de forma específica, dado que esta é assumida como modelo convencional no campo da saúde. Essa problematização poderá ser útil para a observação individualizada das potencialidades e fragilidades internas aos sistemas médicos complexos e entendimento de que estas não são preditoras de hierarquia entre eles. Por exemplo, não é plausível suceder a comparação entre a medicina ayurvédica e tradicional chinesa com o propósito de assinalar a superioridade de uma sobre a outra, na medida em que foram produzidas a partir de contextos e motivações distintos, buscando atender a determinadas necessidades de vida e saúde de certos grupos socioculturais.

No papel de curso não profissionalizante e de primeiro ciclo, conforme a arquitetura acadêmica proposta, o BIS parece cumprir com o seu papel de apresentar uma visão geral do campo da saúde quando veicula diferentes racionalidades médicas e recursos em saúde na formação dos discentes. Por consequência, sendo esse um lugar de exercício da interdisciplinaridade, a presença das PIC nos itinerários formativos e terapêuticos predispõe os estudantes para uma formação em saúde que adote medicinas de paradigmas diferentes. É indispensável que este trabalho continue e seja aprofundado nos cursos profissionalizantes, constituintes do segundo ciclo. Se isso não for feito, presume-se que os conhecimentos apreendidos durante

o primeiro ciclo se consolidem somente como componentes de uma sensibilização para o acolhimento da diversidade de culturas de cuidado em saúde, na formação profissional desses discentes. Desse modo, não será possível conceber o BIS como primeira etapa de uma formação que garanta o aprendizado do manejo profissional das PIC, uma vez que, historicamente, tem se dado privilégio para a biomedicina nas graduações em saúde. Nesse cenário, enquanto no primeiro ciclo os acadêmicos têm contato com uma diversidade de formas de pensar os processos de saúde-adoecimento-cuidado, no segundo são restringidos a uma formação profissionalizante direcionada para a biomedicina. Isso posto, sugere-se que investigações sejam realizadas na UFBA, com o intuito de identificar como tem se desenhado os itinerários formativos dos graduandos matriculados em cursos de segundo ciclo da área da saúde.

Para mais, novos estudos devem ser conduzidos com a intenção de explorar minuciosamente a presença das PIC nos itinerários formativos dos estudantes do BIS. Considerando que, entre os poucos componentes obrigatórios do curso, somente em Campo da Saúde: Saberes e Práticas (HACA40) está previsto um momento efetivo para o debate sobre as PIC, é necessário, por exemplo, compreender as razões que suscitam a busca dos discentes por CC optativos e livres que tratam sobre esse tema. Como esses CC são oferecidos no Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos e em outras unidades acadêmicas da UFBA, com vinculações diversas, é substancial descrever quais características apresentam, principalmente no que diz respeito às suas vinculações epistemológicas. Nesse sentido, será factível verificar se partem de uma concepção de eficácia e credibilidade biocientífica ou consideram também outras possibilidades de produção de conhecimentos, como aquelas conectadas às PIC. A análise cuidadosa desses CC oferecerá elementos colaborativos para a organização de currículos que integrem as PIC em outros cursos universitários, a partir da reflexão sobre a formação estimulada no BIS.

Outrossim, torna-se necessária a realização de mais estudos que abordem os usos e significados conferidos às PIC

por estudantes universitários e a educação em PIC no Brasil, com o intuito de elucidar melhor a situação dessas práticas no cenário nacional, em decorrência da sua inserção (ou tentativas de implementação) no Sistema Único de Saúde. Na busca bibliográfica realizada para ancorar a discussão dos resultados do estudo, observou-se um grande número de pesquisas feitas em países nos quais a presença de racionalidades médicas vitalistas e medicinas tradicionais parece estar mais naturalizada que no Ocidente, o que foi notado como um limite para a discussão de alguns dados, uma vez que visualizamos no Brasil um cenário diferente em relação à presença e à valorização das PIC, no qual essas práticas ainda ocupam uma posição não oficial. É necessário desenvolver novos estudos, inclusive com discentes de cursos profissionalizantes da área da saúde, a fim de obtermos uma visão mais abrangente acerca do cenário pragmático e semântico das PIC na formação em saúde no Brasil.

Estudos com a população brasileira em geral também seriam de grande valia para a identificação e compreensão de como tem se dado o emprego dessas práticas e quais significados são correntemente atribuídos a elas. Inquéritos como esses podem produzir benefícios importantes para a discussão da PNPIC, apontando caminhos para novas expansões de práticas e direcionando estratégias para a consolidação das mesmas no sistema de saúde, com base nas experiências compartilhadas e em saberes legitimados socialmente. Acreditamos que projetos de pesquisa fundamentados no entendimento dos cenários e das culturas em que se desenvolvem as PIC, considerando suas interlocuções com as atividades de toda a sociedade, podem funcionar como meio para o fortalecimento dessas práticas e como vias para a sua legitimação político-social.

Ainda que os resultados deste estudo não possam ser generalizados para todos os estudantes universitários, dando conta somente da observação de uma dada realidade, a compreensão dos usos e significados das PIC entre estudantes do BIS da UFBA oferece subsídios, como os citados anteriormente, que servem para a elaboração e consolidação de estratégias de promoção da saúde dentro da universidade e atualização curricular de cursos

de graduação (aproximando-os das PIC). Se os estudantes dos cursos universitários habitualmente aprendem e praticam a biomedicina, é necessário que haja contato também com outras formas de pensar os processos de saúde-adoecimento-cuidado. Desse modo, compreender que no ambiente vivo do sistema de saúde coexiste uma diversidade de racionalidades, que por sua vez podem ser abordadas de forma limitada ou ampliada, a partir dos (des)encontros terapêuticos, certamente dará aos futuros profissionais da saúde subsídios para um cuidado alinhado a uma perspectiva ampliada e compreensiva do processo de saúde-adoecimento. Logo, as contribuições desta pesquisa caminham no sentido do fortalecimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, bem como da oferta de PIC no Sistema Único de Saúde, visando o acolhimento das necessidades de saúde da população brasileira, principalmente no que tange à garantia do atendimento da integralidade.

Outrossim, a abordagem de temas não hegemônicos potencializa a estruturação e expressão de movimentos sociais questionadores e transformadores da realidade, como aqueles que apresentam as PIC em seu bojo. Num mundo definido por desigualdades e com fortes heranças coloniais, principalmente nos países do sul global, esses movimentos apresentam papel imprescindível para a promoção de mudanças socioepistêmicas. Nesse sentido, a pesquisa deste livro colabora para a gênese e aceitação de formas não convencionais de pensar a vida e a sociedade, em torno de ideias como a interculturalidade e integralidade. Investigações futuras devem estar direcionadas com base nesta e em outras perspectivas, assumindo viés descolonizador de saberes e práticas. As Epistemologias do Sul, por exemplo, parecem oferecer caminhos férteis para os trabalhos e as discussões que estão em torno das PIC, na medida em que se relacionam com a valorização emancipadora de saberes e práticas conformados historicamente na periferia. Portanto, com o incentivo de investigações nesse campo, será possível viabilizar o estabelecimento de novos discursos em torno da construção de verdades que encarem a diversidade cultural presente no

campo da saúde, rumo à organização de uma nova dinâmica social, ecológica e socioculturalmente implicada.

Referências

AGUIAR, J.; KANAN, L. A.; MASIERO, A. V. Práticas integrativas e complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1205-1218, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5NdgGYwFCNsQPWZQmZymcqM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2020.

AHMAD, A. *et al.* Beliefs, attitudes and self-use of Ayurveda, Yoga and Naturopathy, Unani, Siddha, and Homeopathy medicines among senior pharmacy students: An exploratory insight from Andhra Pradesh, India. *Pharmacognosy Research*, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 302-308, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4660507/pdf/PR-7-302.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.

AHMED, S. M. *et al.* Medical students' opinion toward the application of complementary and alternative medicine in healthcare. *Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences*, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 20-25, Jan. 2017. Disponível em: https://www.sjmms.net/temp/SaudiJMedMedSci5120-5483775_151357.pdf. Acesso em: 24 jun. 2020.

ALBADR, B. O. *et al.* Attitude of Saudi medical students towards complementary and alternative medicine. *Journal of Family and Community Medicine*, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 120-126, May-Aug. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5958523/pdf/JFCM-25-120.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.

ALBUQUERQUE, L. V. da C. *et al.* Complementary and Alternative Medicine teaching: evaluation of the teaching-learning process of Integrative Practices in Brazilian medical schools. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 109-116, 2019.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/vbVNgQsGRfWdQTcscjMNzrM/?format=pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.

ALMEIDA, M. Z. de. *Plantas medicinais: abordagem histórico-contemporânea*. 3. ed. Salvador: Edufba, 2011.

ALMEIDA FILHO, N. Prefácio - Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: revolução na educação superior no campo da saúde? In: TEIXEIRA, C. F. de S.; COELHO, M. T. Á. D. (org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: Edufba, 2014. p. 11-22.

ALZHRANI, S. H. *et al.* Knowledge and Attitudes towards Complementary and Alternative Medicine among Senior Medical Students in King Abdulaziz University, Saudi Arabia. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, [s. l.], v. 2016, 9370721, p. 1-7, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4808670/pdf/ECAM2016-9370721.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.

AMADERA, J. E. D. *et al.* The teaching of acupuncture in the University of São Paulo School of Medicine, Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, [S. l.], v. 56, n. 4, p. 458-461, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/3YC9CP93Gv9MDHQ7kTmC35q/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 24 jun. 2020.

ANDRADE, J. T. de; COSTA, L. F. A. da. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/GTWJDHnkRFdWWZyyh9V3gbN/?format=pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

ANDRADE, J. T. de; SOUSA, C. K. S. de. Práticas indígenas de cura no nordeste brasileiro: discutindo políticas públicas e intermedicalidade. *Anuário Antropológico*, Brasília, DF, v. 41, n. 2, p. 179-204, 2016. Disponível em: <http://journals.openedition.org/aa/2581>. Acesso em: 9 ago. 2020.

AYATI, M. H. *et al.* The necessity for integrating traditional, complementary, and alternative medicine into medical education curricula in Iran. *Journal of Integrative Medicine*, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 296-301, 2019.

AZEVEDO, E. de; PELICIONI, M. C. F. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 361-378, nov. 2011/fev. 2012.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/WWDNxsKSVRpy75V6PN66R8B/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2020.

BADKE, M. R. *et al.* O conhecimento de discentes de enfermagem sobre uso de plantas medicinais como terapia complementar. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 459-465, abr./jun. 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5442/pdf_1. Acesso em: 24 jun. 2020.

BADKE, M. R. *et al.* Meanings of the use of medicinal plants in self-care practices. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 53, e03526, 2019a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/WvKHMJbdGhGZmyTQ3NjvDNB/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 24 jun. 2020.

BADKE, M. R. *et al.* Panorama brasileiro dos serviços de plantas medicinais e fitoterápicos. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 9, e64, p. 1-19, 2019b. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33655/html>. Acesso em: 1 jul. 2020.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. *Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia*. Salvador: Governo do Estado da Bahia, 2019.

BARBOSA, F. E. S. *et al.* Oferta de práticas integrativas e complementares em saúde na estratégia saúde da família no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, e00208818, 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-36-01-e00208818.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, L. C. N. *et al.* Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: percepções dos gestores dos serviços. *Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, e20190081, p. 1-8, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000200204&lang=pt. Acesso em: 7 fev. 2021.

BARROS, N. F. de. *A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

BARROS, N. F. de. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. *Ciência e Saúde*

Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 850, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FNBsbHXCnZvLLjGbKgYX9MR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2020.

BARROS, N. F. de. Bases da sociologia das medicinas alternativas, complementares e integrativas no campo da saúde. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. de (org.). *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012. p. 285-307.

BARROS, N. F. de; FIUZA, A. R. Evidence-based medicine and prejudice-based medicine: the case of homeopathy. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2368-2376, nov. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fkxyFcl6JDjyRyDHvjB4sq/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 8 jul. 2020.

BARROS, N. F. de; FRANCISCO, P. M. S. B.; SOUSA, L. A. de. Desapoio dos gestores e desinstitucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e00062320, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n6/e00062320/pt>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BARROS, N. F. de; NUNES, E. D. Complementary and alternative medicine in Brazil: one concept, different meanings. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2023-2028, Oct. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dtDKPSx8BDj8MC3dcqDQjMg/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 23 jun. 2020.

BARROS, N. F. de; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. da. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da atenção primária à saúde: potenciais e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 163-173, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WhjFzVYjtKrZs7zNjq5k49R/?format=pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

BARROS, N. F. de; TOVEY, P. O ensino das terapias alternativas e complementares em escolas de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 207-214, 2007. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/3165/1736>. Acesso em: 4 ago. 2020.

BARROS, N. F.; TOVEY, P.; ADAMS, J. Investigações qualitativas em Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas. In: BARROS, N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R. (org.). *Pesquisa*

qualitativa em saúde: múltiplos olhares. Campinas: Ed. UNICAMP, 2005. p. 219-234.

BASTA, P. *et al.* (org.). *Pohã Nãna: ñanombarete, tekoha, guarani ha kaiowá arandu rehegua = Plantas medicinais: fortalecimento, território e memória guarani e kaiowá*. Recife: Fiocruz, 2020.

BATES, D. G. Why not call modern medicine “alternative”? *Perspectives in Biology and Medicine*, Chicago, v. 43, n. 4, p. 502-518, 2000.

BISSOTO, J. R.; GALLIAN, D. M. C. A busca pela residência médica em acupuntura na EPM-Unifesp. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 27-35, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/988T9VcgwcRs9vynYz6xq8M/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2020.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (org.). *Bordieu: sociologia*. São Paulo: Olho d'Água, 2003. p. 113-143.

BOURDIEU, P. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983. p. 89-94.

BOYLAN, P. M. *et al.* Integration of Latin American Complementary and Alternative Medicine Topics Into a Doctor of Pharmacy Curriculum and Survey of Student Attitudes and Behaviors. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, [s. l.], v. 7, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2382120520904121>. Acesso em: 24 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 702, de 21 de março de 2018*. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.cremeb.org.br/wp-content/uploads/2018/07/lsp_79741cd93e3d9099f4da084e9289134f_120718-122109.pdf. Acesso em: 23 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 849, de 27 de março de 2017*. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária

Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 23 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.600, de 17 de julho de 2006*. Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/69556/Portaria+n%C2%BA+1.600-+2006+%E2%80%93+Minist%C3%A9rio+da+Sa%C3%BAde+%E2%80%93+Constitui%C3%A7%C3%A3o+do+Observat%C3%B3rio+das+Experi%C3%A7%C3%A3o+de+Medicina+Antroposofica+do+SUS.pdf>. Acesso em: 05 out. 2020.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006*. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5813.htm. Acesso em: 05 out. 2020.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 177-201, 2005. Suplemento. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/BmZ6PN6vDQyXgntsPXqWrRL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2020.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. de. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 203-230, 1992. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/SBLPx396DBJ9G6LvYdvbrVb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2020.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. A medicina ocidental contemporânea. In: LUZ, M. T. L.; BARROS, N. F. de (org.). *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p. 49-72.

CAMPELLO, M. F.; LUZ, H. S. A racionalidade médica homeopática. In: LUZ, M. T. L.; BARROS, N. F. de (org.).

Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p. 73-102.

ÇAMURDAN, Ç.; GÜL, A. Complementary and alternative medicine use among undergraduate nursing & midwifery students in Turkey. *Nurse Education in Practice*, Edinburgh, v. 13, n. 5, p. 350-354, 2013.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARDOSO, G. M. P. *et al.* Caminhos do ensino superior brasileiro: formação em ciclos em saúde. *Unifitalo em Pesquisa*, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 44-64, 2018. Disponível em: <http://pesquisa.italo.br/index.php?journal=uniitalo&page=article&op=view&path%5B%5D=188&path%5B%5D=174>. Acesso em: 24 jun. 2020.

CARDOSO, G. M. P.; VÉRAS, R. M.; COELHO, M. T. Á. D. Concepções de promoção da saúde entre acadêmicos da formação em ciclos em saúde. *Revista Saúde e Meio Ambiente*, Três Lagoas, v. 5, n. 2, p. 78-95, ago./dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/3171>. Acesso em: 24 jun. 2020.

CARNEVALE, R. C. *et al.* O ensino da acupuntura na escola médica: interesse e desconhecimento. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 134-144, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000100134&lng=en&nrm=iso&tling=pt. Acesso em: 24 jun. 2020.

CERATTI, C. *Naturopatia/naturopatia no pórtico das racionalidades médicas: uma perspectiva de legitimação a partir da educação superior no Brasil e no mundo*. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/180535/001072314.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 jun. 2020.

CHITINDINGU, E.; GEORGE, G.; GOW, J. A review of the integration of traditional, complementary and alternative medicine into the curriculum of South African medical schools. *BMC Medical Education*, [s. l.], v. 14, n. 40, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3939811/pdf/1472-6920-14-40.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.

COELHO, M. T. Á. D. *et al.* Concepções e práticas de saúde e doença entre alunos da primeira turma do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. In: TEIXEIRA, C. F. de S.; COELHO, M. T. Á. D. (org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: Edufba, 2014. p. 111-126.

COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. de S. (org.). *Interdisciplinaridade na educação superior: o bacharelado em saúde*. Salvador: Edufba, 2016.

COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. de S. (org.). *Problematizando o campo da saúde: concepções e práticas no Bacharelado Interdisciplinar*. Salvador: Edufba, 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.

CONTRERAS, D. *et al.* Opiniones sobre terapias complementarias por parte de los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Año 2014. *Revista Medica de Chile*, Santiago de Chile, v. 143, p. 1020-1027, 2015. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n8/art09.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.

CORELL-DOMÉNECH, M. Terapeutas alternativos en México y la Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023: comunicación, creencias y factores socio-económicos. *Perspectivas de la Comunicación*, Temuco, v. 12, n. 1, p. 59-77, 2019. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48672019000100059&lng=es&nrm=iso&tln=es. Acesso em: 24 jun. 2020.

COULON, A. Le métier d'étudiant: l'entrée dans la vie universitaire. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 43, n. 44, p. 1239-1250, out./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/Y8zKhQs4W7NYgbCtzYRP4Tb/?format=pdf&lang=fr>. Acesso em: 24 jun. 2020.

DAMASCENO, C. M. D. *et al.* Avaliação do conhecimento de estudantes universitários sobre medicina alternativa. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 40, n. 2, p. 289-297, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1989/1876>. Acesso em: 24 jun. 2020.

FALCAO, F. *et al.* Academic leagues – an introduction to integrative medicine. *European Journal of Integrative Medicine*, [s. l.], v. 4, n. 4, p. 162, 2012.

FAQUETI, A.; TESSER, C. D. Use of complementary and alternative medicine in primary healthcare in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil: user perception. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2621-2630, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GQtJP4JHP6RgRwGwHgHYr9h/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 24 jun. 2020.

FEITOSA, M. H. A. *et al.* Inserção do conteúdo fitoterapia em cursos da área de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 197-203, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/Rmbg6DyCvzvC85yLrqnX3bS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2020.

FERRAZ, I. S. *et al.* Expansão das práticas integrativas e complementares no Brasil e o processo de implantação no Sistema Único de Saúde. *Enfermería Actual de Costa Rica*, São José, n. 38, p. 196-208, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n38/1409-4568-enfermeria-38-196.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

FIÚZA, A. R. *et al.* O conhecimento da medicina alternativa e complementar e sua importância para o trabalho médico. In: BARROS, N. F. de; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. (org.). *O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções*. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 128-137.

FIÚZA, A. R.; OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A homeopatia e o ensino médico de graduação e residência. In: BARROS, N. F. de; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. (org.). *O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções*. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 114-127.

FRANCO, A. L. S. *et al.* Racionalidades em saúde: sistemas médicos e práticas alternativas – considerações sobre o papel desse componente curricular na formação dos estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA,

C. F. de S. (org.). *Problematizando o campo da saúde: concepções e práticas no Bacharelado Interdisciplinar*. Salvador: Edufba, 2017. p. 135-148.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALO, C. S. *et al.* O ensino das práticas alternativas e complementares na graduação em odontologia. In: BARROS, N. F. de; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. (org.). *O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções*. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 153-167.

GREEN, O. J.; GREEN, J. P.; CARROLL, P. J. The Perceived Credibility of Complementary and Alternative Medicine: A Survey of Undergraduate and Graduate Students. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Baltimore, v. 68, n. 3, p. 327-347, Jul./Sep. 2020.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. de. Os sofredores de sintomas indefinidos: um desafio para a atenção médica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 797-815, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/4BNYzTfXm8ZLNhPBjyNtQrv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2020.

GUERRIERO, I. C. Z.; MINAYO, M. C. A aprovação da Resolução CNS nº 510/2016 é um avanço para a ciência brasileira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 299-310, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/NktsFDpGm7mDPpc8q8J6YcD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2020.

GUIMARÃES, M. B. *et al.* As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 1, e190297, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/B4xk3VVgGdNcGdXdH3r4n6C/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 ago. 2020.

HABIMORAD, P. H. L. *et al.* Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 395-405, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5GhvcX3KrXxFS5LqsFhpbVP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2020.

HASLER, M. E.; LEGGIT, J. C. Complementary and integrative health education in the medical school curriculum: An interest survey. *Medical Acupuncture*, [s. l.], v. 30, n. 6, p. 298-307, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6338581/pdf/acu.2018.1311.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.

HUA, M. *et al.* Integrating traditional Chinese medicine into Chinese medical education reform: issues and challenges. *International Journal of Medical Education*, [s. l.], v. 8, p. 126-127, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5420456/pdf/ijme-8-126.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.

JAMES, P. B.; BAH, A. J. Awareness, use, attitude and perceived need for Complementary and Alternative Medicine (CAM) education among undergraduate pharmacy students in Sierra Leone: a descriptive cross-sectional survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, [s. l.], v. 14, n. 438, p. 1-9, 2014. Disponível em: <https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6882-14-438.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.

JAMES, P. B.; BAH, A. J.; KONDORVOH, I. M. Exploring self-use, attitude and interest to study complementary and alternative medicine (CAM) among final year undergraduate medical, pharmacy and nursing students in Sierra Leone: a comparative study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, [s. l.], v. 16, n. 121, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12906-016-1102-4.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.

JAMSHED, S. Q. *et al.* Knowledge, perceptions, and attitudes toward complementary and alternative medicines among pharmacy students of a Malaysian Public University. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 34-38, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4766776/>. Acesso em: 24 jun. 2020.

KAMEYAMA, A.; TODA, K. Survey of dental students' attitude regarding oriental medicine/complementary and alternative medicine: comparison between two janapese dental schools. *African Journal of Traditional, Complementary, and Alternative Medicines*, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 287-295, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5412235/>. Acesso em: 24 jun. 2020.

KHAN, A. *et al.* Awareness, Self-Use, Perceptions, Beliefs, and Attitudes toward Complementary and Alternative Medicines (CAM) among Health Professional Students in King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences Jeddah, Saudi Arabia. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, [s. l.], v. 2020, 7872819, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7191386/>. Acesso em: 24 jun. 2020.

KIM, D. Y. *et al.* Complementary and alternative medicine in the undergraduate medical curriculum: a survey of Korean medical schools. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, [s. l.], v. 18, n. 9, p. 870-874, 2012.

KÜLKAMP, I. C. *et al.* Aceitação de práticas não-convencionais em saúde por estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 229-235, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/wdtw8JsVYwwfN3GNFst8tnp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2020.

LARTEY, G. *et al.* A Survey of School Nurses' Perceptions of Complementary, Alternative, and Integrative Therapies. *The Journal of School Nursing*, [s. l.], v. 35, n. 4, p. 256-261, 2019.

LIEM, A. "I've only just heard about it": Complementary and alternative medicine knowledge and educational needs of clinical psychologists in Indonesia. *Medicina (Lithuania)*, [s. l.], v. 55, n. 7, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6681206/>. Acesso em: 24 jun. 2020.

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: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 261-272, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BhRbHbJBPG7kwdLMXc9gFGS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2020.

LOCH-NECKEL, G.; CARMIGNAN, F.; CREPALDI, M. A. A homeopatia no SUS na perspectiva de estudantes da área da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 82-90, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/fZT5BNyztqVkjX66c7Xp8k/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2020.

LOPES, A. C. P. *et al.* As contribuições da disciplina "terapias complementares com ênfase em plantas medicinais" na prática

profissional dos enfermeiros. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 619-625, jul.-set. 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6127/pdf_1. Acesso em: 24 jun. 2020.

LUZ, D. Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. de (org.). *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012. p. 103-152.

LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, M. T. *Arte de cura versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. São Paulo: Dynamis, 1996.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/x6Kp5YCkCk9cK4y4QxSckSx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2020.

LUZ, M. T. Contribuição do conceito de racionalidades médicas para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. de (org.). *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012a. p. 15-24.

LUZ, M. T. Estudo comparativo de racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. de (org.). *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012b. p. 25-47.

LUZ, M. T.; WENCESLAU, L. D. A medicina antroposófica como racionalidade médica. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. de (org.). *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012. p. 185-216.

MACHADO, M. M. T.; OLIVEIRA, J. da C. de; FECHINE, Á. D. L. Acupuntura: conhecimento e percepção de professores universitários. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 41-49, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/XsmQNfPrmcCnwWwp955dm8N/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2020.

MALLMANN, C. L.; ROCHA, C. M. F. Práticas (não) hegemônicas em saúde: uma análise a partir dos estudos culturais. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 38, n. 1, p. 51-62, jan./jun. 2017. 2020.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française (septembre-octobre 2011). In: JOURNÉES INTERNATIONALES D'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES TEXTUELLES, 11, 2012, Liège. *Actes [...]*. Liège: JADT, 2012. p. 687-699.

MARQUES, E. A. Racionalidades médicas: a medicina ayurvédica. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. de (org.). *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012. p. 153-184.

MATTOS, G. *et al.* Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3735-3744, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Tymhc5zwFyHpb8DCWTtcf4j/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2020.

MEDEIROS, N. T. *et al.* Academic education in health profession programs, knowledge and use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) by university students. *Complementary Therapies in Medicine*, [s. l.], v. 44, p. 189-195, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0965229918309877>. Acesso em: 24 jun. 2020.

MENDES, L. C. B.; CAPRARA, A. Interdisciplinary bachelor's degree in health: analysis of a new higher education curriculum in Brazil. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 719-731, jul./set. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/TdrFLpbjkhMN3JLLRwmTBK/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 4 jul. 2020.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 24 jun. 2020.

- MOEBUS, R. L. N. Práticas indígenas de produção do cuidado. *Diversitates International Journal*, Niterói, v. 9, n. 1, p. 27-45, 2017. Disponível em: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/viewFile/175/109>. Acesso em: 23 jun. 2020.
- MOEBUS, R. L. N.; MERHY, E. E. Genealogia da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Saúde em Redes*, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 145-152, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/11104/1/ARTIGO_GenealogiaPoliticaNacional.pdf. Acesso em: 23 jun. 2020.
- MONTEIRO, D. de A.; IRIART, J. A. B. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1903-1912, ago. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/17.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.
- MORALES, N. M.; MIN, L. S.; TEIXEIRA, J. E. M. Atitude de estudantes de medicina frente a terapias alternativas e complementares. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 240-245, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200240&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 jun. 2020.
- MWAKA, A. D. *et al.* Turning a blind eye and a deaf ear to traditional and complementary medicine practice does not make it go away: a qualitative study exploring perceptions and attitudes of stakeholders towards the integration of traditional and complementary medicine into medical school curriculum in Uganda. *BMC Medical Education*, [s. l.], v. 18, 310, 2018. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12909-018-1419-4.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.
- NASCIMENTO, M. C. do *et al.* A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3595-3604, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pc64qpYhDGL9QDZp9DnJWzc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2020.
- NASCIMENTO, M. C. do *et al.* Formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: desafios de universidades públicas. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 751-772, maio/ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/4P>

GykgCDsjXR3BjJYMqvrts/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 24 jun. 2020.

NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I.; LUZ, M. T. Produção científica em racionalidades médicas e práticas de saúde. *Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares*, v. 1, n. 1, p. 13-21, 2012. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/CNTC/article/view/1000/945>. Acesso em: 23 jun. 2020.

NASCIMENTO, M. V. N. do; OLIVEIRA, I. F. de. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 21, n. 3, p. 272-281, jul./set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/Wk7tNCFW4mp5qMKCnfvX7wB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2020.

NG, J. Y. *et al.* Making sense of “alternative”, “complementary”, “unconventional” and “integrative” medicine: exploring the terms and meanings through a textual analysis. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, [s. l.], v. 16, n. 134, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4875612/>. Acesso em: 23 jun. 2020.

NGUYEN, J. *et al.* Use and interest in complementary and alternative medicine among college students seeking healthcare at a university campus student health center. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, [s. l.], v. 24, p. 103-108, Aug. 2016.

NOGUEIRA, R. P. O exemplo das medicinas alternativas holísticas. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. de (org.). *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012. p. 443-448.

OLEGARIO, N. B. C. *et al.* Knowledge and Attitude about Complementary and Alternative Medicine: Perceptions of Brazilian Health care Students. *International Journal of Advanced Engineering Research and Science*, [s. l.], v. 7, n. 5, p. 487-494, May 2020. Disponível em: https://ijaers.com/uploads/issue_files/60IJAERS-05202057-Knowledge.pdf. Acesso em: 24 dez. 2020.

OLIVEIRA, I. F. de *et al.* Homeopatia na graduação médica: trajetória da Universidade Federal Fluminense. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 92-102, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/rmGJSGd7bnRKjPZssBB7PHG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2020.

- OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. de. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, 2011a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9QPwFdccDdPTsb633rbjVBq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2020.
- OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. O ensino de medicina integrativa em escolas médicas: uma análise documental. In: BARROS, N. F. de; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. (org.). *O ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções*. São Paulo: Hucitec, 2011b. p. 45-62.
- PELTZER, K.; PENGPID, S. A survey of the training of traditional, complementary, and alternative medicine in universities in Thailand. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, [s. l.], v. 12, p. 119-124, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6366357/>. Acesso em: 24 jun. 2020.
- PEREIRA, R. I.; MALAFAIA, G. Conhecimentos Sobre Plantas Medicinais Entre Estudantes do Instituto Federal Goiano - Câmpus Urutaí, GO. *Revista Saúde e Pesquisa*, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 275-286, maio/ago. 2014. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3503/2377>. Acesso em: 24 jun. 2020.
- PINHEIRO, R. *et al.* O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: GERHARDT, T. E. *et al.* (org.). *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/ UERJ: ABRASCO, 2016. p. 13-26.
- RADI, R. *et al.* Attitudes and barriers towards using complementary and alternative medicine among university students in Jordan. *Complementary Therapies in Medicine*, [s. l.], v. 41, p. 175-179, 2018.
- RATINAUD, P.; MARCHAND, P. Application de la méthode ALCESTE aux “gros” corpus et stabilité des “mondes lexicaux”: analyse du “CableGate” avec IRAMUTEQ. In: JOURNÉES INTERNATIONALES D’ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES TEXTUELLES, 11., 2022, Liège. *Actes [...]*. Liège: JADT, 2012. p. 835-844.
- REIS, B. O.; ESTEVES, L. R.; GRECO, R. M. Avanços e desafios para a implementação das Práticas Integrativas e Complementares

no Brasil. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 21, n. 3, p. 355-364, jul./set. 2018. Disponível em: <http://ojs2.ufff.emnuvens.com.br/aps/article/view/16383/14546>. Acesso em: 23 jun. 2020.

ROCHA, M. N. D. *et al.* Educação Superior em Saúde: contexto institucional de criação do Bacharelado Interdisciplinar. In: TEIXEIRA, C. F. de S.; COELHO, M. T. Á. D. (org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: Edufba, 2014. p. 33-52.

RUELA, L. de O. *et al.* Implementação, acesso e uso das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4239-4250, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DQgMHT3WqyFkYNX4rRzX74J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2020.

SADEGHI, M. *et al.* A Survey of Medical Students' Knowledge and Attitudes Toward Complementary and Alternative Medicine in Urmia, Iran. *Journal of evidence-based complementary & alternative medicine*, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 306-310, 2016. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2156587215605751?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed. Acesso em: 24 jun. 2020.

SAFE, D. M. de O. *et al.* Acupuntura no ensino médico da Universidade Federal Fluminense: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 3-12, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/QCTyJcjGzKNbmdqMZKXX6ZH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2020.

SAHA, B. L. *et al.* General perception and self-practice of complementary and alternative medicine (CAM) among undergraduate pharmacy students of Bangladesh. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, [s. l.], v. 17, n. 314, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5471669/>. Acesso em: 24 jun. 2020.

SALLES, L. F.; HOMO, R. F. B.; SILVA, M. J. P. Situação do ensino das Práticas Integrativas e Complementares nos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 741-746, 2014a. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35140/23941>. Acesso em: 18 out. 2020.

- SALLES, L. F.; HOMO, R. F. B.; SILVA, M. J. P. da. Práticas integrativas e complementares: situação do seu ensino na graduação de enfermagem no Brasil. *Revista Saúde - UNG-Ser*, Guarulhos, v. 8, n. 3-4, p. 37-44, 2014b. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/2005/1579>. Acesso em: 24 jun. 2020.
- SALLES, S. A. C. A presença da homeopatia nas faculdades de medicina brasileiras: resultados de uma investigação exploratória. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 283-290, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/pM8HvVP4bbPqvYBLy4QkVbG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2020.
- SAMARA, A. M. *et al.* Use and acceptance of complementary and alternative medicine among medical students: A cross sectional study from Palestine. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, [s. l.], v. 19, n. 78, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6444598/pdf/12906_2019_Article_2492.pdf. Acesso em: 24 jun. 2020.
- SANTANA, E. R. de; PIMENTEL, A. M.; VÉRAS, R. M. A experiência do adoecimento na universidade: narrativas de estudantes do campo da saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, e190587, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/hvLBxSQfnRdRn4YcdbwQFSs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2020.
- SANTOS, A. dos A. *et al.* Inserindo a imposição de mãos das frequências de brilho na formação em saúde: relato de experiência de um seminário temático. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 10, e8069109251, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9251/8231>. Acesso em: 29 out. 2020.
- SILVA, C. C. S. *et al.* Descolonização e Epistemologia do Sul nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. *Sociabilidades Urbanas: Revista de Antropologia e Sociologia*, v. 3, n. 9, p. 101-106, 2019.
- SILVA, C. C. S.; MEDEIROS, S. M. As práticas integrativas e complementares em saúde e sua relação com as epistemologias do Sul. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 42, n. 2, p. 368-376, 2018.

SILVA, G. K. F. da *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, e300110, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KrS3WpRhWWS34mccMtyxXPH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 ago. 2020.

SILVA, J. B. G. da *et al.* Teaching acupuncture to medical students: the experience of Rio Preto Medical School (FAMERP), Brazil. *Acupuncture in Medicine*, [s. l.], v. 31, n. 3, p. 305-308, 2013.

SILVA, R. M. da *et al.* Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 108-120, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/jhgNqDynhFvnrJrHpsXfsd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 jul. 2020.

SILVEIRA, R. de P.; ROCHA, C. M. F. Verdades em (des) construção: uma análise sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 1, e180906, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/g4mVXGJ8hC8VJJGptmdH5Sg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2020.

SINGHAL, S.; ROY, V. Awareness, practice and views about integrating AYUSH in allopathic curriculum of allopathic doctors and interns in a tertiary care teaching hospital in New Delhi, India. *Journal of Integrative Medicine*, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 113-119, 2018.

SOLEDADE, G. N. B.; SIEGEL, P.; BARROS, N. F. Educação médica e práticas não convencionais em saúde: análise do nível de informação de acadêmicos de medicina sobre a homeopatia. In: BARROS, N. F. de; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. (org.). *O ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções*. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 99-113.

SOUSA, I. M. C. de *et al.* Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, nov. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZR38HSZQ5pNtNNsmvHrpPPH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2020.

SOUSA, I. M. C. de; HORTALE, V. A.; BODSTEIN, R. C. de A. Medicina Tradicional Complementar e Integrativa: desafios para construir um modelo de avaliação do cuidado. *Ciência &*

Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3403-3412, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/s7Wp8hbTLzkFPsMtSXKdCgp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2020.

SOUSA, I. M. C. de; TESSER, C. D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, e00150215, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DkyXcQybgkSLYVCzMNpf9wS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2020.

TEIXEIRA, C. F. de S.; COELHO, M. T. Á. D. A construção do Projeto Político-Pedagógico do BI em Saúde: transformando um sonho em realidade. In: TEIXEIRA, C. F. de S.; COELHO, M. T. Á. D. (org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: Edufba, 2014a. p. 53-72.

TEIXEIRA, C. F. de S.; COELHO, M. T. Á. D. Processo de implantação do Projeto Político-Pedagógico do BI em Saúde 2008-2011: fazendo caminhos ao andar. In: TEIXEIRA, C. F. de S.; COELHO, M. T. Á. D. (org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: Edufba, 2014b. p. 73-107.

TEIXEIRA, C. F. de S.; COELHO, M. T. Á. D. (org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: Edufba, 2014c.

TEIXEIRA, C. F. de S.; COELHO, M. T. Á. D. A prática educativa no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. de S. (org.). *Interdisciplinaridade na educação superior: o bacharelado em saúde*. Salvador: Edufba, 2016. p. 43-75.

TEIXEIRA, C. F. de S.; COELHO, M. T. Á. D. O campo da saúde na contemporaneidade: desafios da prática. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. de S. (org.). *Problematizando o campo da saúde: concepções e práticas no Bacharelado Interdisciplinar*. Salvador: Edufba, 2017. p. 17-50.

TEIXEIRA, C. F. de S.; COELHO, M. T. Á. D.; ROCHA, M. N. D. Bacharelado Interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1635-1646, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cBmxjv4TcD34HjJsK7r8dsdn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2020.

TEIXEIRA, C. F. de S.; ROCHA, M. N. D. Racionalidades em saúde, sistemas médicos e práticas alternativas: exercitando uma perspectiva multicultural no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. In: TEIXEIRA, C. F. de S.; COELHO, M. T. Á. D. (org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: Edufba, 2014. p. 163-175.

TEIXEIRA, M. Z. Homeopatia: desinformação e preconceito no ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 15-20, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/R9VsYGkTYqWfwzr4rQYT5Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2020.

TEIXEIRA, M. Z.; LIN, C. A. Educação médica em terapêuticas não convencionais. *Revista de Medicina*, Brasília, DF, v. 92, n. 4, p. 224-259, out./dez. 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/80004/83923>. Acesso em: 24 jun. 2020.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gRhPHsV58g3RrGgJYHJQVTn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2020.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, ago. 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2009.v25n8/1732-1742/pt>. Acesso em: 23 jun. 2020.

TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas no SUS e na atenção primária à saúde: possibilidades estratégicas de expansão. *Journal of Management & Primary Health Care*, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 216-232, 2017. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/528/573>. Acesso em: 23 jun. 2020.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: Pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/GDZVTGWvtCpC5gtBHJ6tFSK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2020.

TESSER, C. D.; DALLEGRAVE, D. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e

potências na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, e00231519, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fNcSWwm5tSXLjcxYV7ncj5p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 fev. 2021.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXWYqZpL6fwdfdVhGmMLqxQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2020.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. de; NASCIMENTO, M. C. do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 174-188, set. 2018. Número especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SY9PZWpk4h9tmQkymtvV87S/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2020.

TRIPPO, K. V. *et al.* Concepções de acadêmicos de saúde sobre a PNPIC e sua aplicabilidade no SUS. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, Salvador, v. 7, n. 4, p. 481-488, 2017. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1577/1041>. Acesso em: 24 jun. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *Projeto Pedagógico dos Bacharelados Interdisciplinares*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Conselho Acadêmico de Ensino. *Resolução nº 06/2011, de 30 de novembro de 2011*. Estabelece critérios para ingresso de estudantes graduados em Bacharelado Interdisciplinar da UFBA nos Cursos de Progressão Linear desta Universidade. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2011. Disponível em: <https://ufba.br/sites/portal.ufba.br/files/Resolucao%20CAE%2006%202011.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Humanidades Artes e Ciências Professor Milton Santos. *Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Humanidades Artes e Ciências Professor Milton Santos. *Resolução nº 02/2018, de 17 de julho de 2018*. Revoga a Resolução nº 01/2018 – IHAC e regulamenta o processo interno de inscrição semestral em componentes curriculares, no âmbito de graduação, para os

Bacharelados Interdisciplinares do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC). Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2018. Disponível em: <https://www.ihac.ufba.br/download/institucional/legislacao/resolucoes/2018/resolucao-02-2018-ihac.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Superintendência de Administração Acadêmica. *Matrícula 2019-2 Curso: Saúde - BI*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2019a. Disponível em: https://supac.ufba.br/sites/supac.ufba.br/files/226_9.html. Acesso em: 26 dez. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Superintendência de Administração Acadêmica. *Matrícula 2019-2 Curso: Saúde - BI - Noturno*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2019b. Disponível em: https://supac.ufba.br/sites/supac.ufba.br/files/286_9.html. Acesso em: 26 dez. 2020.

VERAS, R. M. *et al.* A formação em regime de ciclos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia e a proposta de Educação Interprofissional. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, Campinas, v. 23, n. 2, p. 294-311, jul. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/hKdgjcxTv8h7537PFkG9KnG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2020.

VERAS, R. M.; BAPTISTA, C. M. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA): Fatores de escolha dos estudantes ingressos. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 31, e188802, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/3wVD79Mv83zWWCjPbPKSPjm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2020.

VERAS, R. M.; LEMOS, D. V. da S.; MACEDO, B. T. F. A trajetória da criação dos Bacharelados Interdisciplinares na Universidade Federal da Bahia. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, Campinas, v. 20, n. 3, p. 621-641, nov. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/XVDtCNrw6gvQWLGNrQZTFRn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2020.

VIEIRA, C. M. B.; ARAÚJO, R. A. Q. de; VÉRAS, R. M. Reuni e a formação acadêmica dos estudantes de saúde da UFBA: componentes curriculares, pesquisa e extensão. *Revista GUAL*, Florianópolis, v. 8, n. 4, p. 1-19, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/gual/article/view/1983-4535.2015v8n4p1>. Acesso em: 24 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Traditional Medicine Strategy: 2002-2005*. Geneva: World Health Organization, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023*. Geneva: World Health Organization, 2013.

YILDIRIM, Y. *et al.* An analysis of nursing and medical students' attitudes towards and knowledge of complementary and alternative medicine (CAM). *Journal of Clinical Nursing*, Oxford, v. 19, n. 7-8, p. 1157-1166, 2010.

Formato: 15 x 22 cm
Fontes: Iowan OldSt BT, Fira Sans Condensed
Miolo: Papel Off-Set 75 g/m²
Capa: Cartão Supremo 300 g/m²
Impressão:
Tiragem:

Este livro reflete sobre alguns usos e significados conferidos às Práticas Integrativas e Complementares por estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA): o uso com acompanhamento profissional e/ou orientado por saberes populares, as ideias de prática alternativa, prática tradicional e prática complementar, até a produção do cuidado integral, da promoção da saúde, da terapêutica e da prevenção de doenças. Realiza isso considerando a disseminação social dessas práticas, a interlocução cultural, suas destinações, formas de uso, denominações, aceitação nas instituições e órgãos de saúde, impressões, efeitos e benefícios obtidos a partir da sua adoção. Trata-se de uma publicação inédita sobre o tema, com tais universitários. Pela abrangência de seu debate, a obra se destina a todas as pessoas que fazem parte ou se interessam pelas práticas no campo da saúde.



ISBN 978-65-5630-474-8



9 786556 304748