

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANNA CLAUDIA SAVIAN

**ANÁLISE DA INSERÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES NA POLÍTICA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ E DO
MUNICÍPIO DE CURITIBA: um estudo documental das conferências de saúde**

CURITIBA

2017

ANNA CLAUDIA SAVIAN

**ANÁLISE DA INSERÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES NA POLÍTICA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ E DO
MUNICÍPIO DE CURITIBA: um estudo documental das conferências de saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Biomedicina da Universidade Federal do Paraná como requisito à obtenção do grau de biomédica.

Orientadora: Profa. Dra. Milene Zanoni da Silva

CURITIBA

2017

“Tudo o que é imaginário tem, existe, é.”

Estamira

RESUMO

Vários fatores vêm motivando a busca e o interesse dos usuários e profissionais de saúde pelas medicinas e terapêuticas ditas tradicionais, naturais, complementares e alternativas, como homeopatia, acupuntura e fitoterapia, no Brasil chamadas de práticas integrativas e complementares (PIC). Essas práticas tendem a abordar o processo saúde-doença de uma maneira holística, e através de terapêuticas acolhedoras e não invasivas, possibilitam alívio e bem-estar à uma população acometida por males da vida moderna que a medicina ocidental têm falhado em solucionar.

No intuito de otimizar o processo de inserção das PICs no sistema público de saúde brasileiro, foi publicada no Brasil, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Por sua vez, a implementação de políticas e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive as aprovações financeiras para tais, dependem de análise e deliberação democrática mediada pelos Conselhos e Conferências de Saúde – espaços destinados ao exercício da participação popular e do controle social na gestão pública de saúde, nos níveis municipal, estadual e nacional.

A fim de compreender as vias pelas quais essa implementação vem acontecendo no estado do Paraná e no município de Curitiba, foram analisados os relatórios finais das conferências de saúde estaduais (1992-2015) e municipais (2006-2015). A pesquisa foi documental retrospectiva, quali-quantitativa, baseada em uma leitura sistemática dos relatórios, buscando terminologias e propostas / deliberações aprovadas dentro da temática das PICs. A análise quantitativa mostra que, em todas as conferências estudadas, termos relacionados às PICs aparecem 95 vezes, e destas 26,3% referem-se à *fitoterapia*; *homeopatia* e *acupuntura* seguem com 13,6% cada. Quanto ao número de deliberações PIC, no total foram aprovadas 52 propostas, sendo a média entre as conferências estaduais de 2,9 propostas por conferência, e nas municipais de 6,3.

A análise qualitativa dessas propostas demonstrou que grande parte consiste de instruções inconsistentes e evasivas; representam etapas iniciais do processo de inserção; repetem-se ao invés de complementarem-se, e não são majoritariamente direcionadas a atender às necessidades básicas ao funcionamento e disponibilização das práticas, como a capacitação profissional e o financiamento de espaços e insumos.

Dessa forma, conclui-se que o processo de implementação das PICs ao sistema de saúde do estado do Paraná e do município de Curitiba vem sendo negligenciado, mesmo 11 anos após a publicação da PNPIC. É necessário divulgar e pesquisar, elaborar medidas focadas na operacionalização e execução, orientadas a atender as necessidades à implantação efetiva das PICs no SUS, construídas de forma democrática, participativa e corresponsável entre gestores, profissionais e Conselhos de Saúde.

Palavras-chave: Práticas integrativas e complementares. Terapias complementares. Racionalidades médicas. Sistema Único de Saúde. Política de saúde. Conselhos de Saúde.

ABSTRACT

Many factors have been motivating both users and health professionals to seek traditional, natural, complementary and alternative medicine and therapies, such as homeopathy, acupuncture and phytotherapy, known in Brazil as complementary and alternative practises (CAP). These methods approach the healing process in a holistic way, and through comforting and subtle therapies, people find wellbeing and relief for the modern illnesses the western medicine has not been able to cure and ease.

In order to optimize the process of implementing CAP into the Brazilian public health system, also known as SUS, it was published in 2006 the National Policy of Complementary and Alternative Practises (NPCAP). However, the actual incorporation of policies and health services into SUS, including financial resources for it, depend on the democratic analysis and deliberation of the Health Councils and Conferences – areas and reunions for popular participation and social control of public health management, which take place periodically at a municipal, statal and national level.

Aiming to comprehend the ways this implementation has been developing in the state of Paraná and in the city of Curitiba, the final reports of the statal health conferences (1992-2015) and municipal (2006-2015) have been studied and analysed. It was a documental retrospective study, quali-quantitative, based on a systematic reading of the reports, searching for terminologies and propositions related to the CAPs.

The quantitative analysis shows that, in all conferences, 172 mentions to terms related to the CAPs were made, from which 14.5% were related to *phytotherapy*; followed by *homeopathy* and *acupuncture* with 7.5% each. When it comes to the number of CAP propositions, 52 was the total amount of CAP deliberations, and the average in the state was 2.8 deliberations per conference, while in the city it was 6.3 deliberations per conference.

The qualitative analysis has demonstrated that the majority of the propositions are inconsistent and evasive instructions; represent the first steps of the implementation process; repeat instead of complement one another; and barely directed to attend the basic needs of the functioning and availability of CAP, such as personnel qualification, provision of spaces and financing necessary materials.

In conclusion, CAPs implementation processes in both Paraná and Curitiba have been neglected, even eleven years passed the national policy publication. It is necessary to keep on sharing and researching, to formulate strategies focused on planning and executing, that are basic needs oriented, and that should count on democratic participation of all segments of society, represented by the health councils.

Key words: Traditional medicine. Complementary therapies. Medical rationalities. Brazilian health system. Health policy. Health council.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - NÚMERO DE VEZES EM QUE TERMOS RELACIONADOS ÀS PICS APARECEM NO MUNICÍPIO E NO ESTADO.....	28
TABELA 2 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE DELIBERAÇÕES PIC POR CES...29	
TABELA 3 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE DELIBERAÇÕES PIC POR CMS...30	
TABELA 4 – NÚMERO DE PROPOSTAS PIC DENTRO DAS CATEGORIAS SELECIONADAS NAS CONFERÊNCIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS.....	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.2 OBJETIVO.....	10
1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 PARADIGMAS EM SAÚDE.....	11
2.2 DIFERENTES TERMINOLOGIAS UTILIZADAS PARA PIC.....	14
2.3 PIC NO OCIDENTE E NO BRASIL	16
2.4 CONSELHOS DE SAÚDE E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE.....	20
3 MATERIAIS E MÉTODOS	23
3.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
3.1.1 ANÁLISE DAS TERMINOLOGIAS UTILIZADAS	24
3.1.2 ANÁLISE DO NÚMERO DE PROPOSTAS.....	29
3.1.3 ANÁLISE QUALITATIVA DAS PROPOSTAS	31
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

A crescente popularidade das práticas integrativas e complementares entre usuários e profissionais de saúde, observada em todo o mundo ocidental, vem estimulando órgãos gestores da saúde mundial – como a Organização Mundial de Saúde (OMS) – e vários países a desenvolver medidas e diretrizes para a implementação dessas práticas aos seus respectivos sistemas de saúde (MARQUES, 2011). Frente a esse cenário, ressalta-se a necessidade de se integrar e expandir as racionalidades dos diferentes saberes médicos na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Em um contexto pós Revolução Industrial, os movimentos de contracultura dos anos 60, que tiveram maior força nos Estados Unidos e na Europa, resgataram e fortaleceram as perspectivas de valorização e preservação da natureza e do meio ambiente, de qualidade de vida, saúde e bem-estar. Da herança cultural desses movimentos, desenrolaram-se diversos eventos e encontros nacionais e internacionais acerca do tema, que por sua vez resultaram em políticas que pretenderam abrir espaço para uma proposta ativa de promoção de saúde, e para o conjunto de práticas de medicação, cuidado e sistemas terapêuticos ditos holísticos, tradicionais ou naturistas. Os movimentos de então aliavam a rejeição à medicina institucional e tecnicista, por ser considerada invasiva e iatrogênica, portanto antinatural, à evidenciação da *força curativa da natureza* e das terapias e práticas embasadas nesse princípio (NASCIMENTO, NOGUEIRA&LUZ, 2012).

Ao chegarem ao Ocidente, sob o rótulo generalista de Medicina Complementar e Alternativa (MCA), essas práticas e sistemas encontram um sistema de saúde cético, habituado a uma visão reducionista do processo saúde-doença e a uma percepção mecanizada do ser humano. Isso porque o sistema de saúde vigente está predominantemente ancorado no Paradigma Biomédico, destacado por Nascimento (2012, p.16) por “ênfatar concepções materialistas, mecanicistas, centradas na doença e no controle do corpo biológico e social. ”

Em contrapartida, os “efeitos colaterais” do modelo de saúde biomédico vêm motivando a busca individual pelos tratamentos alternativos, tais como: a ineficiência

da medicina convencional em tratar de forma satisfatória algumas doenças e suas manifestações, muitas vezes debilitantes, como a dor crônica e o estresse (OTANI & BARROS, 2011); o caráter intervencionista, invasivo e impessoal do modelo biomédico, baseado numa interação médico-paciente reducionista, rasa e ineficaz, resultando num cuidado insatisfatório e desumanizado (TESSER, 2009); as iatrogenias, classificadas por Illich (1981) em três grupos: clínica, social e cultural – sendo a iatrogenia clínica, “relativa aos danos causados pela intervenção médica no indivíduo, a mais palpável e melhor percebida pelos saberes e métodos científicos”.

Um outro importante fator motivador a ser citado é o mérito da própria MAC, gerado pelas experiências vividas pela população de um cuidado mais acolhedor e humanizado, que estimula e ensina o autocuidado, naturalmente levando ao reequilíbrio das diferentes dimensões envolvidas no processo adoecimento-cuidado-cura (TESSER, 2009).

Atendendo aos princípios do SUS, que falam em favor da integralidade e universalidade do cuidado, e às diretrizes da OMS para implantação das medicinas tradicionais, alternativas e complementares nos sistemas nacionais de saúde, foi publicada no Brasil, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BARROS, 2007).

Até então estas práticas se encontravam predominantemente restritas ao setor privado, passam a adentrar o setor público, que com a publicação da PNPIC reconhece a pluralidade nos cuidados e possibilita outros saberes e racionalidades, ampliando a variedade de recursos para a atenção à saúde (SANTOS&TESSER, 2012).

A implementação de políticas e serviços de saúde no SUS, inclusive as aprovações financeiras para tais, dependem de análise e deliberação democrática mediada pelos Conselhos e Conferências de Saúde – espaços destinados ao exercício da participação popular e do controle social na gestão pública de saúde, nos níveis municipal, estadual e nacional (CARVALHO, 1997).

O interesse pelas práticas integrativas e complementares (PICs) e por sua institucionalização no SUS pode ser avaliado pela aprovação democrática nas Conferências de Saúde, através dos Relatórios Finais das mesmas, documento onde constam as deliberações aprovadas em cada conferência.

Na tentativa de atender ao primeiro objetivo da *Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2013*, “Estabelecer uma base de conhecimento para

gerenciamento ativo de PIC através de Política Nacional” (WHO, 2013), e de pôr em prática o princípio defendido por Barros *et al* (2007, p 3066), “Conhecer a realidade para propor”, realizou-se a análise dos relatórios finais das conferências de saúde, a fim de se determinar e conhecer o cenário atual e dar embasamento à elaboração de práticas e políticas públicas que venham a acelerar e expandir a inserção das PICs no contexto da saúde brasileira.

1.2 OBJETIVO

Investigar o surgimento e o desenvolvimento das práticas integrativas e complementares (PICs) nas políticas de saúde do estado do Paraná e do município de Curitiba, a partir das Conferências de Saúde Estaduais de 1992 a 2015, e Municipais de 2005 a 2015.

1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a prevalência de propostas relacionadas às PICs com relação ao total de propostas aprovadas dos relatórios;
- Quantificar as menções feitas às PICs nos relatórios de conferências de saúde;
- Identificar os termos utilizados para as PICs nos relatórios.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PARADIGMAS EM SAÚDE

Os sistemas de saúde, enquanto campo de atividade humana, manifestam e são impactados pela maneira como o ser humano vê e atribui sentido a natureza; essas perspectivas, por sua vez, se transformam ao longo do tempo, de acordo com as experiências socioculturais da população (NASCIMENTO&NOGUEIRA, 2014). Finalmente, os sistemas que criamos e operamos também deveriam ser capazes de se ajustarem às contínuas mudanças e renovações do pensamento e necessidade humanos.

O complexo e longo processo de construção da medicina ocidental como a conhecemos hoje se deu embasado no Paradigma Biomédico, que nasceu do interesse pelo saber racional e do afastamento das explicações míticas. A partir do pensamento dos filósofos gregos pré-socráticos, os primeiros a estudar a natureza e seus fenômenos sob uma ótica racional e não mística ou religiosa; dos ideais filosóficos mecanicistas de Descartes; dos desenrolares culturais e sociais das revoluções industrial e tecnológica; do sistema capitalista; desenvolveu-se o modelo de cuidado biomédico ocidental, institucional e hierárquico, centrado na lesão e na doença, de caráter reducionista e fragmentário, hiperespecífico, chamado e descrito por Tesser (2009) de *má medicina*.

Em contrapartida, encontra-se o Paradigma Vitalista, embasado na filosofia milenar oriental, caracterizado por uma visão holística do universo e do ser humano, onde a natureza é fruto da interação de forças naturais (materiais) e cosmológicas (imateriais). Emergem desse paradigma as medicinas e terapias tradicionais, alternativas, e complementares, que abordam o adoecimento dentro de um contexto amplo e multifatorial, contrário à hiperespecialização (TELESI, 2016).

Apesar de operarem embasadas em paradigmas médicos distintos, algumas convergências entre as medicinas ocidental e tradicional são notáveis. Ambas têm como objetivo central a cura e o reestabelecimento do indivíduo doente, e para tal consideram o equilíbrio entre os aspectos fisiológico, psicológico e postural, assim como as interações com o meio ambiente. Segundo Telesi (2016, p 104):

A dimensão integradora do homem e da natureza numa perspectiva de macro e microuniversos, que postula a integralidade do sujeito humano, constituída de aspectos psicobiológicos, sociais e espirituais, embasa as dimensões das racionalidades médicas oriental e ocidental. No entanto, há diferenças no que concerne aos aspectos relativos à presença ou não de elementos cosmológicos, e especialmente quanto ao diagnóstico e ao modelo terapêutico. (TELESI, 2016, p 104).

Enquanto as medicinas tradicionais consideram o elemento cosmológico como um fator determinante das constituições e processos individuais, a medicina ocidental o ignora, por não ser cientificamente validado – manifestação do racionalismo biomédico, que descredita os mistérios das esferas do místico e do espiritual (TELESI, 2016).

No intuito de melhor compreender os sistemas e práticas médicas e de otimizar os estudos epistemológicos e clínicos na área, Madel T. Luz produziu uma matriz de análise das formas de cuidado à saúde, uma categoria chamada Racionalidade Médica (RM). Ao comparar sob a ótica das racionalidades médicas as medicinas; homeopática, tradicional chinesa, ayurvédica e biomédica, foram encontradas cinco dimensões comuns, assim descritas por Tesser (2009, p. 1733) “uma morfologia do homem (anatomia); uma dinâmica vital (fisiologia); um sistema de diagnose; um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicação dos adoecimentos, sua origem e cura); embasadas em uma cosmologia implícita ou explícita”.

A análise dos sistemas de cuidado através dessas dimensões permite separar os sistemas médicos complexos – racionalidades médicas – de práticas terapêuticas e de diagnóstico (TESSER, 2009), sendo ambos englobados pelo universo das Práticas Integrativas e Complementares (PICs). PIC é o termo atualmente utilizado no Brasil que abrange tanto as racionalidades médicas, como a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e a Medicina Integrativa (MI), quanto as práticas e técnicas terapêuticas que podem não estar associadas a um sistema médico complexo, como as rodas de terapia comunitária e o Reiki, por exemplo (PAIVA, 2016).

Os termos Medicina Complementar e Alternativa (MCA) e Medicina Tradicional (MT) continuam sendo utilizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e por diversos países (DAB, 2012).

Alheios às diferenças históricas entre paradigmas em saúde, o uso e o interesse pelas PIC no mundo ocidental vêm aumentando, tanto por parte da população quanto dos profissionais de saúde (FRASS, 2012). Esse cenário evidencia

a necessidade de se continuar o diálogo entre as diferentes racionalidades médicas, e dessas interações buscar contribuições para a atualização e renovação do modelo de cuidado e da saúde pública, capacitando-os para lidar com os desafios da vida moderna (TELESI, 2016).

Segundo Luz (2005, p 147), vivemos hoje consequências de um conjunto de vários acontecimentos interconectados, de aspectos socioeconômico, cultural e epidemiológico, que a autora denomina *Crise da Saúde*, por ela definido como “fruto ou efeito do crescimento das desigualdades sociais no mundo”. Ao passo que se agrava o quadro das desigualdades sociais, mais evidentes nos continentes no hemisfério sul, novos problemas de saúde emergem e outros ressurgem, como os problemas de natureza sanitária, o uso abusivo de substâncias psicotrópicas, a ocorrência do que sociólogos franceses chamam de *pequena epidemiologia do mal-estar*, caracterizado por dores difusas, depressão, ansiedade, pânico, males na coluna vertebral, etc., que atinge milhões de indivíduos das populações das grandes cidades de quase todos os países (LUZ, 2005). Outro fenômeno de mesma natureza é chamado por Valla (2001) de *sofrimento difuso*, que seria a expressão do sofrimento através de queixas somáticas, como dores de cabeça e no corpo, insônia, problemas gástricos, entre outros, que não apresentam substrato orgânico, pois seriam originados a partir de questões sociais e psíquicas.

Não são raros os relatos de frustrações, insatisfações e limites vividos com a biomedicina e suas dificuldades relativas a acesso e custo (TESER, 2009), da desumanização causada por uma visão altamente tecnológica de saúde que impera na sociedade de mercado, dominada por convênios de saúde cujo objetivo primordial é gerar lucro e fragmentar o tratamento do paciente em especialidades que não dão conta da totalidade do ser humano afetado por um ou mais dos diversos males da vida moderna (TELESI, 2016)

Aliando a herança cultural naturalista dos movimentos de contracultura da década de 60; às experiências positivas da população ocidental nas últimas décadas com as terapêuticas acolhedoras, holísticas e naturais das PICs; à incapacidade da medicina ocidental em resolver por si só os atuais problemas de saúde da população; dá-se continuidade à busca por novos paradigmas, pela integralidade em saúde, por novas abordagens do indivíduo e de seu contexto multifacetado, por uma perspectiva mais humana das pessoas e do processo saúde-doença, por uma valorização do que é natural, pelo bem estar e qualidade de vida de todos. Corroborando esses ideais,

encontra-se o Paradigma Vitalista e as racionalidades médicas tradicionais e alternativas, que muito têm a contribuir com a construção de um sistema de saúde mais acolhedor, com a pluralização o cuidado, com a promoção da saúde, sendo capazes de abordar os problemas de saúde com ferramentas que compreendem a complexidade que os compõe.

2.2 DIFERENTES TERMINOLOGIAS UTILIZADAS PARA PIC

Após a realização de vários estudos, a Organização Mundial de Saúde (OMS), publicou o documento *Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005*, gerando a primeira estratégia global sobre medicina tradicional. Parte dessa estratégia foi chegar a uma terminologia precisa capaz de descrever todas as medicações, terapias, práticas e produtos, pois é grande a variedade de nomenclaturas utilizadas em diferentes países e regiões, acrescida das alterações temporais (WHO, 2002).

Apesar da publicação já apresentar mais de uma década, o desafio se mantém atual, pois encontram-se na literatura diversas denominações.

A WHO (2002) se refere às práticas de saúde caracterizadas por recursos e métodos não biomédicos como Medicina Tradicional e Medicina Complementar e Alternativa (MT/MCA). A Medicina Tradicional (MT) engloba diversos modelos de medicina, como a Medicina Tradicional Chinesa, Ayurvédica Indiana, a Medicina Complementar e Alternativa Unani Árabe, e várias formas de medicina indígena de origem asiática, africana, árabe, sul americanos, entre outros (PAIVA, 2016).

Os termos MT e MCA referem-se a um diverso grupo de recursos terapêuticos e de diagnóstico em saúde, muitos dos quais derivam práticas e sistemas milenares.

Nos países de medicina predominantemente alopata, são comuns os termos Medicina Tradicional, Medicina Complementar, Medicina Alternativa, Medicina Natural, Medicina não convencional (WHO, 2002).

Segundo a US National Centre for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), “MCA é um grupo de diversos sistemas médicos e de cuidado em saúde, práticas e produtos que não são atualmente considerados parte da medicina convencional”. A NCCAM também classificou a MCA em cinco categorias:

- Sistemas Médicos Alternativos

São sistemas complexos, como a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e a Ayurvédica;

- Intervenções mente-corpo

Intervenções que utilizam uma variedade de técnicas a fim de otimizar a relação mente-corpo de forma a influenciar positivamente as funções corporais e sintomas de doenças. Exemplos incluem meditação, oração, hipnose, e também terapias envolvendo processos criativos, como arte, música e dança;

- Terapias biológicas

São caracterizadas pelo uso de substâncias encontradas na natureza, como ervas, alimentos e vitaminas. Exemplos incluem suplementos alimentares e produtos herbários;

- Métodos de manipulação corporal

São baseados na manipulação e movimento de diferentes partes do corpo. Exemplos incluem quiropraxia e massagem;

- Terapias Energéticas

Envolvem o uso de campos energéticos. Exemplos incluem qigong, Reiki e terapia magnética.

No Brasil, adotou-se o termo práticas integrativas e complementares (PIC) para designar todas as racionalidades médicas relativas aos sistemas e terapêuticas em saúde ditas tradicionais, alternativas ou complementares. Além disso, desde os anos 90 vem se utilizando as racionalidades médicas de Madel Luz como terminologias de escolha na pesquisa em saúde.

Também existem hoje inúmeros termos para identificar o modelo biomédico de saúde, tais como: ortodoxo, alopático, moderno, científico, biologicista, ocidental, baseado em evidência, convencional, etc. Outros termos encontrados na literatura referindo-se às PICs são: medicina, terapias ou práticas irregulares; não científicas; não hegemônicas; adjuntas; naturais; entre outros (NG *et al*, 2016).

Parte dessa variabilidade nas terminologias deve-se ao fato de que existe um grande número de diversos sistemas e um número ainda maior de praticantes dessas racionalidades, o que preconiza o desenvolvimento de uma vasta rede de diferentes práticas e crenças. As PICs emergem de múltiplos cenários históricos, escolas de pensamento e regiões do mundo; a diversidade é fator intrínseco. Segundo Ng *et al* (2016, p 2), “ Selecionar um termo com um significado que compreenda plenamente todas as formas de terapias e intervenções não convencionais é um processo complexo e dinâmico. ”

2.3 PIC NO OCIDENTE E NO BRASIL

Os movimentos de contracultura da década de 60, de tendência naturista e antitecnológica, repercutiram em todo o mundo ocidental, contribuindo para o reconhecimento das questões ecológicas como que relevantes para a política internacional, preconizando eventos como as Conferências das Nações Unidas pelo Meio Ambiente, em 1972 e 1992, e a criação, no Brasil, do Sistema Nacional de Meio Ambiente, em 1981. O campo da saúde também foi influenciado por esses movimentos, que evidenciaram as práticas e sistemas de saúde orientais milenares, naturais e holísticos.

Da repercussão dessas ideias e movimentos, descende a Conferência Internacional de Alma-Ata (1978), que defendeu e preconizou a legitimação de práticas tradicionais, alternativas e complementares nos sistemas de saúde. No Brasil, “A introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde”, foi uma das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986 (NASCIMENTO *et al*, 2012), importante acontecimento da história da saúde no Brasil, que junto da Reforma Sanitária, “representou uma ruptura inédita com a história anterior das políticas sociais brasileiras ao determinar o acesso à saúde como direito social universal” (PAIVA, 2016, p 36).

No intuito de atualizar e dar continuidade à primeira estratégia global de medicina tradicional e alternativa de 2002, em 2013 a OMS publica a *Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023*, para servir de ferramenta e auxílio aos países participantes na implementação das PICs a seus respectivos sistemas de saúde (WHO, 2013). Abaixo (QUADRO 1) consta um resumo dos objetivos e direções estratégicas e dos resultados esperados.

QUADRO 1 – OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESTABELECIDOS PELA OMS PARA OS PAÍSES PARTICIPANTES NO PERÍODO 2014–2023 - CONTINUA

OBJETIVO ESTRATÉGICO	DIREÇÃO ESTRATÉGICA	RESULTADO ESPERADO
1. Estabelecer uma base de conhecimento para gerenciamento ativo de PIC através de Política Nacional	Entender e reconhecer o papel e o potencial das PIC	Ter as técnicas de PIC e seus profissionais identificados.
		Ter programas e políticas de PIC estabelecidas pelo governo.
	Fortalecer a base de conhecimento, elaborar evidências e prover recursos.	Fortalecer a geração de conhecimento, colaboração e uso sustentável dos recursos.

QUADRO 1 – OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESTABELECIDOS PELA OMS PARA OS PAÍSES PARTICIPANTES NO PERÍODO 2014–2023 - CONCLUSÃO

2. Fortalecer a garantia de qualidade, segurança, uso correto e efetivo de PIC, regulando produtos, práticas e profissionais.	Reconhecer o papel e a importância da regulação do produto	Implantar regulação nacional de produtos, incluindo seu registro.
		Estabelecer monitoramento seguro de produtos e terapias PIC.
		Desenvolver diretrizes técnicas e metodológicas para avaliar segurança, eficácia e qualidade das PIC.
	Reconhecer e desenvolver a regulação de práticas e profissionais de PIC através de educação, treinamento, desenvolvimento de habilidades, serviços e terapias.	Padronização desenvolvida pelo governo para produtos, práticas e profissionais.
		Estabelecer programas de educação, treinamento e capacitação profissional.
		Promover melhorias no uso seguro e eficaz das PIC.
3. Promover a cobertura universal da saúde, integrando as técnicas de PIC dentro dos sistemas de Saúde e autocuidado.	Capitalizar na contribuição potencial das PIC em melhorias dos resultados dos Sistemas de Saúde	Integração das PIC no Sistema de Saúde.
		Melhorias do serviço e de sua acessibilidade
		Melhoria na comunicação entre profissionais de saúde convencional, corpo médico e os de PIC.
	Garantir que os usuários de PIC possam ter informações seguras para fazerem suas escolhas.	Melhor acesso a informação sobre o uso apropriado de PIC
		Melhoria na comunicação entre profissionais da medicina convencional e seus pacientes sobre PIC.

QUADRO 1 – OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESTABELECIDOS PELA OMS PARA OS PAÍSES PARTICIPANTES NO PERÍODO 2014–2023

FONTE: WHO (2013).

A busca e o interesse pelas PIC aumentaram significativamente nas últimas décadas. Uma revisão sistemática feita por Frass *et al* (2012) analisou o uso e a aceitação das PICs pela população geral e pelos profissionais de saúde em 10 diferentes países, Estados Unidos, Austrália, Reino Unido e outros países da Europa, entre 1990 e 2006. Esse estudo reporta um aumento no uso de PICs em todos os países analisados, e aponta a homeopatia, a acupuntura, a quiropraxia e a fitoterapia como as práticas mais procuradas.

O quadro não é muito diferente no Brasil – vários estudos vêm reportando um aumento da procura e do uso dessas e outras práticas (MARQUES *et al*, 2011; MONTEIRO, 2012; SANTOS *et al*, 2011; TELES, 2016).

No Brasil houve diversas demandas sobre a incorporação de práticas baseadas em um modelo de atenção centrado na integralidade do indivíduo, manifestas nas deliberações de diversas Conferências Nacionais, como a 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001; e a 1ª Conferência Nacional de Assistência

Farmacêutica, em 2003, que enfatizou a necessidade de acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos; entre outros. (PAIVA, 2016).

Frente a necessidade de implementar as PICs na atenção à saúde, além de conhecer, incentivar e institucionalizar as práticas que já vêm sendo desenvolvidas, o Ministério da Saúde aprovou, através da Portaria 971 de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Com essa política, pretendeu-se assegurar o acesso aos usuários do SUS às PICs, entre as quais, destacam-se aquelas do âmbito da medicina tradicional chinesa: a acupuntura, a homeopatia, a fitoterapia, o termalismo - crenoterapia, e a medicina antroposófica (ISCHKANIAN&PELICIONI, 2011).

Como consta na própria PNPIC:

No cumprimento de suas atribuições de coordenação do Sistema Único de Saúde e de estabelecimento de políticas para garantir a integralidade na atenção à saúde, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural. Esta política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais destacam-se aquelas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia (BRASIL, 2006, p. 4).

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) lança mão de diversas modalidades e terapias, destinadas à prevenção e ao tratamento de doença. Independentemente do tipo de terapia empregada, elas são todas regidas pelas teorias fundamentais da medicina chinesa – devolver o corpo ao seu estado natural de harmonia de Yin e Yang. Há duas categorias principais dentro da MTC: tratamentos herbários e tratamentos manuais. Diferentes ervas medicinais são comumente usadas em combinações, visando atingir vários aspectos do indivíduo. As terapias manuais são aplicadas em determinadas situações ou são suplementares aos tratamentos com ervas. Algumas das terapias manuais são: acupuntura, moxabustão, ventosa terapia (do inglês, *cupping*), massagem, entre outras (PING-CHUNG LEUNG, 2016). De todas essas terapias e práticas, estão em destaque na PNPIC a acupuntura e o uso de plantas medicinais, também chamado de Fitoterapia Tradicional Chinesa.

A homeopatia é um sistema médico complexo, de caráter holístico, fundamentada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes. O adoecimento é visto como um desequilíbrio entre as dimensões física, psicológica, social e cultural,

e a intervenção leva em consideração essa totalidade. A relação terapêutica entre médico e paciente é considerada um dos pilares da intervenção clínica, desencadeando a humanização do cuidado (BRASIL, 2006).

A fitoterapia caracteriza uma terapêutica que utiliza as plantas medicinais em formas variadas, de tradição milenar, derivada da medicina popular, desenvolvida através do acúmulo de informações passado por sucessivas gerações. (BRASIL, 2006). Quando se considera a diversidade vegetal do Brasil, essa é uma prática em saúde com grande potencial de desenvolvimento, tanto pelo vasto número de espécies vegetais aqui presentes, quanto pelos baixos custos envolvidos.

O Termalismo Social / Crenoterapia são práticas que consistem no uso das águas minerais para o cuidado em saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2006, p.22), “Termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. A Crenoterapia por sua vez, [...] consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde”. Prática muito antiga, existente desde o Império Grego, foi introduzida no Brasil durante a colonização portuguesa (PAIVA, 2016).

Fundada em 1920 por Rudolf Steiner e Ita Wegman, como uma extensão à medicina convencional, baseada na filosofia espiritual denominada Antroposofia, a Medicina Antroposófica se apresenta como um modelo de atenção de abordagem vitalista e médico-terapêutica complementar, organizado interdisciplinarmente e orientado para a integralidade do cuidado em saúde. Prevê a atuação de outros profissionais da área da saúde e a utilização de medicamentos baseados na homeopatia, fitoterapia e outros restritos da Medicina Antroposófica (PAIVA, 2016).

Em janeiro e março do presente ano, através das Portarias 145 e 849, o Ministério da Saúde incorporou 14 novas PIC à PNPIC. São elas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2017).

Manifestando os ideários consonantes com os princípios do SUS, A PNPIC se propõe a garantir a integralidade na atenção à saúde através de um modelo de cuidado humanizado e centrado na integralidade do indivíduo, buscando estimular os mecanismos naturais de promoção e recuperação da saúde, embasado no

acolhimento, no ensino do autocuidado e, para tanto, no desenvolvimento do vínculo terapêutico (BRASIL, 2006).

Apesar da crescente expansão, existem dificuldades relativas à adoção das PICs, pois a efetiva implantação de novos procedimentos técnicos nos serviços públicos está vinculada a uma política de evidências científicas restritiva, que privilegia evidências quantitativas em detrimento das qualitativas – herança do paradigma biomédico. Além disso, outros desafios seguem. Faltam apoio institucional, profissionais capacitados, insumos, espaços adequados, divulgação ampla por parte das gerências locais e equipes de saúde, investimento e incentivo a pesquisa (RANDOW, 2016).

Em relação aos recursos humanos, existe a necessidade de viabilizar a formação e qualificação dos profissionais de saúde dentro da área das PIC, além de ampliar a divulgação dos estudos e políticas envolvendo as PIC, pois ainda ocorre um desconhecimento por uma representativa parte dos profissionais (PAIVA, 2016).

Quanto aos recursos materiais, o fornecimento de insumos para a realização dessas práticas, como medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, agulhas para acupuntura, entre outros, ao lado da carência de espaços adequados, ainda têm se constituído grandes obstáculos. Também se faz necessária a elaboração de medidas de monitoramento e avaliação dessas ações em saúde, que devem ser baseadas nas diretrizes da PNPIC (PAIVA, 2016).

Assim sendo, as PICs tendem a promover um diálogo mais abrangente e integral, diferente do modelo atual biologicista, voltado para as especialidades e para a fragmentação do conhecimento, sendo capazes de promover a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, tão necessária à promoção e manutenção da saúde das populações modernas.

2.4 CONSELHOS DE SAÚDE E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

A participação popular na área da saúde tem seu início nas lutas do Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, da década de 1970. O Movimento de Reforma Sanitária, que lutava contra a conjuntura ditatorial e a favor da democracia em saúde, da descentralização e da participação popular com controle social, reivindicou na cena política “a noção de direito social universal, entendido como atributo da cidadania sem concessão, rompendo com o modelo corporativista, do benefício como privilégio.”

(REBOLI&KRUGER, 2013, p. 2). Dando continuidade a esses ideais, aconteceu em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento que junto com a Reforma Sanitária possibilitou a formulação e criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 (PAIVA, 2016).

O SUS é regulamentado pelas Leis Federais 8080 e nº 8142, que descrevem a organização e o funcionamento do sistema, e por sucessivas outras, que desde então têm ampliado as políticas e práticas públicas em saúde (GUIZARDI, 2004).

Uma das grandes conquistas derivadas da Reforma Sanitária no Brasil foi a institucionalização dos Conselhos de Saúde - órgãos colegiados, de caráter deliberativo e permanente, compostos por representantes do governo, profissionais da saúde, prestadores de serviços e usuários do sistema de saúde – que possibilitam a participação social na gestão pública, nas esferas municipal, estadual e nacional (CARVALHO, 1997).

Atuam na formulação de propostas e diretrizes, supervisionam, avaliam e controlam a execução das políticas de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do Poder Executivo legalmente constituído em cada esfera do governo (SALIBA *et al.*, 2009).

As diretrizes para criação, formulação e funcionamento dos conselhos de saúde constituem parte da Resolução nº 333/03, na qual consta que os mesmos devem “atuar na formulação e proposição de estratégia no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 2003).

Os conselhos de saúde são dotados de um conjunto de poderes legais, onde os usuários têm representação paritária em relação aos profissionais de saúde, prestadores de serviço e ao governo, fazendo dos conselhos instrumentos para o exercício da democracia e de controle social. Nas palavras de Carvalho (1997, p 93), “Tendo raízes nas lutas comunitárias por saúde dos anos 70, os Conselhos de Saúde são a expressão institucional de uma das ideias fundadoras da Reforma Sanitária: a participação da sociedade nas políticas e organizações de saúde. ”

A atuação e o funcionamento dos conselhos se dão através das conferências de saúde, fóruns que se reúnem periodicamente, com a participação de todos os segmentos representativos da sociedade, com o intuito de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para formulação de políticas públicas, nas esferas governamentais respectivas a cada conselho (BRASIL, 2013).

Com a promulgação da Lei n. 8.842, de 1990, os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde passaram a constituir a instância formal do exercício dos princípios de participação social e controle social (GUIZARDI, 2004).

As deliberações discutidas nas Conferências Nacionais de Saúde são resultantes dos debates ocorridos nos estados, através das Conferências Estaduais, que, por sua vez, resultam das propostas decorrentes das Conferências Municipais. **A representatividade local garante a legitimidade do evento, onde os segmentos são representados de forma paritária: 25% são representantes do governo, 25% são profissionais da saúde e prestadores de serviços e 50% são os usuários do sistema de saúde (PENSE SUS, 2017).**

Enquanto os conselhos de saúde atuam na formulação e controle da execução das políticas, as conferências constituem um espaço onde a participação social se antecipa à formulação das políticas, delineando os princípios e diretrizes norteadores do processo de formulação de práticas e políticas de saúde (GUIZARDI, 2004).

Apesar de apresentarem fragilidades, “Conferências e conselhos de saúde são, hoje, os principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação da política de saúde em todas as esferas de governo” (Brasil, 2009, p 11).

No intuito de divulgar as deliberações aprovadas para o conjunto da sociedade, e de contribuir com as rotinas de formulações de propostas futuras, ao final da conferência é redigido um Relatório Final: o documento que registra as deliberações democraticamente aprovadas em plenário, que serão diretrizes para a política de saúde para um período de 4 anos. O relatório final contribui para a socialização da informação e constitui um registro histórico dos processos de mudança e evolução da saúde pública brasileira (REBOLI&KRUGER, 2013).

Os relatórios finais são documentos oficiais de domínio público e grande parte está disponível *online*, na página do conselho de saúde correspondente.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi documental retrospectiva e de revisão de literatura. A pesquisa documental abrangeu a leitura sistemática dos relatórios finais das conferências estaduais do Paraná (1992-2015) e municipais de Curitiba (2006-2015).

O projeto inicial incluía também os relatórios finais da 1ª à 7ª conferência municipal de saúde (1996 a 2003), mas o acesso aos referidos documentos não pôde ser feito até o término deste estudo.

A leitura sistemática se pautou em estratégia de busca a partir de temas e descritores relacionadas às PICs, a citar: *tradicional, integrativo, popular, natural, não hegemônico, não convencional, alternativo, complementar*, após os termos *medicina, terapias e práticas*; além dos termos *homeopatia, fitoterapia, acupuntura, termalismo, crenoterapia e medicina antroposófica*. Foram desconsideradas citações fora do contexto das propostas / deliberações aprovadas.

A investigação envolveu a seleção dos textos, sistematização e análise qualitativa dos dados. Para tanto se criaram quadros e tabelas temáticos com informações sobre as conferências e as propostas relacionadas às PICs.

A análise qualitativa foi feita através de quatro categorias pré-definidas, construídas a partir de pontos críticos à efetiva implementação das PICs, levantados por diversos autores (BARROS, 2007; TESSER, 2009; ISCHKANIAN&PELICIONI, 2011; MARQUES et al, 2011; RANDOW, 2016). **Essas categorias também funcionam como indicadores potenciais de planejamento estratégico, definido por Maximiano (2006) como “o processo de elaboração da estratégia, na qual se definiria a relação entre a organização e o ambiente interno e externo, bem como os objetivos organizacionais, com a definição de estratégias alternativas.”** São elas:

- Capacitação profissional;
- Espaços e insumos para a realização das práticas;
- Financiamento;
- Divulgação e incentivo à pesquisa.

A pesquisa de documentos oficiais de domínio público foi realizada, pois na busca pelas relações com o tempo-sócio-cultural-cronológico procura-se descrever a maneira como as PICs marcaram presença nos relatórios das conferências estudadas. A análise destes documentos reconhece criticamente conteúdos políticos

e sociais que se relacionam com o processo de institucionalização das PICs no SUS, no âmbito Estadual e Municipal.

3.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a análise se apresentam em 3 tópicos: uma descrição das terminologias PIC utilizadas nos relatórios; a apresentação do número de propostas PIC por conferência; e uma análise qualitativa das propostas PIC.

3.1.1 ANÁLISE DAS TERMINOLOGIAS UTILIZADAS

Nos QUADROS 2 e 3, constam as terminologias relacionadas às PIC utilizadas nas conferências estaduais de saúde do Paraná e nas conferências municipais de saúde de Curitiba ao longo dos anos, divididas nas categorias: PICs – termos referentes aos próprios sistemas, práticas e terapêuticas tradicionais, alternativas e complementares; termos relacionados à Homeopatia / Fitoterapia; Acupuntura; Termalismo / Crenoterapia; e Outros termos – referentes às PICs não contempladas nas categorias anteriores, tais como massoterapia, quiropraxia, dança, práticas corporais, meditação, terapia comunitária, entre outros.

QUADRO 2 – TERMOS RELACIONADOS ÀS PIC NAS CONFERÊNCIAS ESTADUAIS DE SAÚDE DO PARANÁ (1992 E 2015) - CONTINUA

	Práticas Integrativas e Complementares (PIC)	Homeopatia / Fitoterapia	Acupuntura	Termalismo / Crenoterapia	Outros termos
1992	Terapias alternativas				

QUADRO 2 – TERMOS RELACIONADOS ÀS PIC NAS CONFERÊNCIAS ESTADUAIS DE SAÚDE DO PARANÁ (1992 E 2015) - CONTINUAÇÃO

1995	Terapias alternativas Práticas alternativas Meios terapêuticos naturais Medicina naturalista	Fitoterapia Homeopatia Medicamentos homeopáticos e fitoterápicos	Acupuntura		
1997	Terapias não convencionais	Fitoterapia Homeopatia Fitoterápicos			Quiropraxia
1999	Serviços alternativos	Homeopatia Fitofármacos Ervas medicinais	Acupuntura		
2001		Fitoterápicos			
2004	Terapias alternativas Terapias não convencionais Medicina alternativa Abordagem holística	Fitoterapia Homeopatia Medicamentos homeopáticos e fitoterápicos	Acupuntura		
2005	Práticas complementares Medicina natural	Fitoterapia Medicações homeopáticas			
2007	Práticas de saúde complementares Medicina preventiva e alternativa	Fitoterapia Homeopatia	Acupuntura	Termalismo	

QUADRO 2 – TERMOS RELACIONADOS ÀS PIC NAS CONFERÊNCIAS ESTADUAIS DE SAÚDE DO PARANÁ (1992 E 2015) - CONCLUSÃO

2009	Medicina preventiva e alternativa	Fitoterapia			
2011	Técnicas alternativas		Acupuntura		
2015	Práticas Integrativas e Complementares	Homeopatia	Acupuntura		Práticas corporais

QUADRO 2 – TERMOS RELACIONADOS ÀS PIC NAS CONFERÊNCIAS ESTADUAIS DE SAÚDE DO PARANÁ (1992 E 2015)

FONTE: O autor (2017).

É notável o aparecimento constante de variada nomenclatura relacionada aos próprios sistemas, terapêuticas e práticas tradicionais e complementares, em quase todas as conferências estaduais, com exceção da 5ª conferência estadual de saúde (CES), de 2001, que faz referência ao universo das PICs apenas uma vez, utilizando o termo *fitoterápicos*. Das 11 CES analisadas, 6 citam o termo *acupuntura* e todas fazem alusão à *homeopatia* e *fitoterapia*, a maioria utilizando estes mesmos termos. Há apenas uma menção ao *termalismo*, na 8ª CES de 2007, e a PNPIC é lembrada em três das quatro conferências realizadas após sua publicação.

Destaque para o aparecimento da terminologia *práticas integrativas e complementares (PIC)* na última CES, em 2015.

QUADRO 3 – TERMOS RELACIONADOS ÀS PIC NAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE CURITIBA (2005 E 2015) - CONTINUA

	Práticas Integrativas e Complementares (PIC)	Homeopatia / Fitoterapia	Acupuntura	Termalismo / Crenoterapia	Outros termos
2006	Práticas complementares Medicinas naturais	Homeopatia Fitoterapia			

QUADRO 3 – TERMOS RELACIONADOS ÀS PIC NAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE CURITIBA (2005 E 2015) - CONCLUSÃO

2007	Práticas complementares Medicinas naturais	Fitoterapia			
2009	Práticas integrativas e complementares				
2011	Terapias alternativas		Acupuntura		Terapias corporais
2013	Práticas integrativas e alternativas Terapias alternativas	Medicamentos homeopáticos e fitoterápicos	Acupuntura		
2015	Práticas integrativas e alternativas Terapias integrativas, alternativas e complementares	Fitoterápicos Homeopáticos Plantas medicinais	Acupuntura		

QUADRO 3 – TERMOS RELACIONADOS ÀS PIC NAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE CURITIBA (2005 E 2015)

FONTE: O autor (2017).

A menção aos próprios sistemas e práticas alternativos é unânime entre todas as Conferências Municipais de Saúde (CMS) analisadas, com destaque para o termo *terapias alternativas*, que aparece em metade das conferências, e *práticas integrativas e complementares* em 2009. *Homeopatia* e *fitoterapia* também são lembrados, nestes mesmos termos e também como *medicamentos homeopáticos e fitoterápicos*. A *acupuntura* é citada em 3 das 6 CMS estudadas, e há uma citação em 2011 de *práticas corporais*. Nenhuma citação relacionada ao termalismo / crenoterapia foi feita na esfera municipal.

A TABELA 1 sumariza o número de vezes em que termos relacionados às PICs aparecem nos relatórios finais das conferências estaduais e municipais:

TABELA 1 - NÚMERO DE VEZES EM QUE TERMOS RELACIONADOS ÀS PICS APARECEM NO MUNICÍPIO E NO ESTADO

	Conferências Estaduais (1992-2015)	Conferências Municipais (2006-2015)	TOTAL = 95	% do total
Práticas Integrativas e Complementares (PIC)	21	18	39	41
Homeopatia	11	2	13	13,6
Fitoterapia	21	4	25	26,3
Acupuntura	8	5	13	13,6
Termalismo / Crenoterapia	2	-	2	2,1
Outros termos	2	1	3	3,1

FONTE: O autor (2017).

Considerando o período de tempo analisado, onze conferências estaduais em 23 anos e seis conferências municipais em 9 anos, o número de vezes em que as PICs foram citadas é pouco significativo. Do total de 95 vezes em que as PICs foram mencionadas em todas as conferências analisadas, 41% foram citações às próprias PICs e 26,3% à fitoterapia. Ambas acupuntura e homeopatia representam 13,6% cada, e o termalismo / crenoterapia junto com outros termos atestam por menos de 6% das citações.

Além de as citações se apresentarem com pequena frequência, alguns grupos quase não foram citados; o que sugere certa alienação dos conselhos de saúde no que diz respeito às outras racionalidades médicas e às PICs, o que por sua vez reforça a necessidade de se divulgar esses conhecimentos, no cumprimento do papel pedagógico de educação política das conferências de saúde (REBOLI&KRUGER, 2013).

Entre as citações feitas, fica evidente a predileção pelos termos relacionados à homeopatia e fitoterapia, seguidos pela acupuntura. Essa observação corrobora com as preferências mundiais retratadas por Frass *et al* (2012), que classifica a homeopatia, a acupuntura, a quiropraxia e a fitoterapia como as práticas alternativas mais procuradas no mundo ocidental.

3.1.2 ANÁLISE DO NÚMERO DE PROPOSTAS

Na TABELA 2, constam o número total de propostas / deliberações aprovadas; o número de propostas / deliberações aprovadas relacionadas às PICs; e a porcentagem gerada a partir dessa relação, por conferência estadual de saúde. Na TABELA 3, os mesmos dados por conferência municipal:

TABELA 2 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE DELIBERAÇÕES PIC POR CES

Conferências Estaduais	Ano	Nº total de Deliberações	Nº de Deliberações PIC	% Deliberações PIC
1ª CES	1992	249	1	0,49
2ª CES	1995	136	4	2,94
3ª CES	1997	283	2	0,7
4ª CES	1999	332	2	0,6
5ª CES	2001	302	1	0,33
6ª CES	2004	836	11	1,31
7ª CES	2005	321	2	0,62
8ª CES	2007	590	3	0,5
9ª CES	2009	273	3	1,09
10ª CES	2011	623	1	0,16
11ª CES	2015	398	2	0,5
MÉDIA		394,8	2,9	0,84
TOTAL		4.343	32	0,73

FONTE: O autor (2017).

Como visto anteriormente no QUADRO 2, menções às PIC estão presentes em todas as CES do Paraná. Em geral, a oscilação no número de deliberações PIC se mantém constante, variando entre uma a três propostas aprovadas por conferência, em média. Cabe aqui um destaque à 6ª CES, onde extraordinariamente foram aprovadas onze deliberações relacionadas às PIC. Por outro lado, em meio ao total

das 836 deliberações feitas na 6ª CES, 11 representa pouca ou nenhuma significância, 1,31%.

Dessa forma, a porcentagem de deliberações PIC por CES permanece relativamente constante, pela maior parte do tempo abaixo de 1%.

TABELA 3 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE DELIBERAÇÕES PIC POR CMS

Conferências Municipais	Ano	Nº total de Deliberações	Nº Deliberações PIC	% Deliberações PIC
8ª CMS	2005	596	3	0,5
9ª CMS	2007	829	2	0,24
10ª CMS	2009	390	1	0,25
11ª CMS	2011	403	2	0,49
12ª CMS	2013	331	8	2,41
13ª CMS	2015	246	4	1,62
MÉDIA		465,8	6,3	0,91
TOTAL		2.795	20	0,71

FONTE: O autor (2017).

Apesar de presentes em todas as conferências municipais de saúde analisadas, menções às PICs nas deliberações representam apenas 0,71% de todas as deliberações feitas. Com exceção das duas últimas conferências, com 2,41% e 1,62%, a porcentagem de deliberações PIC permanece abaixo de 1%.

A análise quantitativa das citações e deliberações PIC, tanto na esfera estadual quanto municipal, sugere uma negligência ou uma falta de conhecimento relativos às PIC por parte dos gestores, profissionais da saúde e participantes das conferências de saúde em geral (THIAGO&TESSER, 2010).

Frente aos incentivos da OMS em duas estratégias globais para incorporação das PIC aos sistemas de saúde (WHO, 2002; 2013), e após 10 anos da publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, pode-se dizer que o processo de implementação e institucionalização das PICs nas políticas estaduais de saúde do Paraná e municipais de Curitiba tem se mostrado limitado e insuficiente.

3.1.3 ANÁLISE QUALITATIVA DAS PROPOSTAS

Seguem abaixo os QUADROS 4 e 5, contendo a descrição detalhada de cada proposta / deliberação PIC por conferência estadual e municipal, respectivamente, apresentadas de acordo com a ordem e divisão em que aparecem nos relatórios finais.

QUADRO 4 – DESCRIÇÃO DAS DELIBERAÇÕES PIC POR CES - CONTINUA

CONFERÊNCIA / TEMA	EIXO	DELIBERAÇÕES / PROPOSTAS APROVADAS
1ª CES	II. Implantação do Sistema Único de Saúde	VII. [...]. Deverão ser organizadas abordagens específicas visando atender as áreas de: saúde do trabalhador, saúde mental, saúde bucal, saúde do escolar e saúde do deficiente. Deverão ser utilizadas as terapias alternativas de valor comprovado junto às áreas adequadas.
2ª CES	Participação da Sociedade	7. Desenvolver gestões com outras instituições com a finalidade de compatibilizar as políticas públicas nas áreas que afetam a saúde, como por exemplo o saneamento e abastecimento alimentar; educação e terapias alternativas.
	Política de Medicamentos	5. [...]. Fazer investimentos na infraestrutura dos laboratórios estaduais de produção de medicamentos e insumos, com vistas ao aumento e diversificação da produção, inclusive de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, [...]. 11. Formar Comissão Institucional que estimule o uso de meios terapêuticos naturais no serviço público, procurando inclusive articular experiências já existentes nos diversos municípios. A SESA deverá promover ações que estimulem o emprego de meios naturais de tratamento (fitoterapia, homeopatia, acupuntura), incluindo pesquisas, produção, educação e distribuição desses elementos terapêuticos.
	Política de Recursos Humanos	2. [...] Apoio da SESA na formação de recursos humanos e estratégias de operacionalização de políticas municipais com inserção de práticas alternativas como a medicina naturalista, saúde da família, agentes comunitários de saúde, entre outros. [...].

QUADRO 4 – DESCRIÇÃO DAS DELIBERAÇÕES PIC POR CES – CONTINUAÇÃO

3ª CES	Organização dos serviços de saúde: equilíbrio entre prevenção, tratamento e controle das doenças	<p>- Aprovar a incorporação dos fitoterápicos, devidamente estudados, com margem de custo / benefício / risco favoráveis e passíveis de registro no Ministério da Saúde / Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, ao elenco do programa “Farmácia Básica Paranaense”.</p> <p>- Apoiar a ampliação de utilização das terapias não convencionais como homeopatia, fitoterapia, acupuntura e quiropraxia, [...].</p>
4ª CES	Sistema Único de Saúde	44. Que se garanta continuidade dos 96 itens da cesta básica de medicamentos, principalmente os remédios de controle de doenças crônicas, além de estimular e viabilizar o uso de fitofármacos na rede.
	Saúde e Cidadania	11. Estimular a implantação no âmbito do SUS, serviços alternativos como homeopatia, ervas medicinais e farmácias comunitárias desde que devidamente reconhecidas.
5ª CES – 10 ANOS DE SUS: ANÁLISE E PERSPECTIVAS NA VISÃO DO CONTROLE SOCIAL	Sistema Único de Saúde: Vigilância Sanitária	175. Ter um incentivo da Secretaria de Estado da Saúde para que os municípios implantem farmácias fitoterápicas.
6ª CES – A SAÚDE QUE TEMOS - O SUS QUE QUEREMOS	V. A organização da atenção à saúde	<p>93. Abordar a menopausa de forma holística, ou seja, cuidando do ser humano como um todo, nos aspectos físico, emocional, energético e mental, buscando equilibrar o organismo para restabelecer a saúde, utilizando também terapias não convencionais, por exemplo a fitoterapia.</p> <p>110. Implantar farmácias de manipulação, fitoterapia e homeopatia no SUS.</p> <p>122. Criar um fórum qualificado de debates para deliberar sobre projetos de medicina alternativa a ser utilizado no sistema de saúde (fitoterapia, acupuntura, homeopatia, etc.).</p> <p>197. Criar um projeto de extensão que garanta desde o cultivo até a produção dos medicamentos fitoterápicos estabelecendo convênios com a Universidade Estadual de Londrina e a Embrapa.</p> <p>249. Inserir a acupuntura como recurso a ser utilizado na Saúde do Estado, desde que o profissional tenha especialização de referência reconhecida pelo órgão de classe com no mínimo 1.200 horas.</p>

QUADRO 4 – DESCRIÇÃO DAS DELIBERAÇÕES PIC POR CES – CONTINUAÇÃO

	VI. As três esferas de governo e a construção do SUS	48. Padronizar e normatizar, de forma participativa que garanta o princípio da precaução, as ações das vigilâncias nas três esferas de governo, principalmente em relação a assuntos não regulamentados (ex.; transgênicos, resíduos químicos, terapias alternativas).
	VIII. Ciência e tecnologia e a saúde	16. Implementar uma política de utilização de fitoterápicos na rede pública, vinculada ao SUS, em todo o Estado do Paraná. Essa política deverá contemplar a regionalização da produção, processamento, armazenagem e distribuição dos fitoterápicos, bem como a capacitação de profissionais de saúde e da população em geral em relação à fitoterapia. 17. Criar lista de fitoterápicos para atendimento na rede básica de saúde com protocolos adequados. 18. Estimular a utilização da fitoterapia na saúde da família.
	IX. O financiamento do SUS	28. Incluir na tabela de procedimentos do SUS as atividades de produção de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, e orientação aos usuários pelo farmacêutico.
	X. Informação e comunicação em saúde	3. Elaborar folhetos de orientação, questionários, palestras, entrevistas e debates na área da saúde, junto à população, sobre o uso correto de medicamentos incluindo os fitoterápicos.
7ª CES	Deliberações	84. Incorporar ao SUS o exercício de práticas saudáveis de medicina natural e práticas complementares que contribuam para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. 279. Manter em normal funcionamento as farmácias com exclusiva manipulação de medicações homeopáticas, com maior esclarecimento à população sobre as mesmas.
8ª CES - SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: POLÍTICAS DE ESTADO E DESENVOLVIMENTO	Tema 3: Políticas de Estado na assistência à saúde e acesso ao SUS	104. Proporcionar a implementação da Portaria MS 971, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, que recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, a implantação e implementação das ações e serviços relativos à acupuntura, homeopatia, fitoterapia e termalismo.

QUADRO 4 – DESCRIÇÃO DAS DELIBERAÇÕES PIC POR CES - CONCLUSÃO

	Tema 7: Políticas de estado nas questões de agenda de saúde, auditoria interna e regulação, financiamento e orçamento fundo estadual de saúde, pacto de gestão, planos de saúde, prestação de contas, relatório de gestão e SIOPS	302. Priorizar maior investimento do governo em medicina preventiva e alternativa.
	Tema 11: Políticas de Estado na Saúde da Mulher	506. Incluir a fitoterapia e outras práticas de saúde complementares (acupuntura, homeopatia e termalismo social) na atenção básica a saúde ampliando as opções terapêuticas conforme prevista na portaria nº. 971/06 do Ministério da Saúde e Decreto Presidencial nº. 5813/06.
9ª CES - AO SUS O QUE É DO SUS: RESGATANDO O IDEÁRIO DA REFORMA SANITÁRIA	Subtema: Organização da Assistência	30. Implantar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS conforme portarias ministeriais específicas. 144. Desenvolver uma política de medicina preventiva e alternativa em todo o Estado, fazendo esforço conjunto com gestores municipais no sentido de envolver a comunidade em geral. 253. Incentivar programas de fitoterapia na atenção básica de saúde nos municípios do estado do Paraná.
10ª CES – CONSTRUINDO AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO PARANÁ	Deliberações	179. Viabilização de técnicas alternativas e não experimentais a exemplo da acupuntura, regulamentadas pelo Conselho Federal de Medicina pelo SUS.
11ª CES - SAÚDE PÚBLICA DE QUALIDADE PARA OS PARANAENSES	1. Consolidação das Redes de Atenção à Saúde no Paraná	144. Garantir outras ofertas terapêuticas, como as práticas alternativas e complementares (homeopatia, acupuntura, entre outras) e as práticas corporais.
	3. Participação do Cidadão na Promoção da sua Saúde	202. Realizar capacitação para o autocuidado dos pacientes com incapacidades e doenças degenerativas, conforme prevê a Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares do SUS.

QUADRO 4 – DESCRIÇÃO DAS DELIBERAÇÕES PIC POR CES

FONTE: O autor (2017).

QUADRO 5 – DESCRIÇÃO DAS DELIBERAÇÕES PIC POR CMS - CONTINUA

CONFERÊNCIA / TEMA	EIXO	DELIBERAÇÕES / PROPOSTAS APROVADAS
8ª CMS – A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA CONSTRUÇÃO DE UM VIVER SAUDÁVEL	II. Melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde	Subtítulo: Gestão de outros pontos de atenção 162. Enviar a tese de contribuição [...] Associação de Farmacêuticos Homeopatas do Paraná para Conferência Estadual de Saúde.

QUADRO 5 – DESCRIÇÃO DAS DELIBERAÇÕES PIC POR CMS – CONTINUAÇÃO

	III. Gestão dos problemas de saúde – controle de patologias crônicas	<p>Subtítulo: Tuberculose</p> <p>289. Em face da complexidade dos problemas de saúde da população, e a dificuldade da medicina tradicional em atendê-los e resolvê-los, gostaríamos de garantir a continuação e a implementação do Programa de Fitoterapia da SMS, como uma ação alternativa na atenção à saúde da população, incluindo a participação de pessoas vivendo com HIV e Aids.</p> <p>Subtítulo: Saúde do idoso</p> <p>337. Estimular a incorporação de práticas saudáveis e acesso às medicinas naturais e práticas complementares pela população de forma a prevenir as doenças próprias do envelhecimento.</p>
9ª CMS – SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: POLÍTICA DE ESTADO E DESENVOLVIMENTO	IV. Gestão dos problemas de saúde – controle de patologias crônicas / saúde do idoso	<p>339. Em face da complexidade dos problemas de saúde da população, e a dificuldade da medicina tradicional em atendê-los e resolvê-los, garantir a continuação e a implementação do Programa de Fitoterapia da SMS, como uma ação alternativa na atenção à saúde da população, incluindo a participação de pessoas vivendo com HIV e Aids.</p> <p>438. Estimular a incorporação de práticas saudáveis e acesso às medicinas naturais e práticas complementares pela população de forma prevenir as doenças próprias do envelhecimento.</p>
10ª CMS – REDE DE CUIDADOS: 20 ANOS DO SUS CURITIBA	VII. Promoção da saúde e ambientes saudáveis, mobilidade urbana, prevenção de violências e cultura da paz	279. Implementar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do SUS em Curitiba.
11ª CMS – SUS – PATRIMÔNIO DO POVO BRASILEIRO	I. Atenção à saúde: atenção primária, especializada e urgência e emergência	7. Ampliar as Especialidades dos CEOS (Centro de Especialidade Odontológica), incluindo a Ortodontia e Ortopedia funcional dos maxilares para tratamento de má oclusão na infância, adolescente e adulto e da Acupuntura em Odontologia para tratamento de Disfunção Temporomandibular e Dor orofacial em consonância com o Programa Brasil Sorridente.
	IV. Atenção à saúde do adulto, do homem e do idoso, com ênfase em hipertensão arterial, diabetes melitus cânceres e DST/AIDS	220. Sensibilizar os homens de nossa comunidade a participar das atividades de promoção, prevenção e tratamento de saúde propondo ações em redes sociais incluindo: grupos de convivência, terapias alternativas, terapias corporais e saúde bucal monitorados por profissionais qualificados que desta maneira visem maior adesão aos programas de saúde e oportunizar um horário de atendimento de forma a favorecer o comparecimento da população masculina.

QUADRO 5 – DESCRIÇÃO DAS DELIBERAÇÕES PIC POR CMS - CONTINUAÇÃO

<p>12ª CMS – A CONSTRUÇÃO DA GESTÃO COMPARTILHADA NO SUS DE CURITIBA</p>	<p>I. Atenção Primária a Saúde – porta de entrada e ordenadora do sistema</p>	<p>33. Planejamento de ações com participação das Vigilâncias, APS e usuários (controle social) com enfoque no risco, através de mapeamento e identificação das necessidades acerca da prevenção e promoção à saúde, e assistência à saúde, contemplando práticas integrativas e alternativas, junto a todos os segmentos e principalmente junto aos usuários, implantando políticas que permitam a viabilidade do atendimento das demandas no que diz respeito à implementação e ampliação de equipes multidisciplinares e das práticas integrativas e alternativas que contemplem as necessidades identificadas.</p>
	<p>III. Redes assistenciais – atenção especializada, urgência e emergência</p>	<p>103. Ratifica: Ampliar as Especialidades dos CEOS (Centro de Especialidade Odontológica), incluindo a Ortodontia e Ortopedia funcional dos maxilares para tratamento de Má Oclusão na infância, adolescente e adulto e da Acupuntura em odontologia para tratamento de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, já aprovado na Conferência Municipal anterior.</p> <p>142. Criação de um Centro Multiprofissional para atendimento integral e exclusivo as pessoas com deficiência. Equipe composta por dentista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, assistente social, terapeuta ocupacional, terapias alternativas e demais profissionais, tendo parceria com os NASF das unidades básicas. Dentro do Centro Multiprofissional, adotar um modelo com atenção especializada nas diferentes deficiências e de acordo com a Lei Federal nº. 12764 de 27/12/12 e a Lei Estadual nº. 1755 de 30 de abril de 2013.</p> <p>143. Disponibilizar à população o acesso aos serviços públicos que ofereçam tratamentos odontológicos reabilitadores (próteses parciais / fixas, implantes), para a disfunção temporomandibular (associado à acupuntura), para problemas de oclusão (ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia) e atendimento hospitalar quando necessário.</p>

QUADRO 5 – DESCRIÇÃO DAS DELIBERAÇÕES PIC POR CMS – CONCLUSÃO

	VI. Novas tecnologias em saúde – assistência farmacêutica, laboratorial e práticas integrativas	<p>209. Atualizar a relação dos itens que compõem a Farmácia Curitibana de acordo com os protocolos clínicos adotados pela SMS, inclusive com a incorporação de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos.</p> <p>210. Implantar a Política Nacional de Práticas Integrativas em todos os níveis de atenção com ênfase na APS, considerando a premissa de que seu desenvolvimento seja em caráter multiprofissional para as categorias profissional presentes no SUS, em consonância com o nível de atenção.</p> <p>211. Priorizar os profissionais da rede com título de especialização para atuação nas práticas integrativas, garantindo a multiprofissionalidade conforme premissa da Política Nacional de Práticas Integrativas, qualificando os demais profissionais da rede para viabilizar a implantação destes serviços.</p> <p>212. Ampliar a inserção dos códigos existentes na tabela SIA/SUS para registro e financiamento dos procedimentos relativos a cada Prática Integrativa para as categorias profissionais regulamentadas conforme descrito na Política Nacional de Práticas Integrativas.</p>
13ª CMS – SAÚDE PÚBLICA DE QUALIDADE PARA CUIDAR BEM DAS PESSOAS: AVANÇOS E DESAFIOS NO SUS CURITIBA	II. Redes de Atenção à Saúde – linhas de cuidado e atenção especializada	59. Implantar novos serviços odontológicos nos CEO como prótese parcial removível, acupuntura e ortodontia funcional dos maxilares.
	V. Promoção à Saúde – sustentabilidade e qualidade de vida	107. Intensificar as atividades dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde [...] implantando as terapias integrativas e complementares, com o apoio irrestrito da SMS.
	VI. Novas tecnologias em saúde – assistência farmacêutica, laboratorial e práticas integrativas	<p>131. A SMS deverá realizar um estudo para a implantação de plantas medicinais e fitoterápicos nas US, considerando a disponibilidade de insumos e recursos, capacitação dos profissionais e orientação dos usuários e pacientes, além de realizar parcerias com outros órgãos.</p> <p>132. Incluir acupuntura e outras práticas integrativas na carteira de serviços das APS, efetivando a oferta destas modalidades de terapias complementares nas Unidades de Saúde, priorizando o direcionamento dos profissionais da rede com esta formação para tal atuação (conforme previsto na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS).</p>

QUADRO 5 – DESCRIÇÃO DAS DELIBERAÇÕES PIC POR CMS

FONTE: O autor (2017).

No que diz respeito à natureza das propostas aprovadas, algumas observações são feitas. Grande parte das propostas, tanto da esfera estadual quanto municipal, utilizam-se de verbos como *apoiar* e *estimular*, de caráter inconsistente e evasivo, que não envolvem planejamento, aprovação ou monitoração. Um outro grupo de verbos, tais como *implantar*, *inserir* e *implementar*, indica que os processos de institucionalização e disponibilização das PICs ainda estão em suas etapas iniciais.

Outra observação pertinente, as propostas se repetem ao longo das conferências; reforçando a ideia de que o processo de institucionalização está ocorrendo muito lentamente, e o que foi aprovado não se consolida efetivamente como política de saúde.

As propostas foram agrupadas na TABELA 4 no QUADRO 6 de acordo com as categorias pré-definidas, que além de indicarem os obstáculos à efetiva inserção das PICs na política de saúde, indicam potenciais de planejamento estratégico para tal. Essa categorização permite investigar se as propostas PIC aprovadas têm agido em convergência com os obstáculos e necessidades do processo de institucionalização.

A TABELA 4 mostra o número de propostas aprovadas dentro de cada categoria, na esfera estadual e municipal.

TABELA 4 – NÚMERO DE PROPOSTAS PIC DENTRO DAS CATEGORIAS SELECIONADAS NAS CONFERÊNCIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS

	CONFERÊNCIAS ESTADUAIS DE SAÚDE (1992-2015)	CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (2006-2015)
CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL	1	2
INFRA ESTRUTURA FÍSICA / INSUMOS	6	1
FINANCIAMENTO	2	1
DIVULGAÇÃO / INCENTIVO À PESQUISA	4	1
MISTAS	2	1

FONTE O autor (2017).

Abaixo estão listadas as propostas referentes a cada categoria, numeradas de acordo com o número da conferência e da esfera governamental a qual pertencem:

CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

2ª CES. [...] Apoio da SESA na formação de recursos humanos e estratégias de operacionalização de políticas municipais com inserção de práticas alternativas como a medicina naturalista, saúde da família, agentes comunitários de saúde, entre outros. [...].

8ª CMS. Enviar a tese de contribuição do CRF-PR, Associação dos Farmacêuticos de Curitiba e Região e Associação de Farmacêuticos Homeopatas do Paraná para Conferência Estadual de Saúde.

12ª CMS. Priorizar os profissionais da rede com título de especialização para atuação nas práticas integrativas, garantindo a multiprofissionalidade conforme premissa da Política Nacional de Práticas Integrativas, qualificando os demais profissionais da rede para viabilizar a implantação destes serviços.

INFRA ESTRUTURA FÍSICA / INSUMOS

2ª CES. [...]. Fazer investimentos na infraestrutura dos laboratórios estaduais de produção de medicamentos e insumos, com vistas ao aumento e diversificação da produção, inclusive de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, [...].

3ª CES. Aprovar a incorporação dos fitoterápicos, devidamente estudados, com margem de custo / benefício / risco favoráveis e passíveis de registro no Ministério da Saúde / Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, ao elenco do programa "Farmácia Básica Paranaense".

4ª CES. Que se garanta continuidade dos 96 itens da cesta básica de medicamentos, principalmente os remédios de controle de doenças crônicas, além de estimular e viabilizar o uso de fitofármacos na rede.

6ª CES. Implantar farmácias de manipulação, fitoterapia e homeopatia no SUS.

6ª CES. Criar um projeto de extensão que garanta desde o cultivo até a produção dos medicamentos fitoterápicos estabelecendo convênios com a Universidade Estadual de

7ª CES. Manter em normal funcionamento as farmácias com exclusiva manipulação de medicações homeopáticas, com maior esclarecimento à população sobre as mesmas.

12ª CMS. Atualizar a relação dos itens que compõem a Farmácia Curitibaana de acordo com os protocolos clínicos adotados pela SMS, inclusive com a incorporação de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos.

FINANCIAMENTO

2ª CES. [...]. Fazer investimentos na infraestrutura dos laboratórios estaduais de produção de medicamentos e insumos, com vistas ao aumento e diversificação da produção, inclusive de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, [...].

8ª CES Priorizar maior investimento do governo em medicina preventiva e alternativa,

12ª CMS. Ampliar a inserção dos códigos existentes na tabela SIA/SUS para registro e financiamento dos procedimentos relativos a cada Prática Integrativa para as categorias profissionais regulamentadas conforme descrito na Política Nacional de Práticas Integrativas.

DIVULGAÇÃO / INCENTIVO À PESQUISA

2ª CES. Formar Comissão Institucional que estimule o uso de meios terapêuticos naturais no serviço público, procurando inclusive articular experiências já existentes nos diversos municípios. A SESA deverá promover ações que estimulem o emprego de meios naturais de tratamento (fitoterapia, homeopatia, acupuntura), incluindo pesquisas, produção, educação e distribuição desses elementos terapêuticos.

6ª CES. Incluir na tabela de procedimentos do SUS as atividades de produção de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, e orientação aos usuários pelo farmacêutico.

6ª CES. Elaborar folhetos de orientação, questionários, palestras, entrevistas e debates na área da saúde, junto à população, sobre o uso correto de medicamentos incluindo os fitoterápicos.

9ª CES. Desenvolver uma política de medicina preventiva e alternativa em todo o Estado, fazendo esforço conjunto com gestores municipais no sentido de envolver a comunidade em geral.

11ª CMS. Sensibilizar os homens de nossa comunidade a participar das atividades de promoção, prevenção e tratamento de saúde propondo ações em redes sociais incluindo: grupos de convivência, terapias alternativas, terapias corporais e saúde bucal monitorados por profissionais qualificados que desta maneira visem maior adesão aos programas de saúde e oportunizar um horário de atendimento de forma a favorecer o comparecimento da população masculina.

MISTAS

6ª CES. Implementar uma política de utilização de fitoterápicos na rede pública, vinculada ao SUS, em todo o Estado do Paraná. Essa política deverá contemplar a regionalização da produção, processamento, armazenagem e distribuição dos fitoterápicos, bem como a capacitação de profissionais de saúde e da população em geral em relação à fitoterapia.

6ª CES. Incluir na tabela de procedimentos do SUS as atividades de produção de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, e orientação aos usuários pelo farmacêutico.

13ª CMS. A SMS deverá realizar um estudo para a implantação de plantas medicinais e fitoterápicos nas US, considerando a disponibilidade de insumos e recursos, capacitação dos profissionais e orientação dos usuários e pacientes, além de realizar parcerias com outros órgãos.

De um total de 32 deliberações PIC aprovadas nas conferências estaduais de saúde do Paraná, entre 1992 e 2015, 15 se encaixam dentro das categorias selecionadas. Das 20 deliberações PIC aprovadas nas conferências municipais de Curitiba, entre 2006 e 2015, apenas 6 estão categorizadas. Menos de metade das poucas propostas PIC aprovadas atuam dentro das áreas necessárias ao arcabouço básico da efetiva operacionalização de implantação das PICs.

As propostas com temática PIC aprovadas nas conferências de saúde do estado do Paraná (1992-2015) e do município de Curitiba (2006-2015) são em grande parte vastas e evasivas, representam os processos iniciais de inserção da PNPIC, são repetitivas e não se direcionam às necessidades básicas ao funcionamento e disponibilização das PICs à população usuária do SUS.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se dizer que a saúde nos países ocidentais vive hoje um período conflitante, em que paradigmas, ideais e necessidades humanas chocam-se em busca de resolução para os problemas de saúde atuais. Diferenças culturais e contextos históricos desempenham um papel importante na determinação desses cenários.

Salvos todos os esforços já feitos para se integrar as diferentes dimensões que compõem os seres humanos e o processo saúde-doença ao cuidado em saúde, através da implementação das PICs no SUS, fatores limitantes, como resistência cultural, falta de investimento e infraestrutura, insistem em atrasar o processo. No intuito de conhecer melhor as vias pelas quais essa integração vem acontecendo no estado do Paraná e no município de Curitiba, foram analisados os relatórios finais das conferências de saúde estaduais e municipais, em busca de propostas relacionadas às PIC.

É possível afirmar, através das análises quali-quantitativa dos relatórios finais, que o processo de institucionalização das PIC no SUS no estado do Paraná e no município de Curitiba opera em termos de negligência e periferização. Além do número de propostas e deliberações PIC ser pouco significativo, o poder de efetividade institucional das mesmas é questionável, visto que o mesmo conteúdo se repete ao longo das conferências, indicando não operacionalização das diretrizes ali descritas. Além disso, menos da metade das propostas aprovadas é orientada pelos potenciais de planejamento estratégico, como a capacitação profissional e o financiamento de insumos, pesquisa e outros.

Frente ao cenário de choque entre as necessidades de integralização da saúde e os desafios encontrados, reforça-se a obrigação de incentivar os diálogos entre os paradigmas que embasam as racionalidades médicas, de identificar e conhecer os processos de institucionalização das PIC no Brasil, e de divulgar e incentivar a pesquisa na área dos diferentes conhecimentos e racionalidades relativos à saúde, a fim de pluralizar e humanizar o cuidado, e torna-lo apto a superar os desafios impostos pela vida moderna.

REFERÊNCIAS

BARROS, N. F. *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(12):3066-3069, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília: CONASS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde (CNS)**. Resolução Nacional nº 333, 2003.

_____. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)**.

_____. Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diário da União (DOU)** de 13/01/2017, nº 10, Seção 1, p. 32.

_____. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário da União (DOU)** de 28/03/2017, nº 60, Seção 1, p. 68.

_____. **Relatório Final da 1ª CES**. In Conferência Estadual de Saúde, 1., 1992, Paraná.

_____. **Relatório Final da 2ª CES**. In Conferência Estadual de Saúde, 2., 1995, Paraná.

_____. **Relatório Final da 3ª CES**. In Conferência Estadual de Saúde, 3., 1997, Paraná.

_____. **Relatório Final da 4ª CES**. In Conferência Estadual de Saúde, 4., 1999, Paraná.

_____. **Relatório Final da 5ª CES**. In Conferência Estadual de Saúde, 5., 2001, Paraná.

_____. **Relatório Final da 6ª CES**. In Conferência Estadual de Saúde, 6., 2004, Paraná.

_____. **Relatório Final da 7ª CES.** In Conferência Estadual de Saúde, 7., 2005, Paraná.

_____. **Relatório Final da 8ª CES.** In Conferência Estadual de Saúde, 8., 2007, Paraná.

_____. **Relatório Final da 9ª CES.** In Conferência Estadual de Saúde, 9., 2009, Paraná.

_____. **Relatório Final da 10ª CES.** In Conferência Estadual de Saúde, 10., 2011, Paraná.

_____. **Relatório Final da 11ª CES.** In Conferência Estadual de Saúde, 11., 2015, Paraná.

_____. **Relatório Final da 8ª CMS.** In Conferência Municipal de Saúde, 8., 2005, Curitiba.

_____. **Relatório Final da 9ª CMS.** In Conferência Municipal de Saúde, 9., 2007, Curitiba.

_____. **Relatório Final da 10ª CMS.** In Conferência Municipal de Saúde, 10., 2009, Curitiba.

_____. **Relatório Final da 11ª CMS.** In Conferência Municipal de Saúde, 11., 2011, Curitiba.

_____. **Relatório Final da 12ª CMS.** In Conferência Municipal de Saúde, 12., 2013, Curitiba.

_____. **Relatório Final da 13ª CMS.** In Conferência Municipal de Saúde, 12., 2015, Curitiba.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta dos Cebes.** São Paulo: Lemos, 1997.

CONTATORE, O. A. *et al.* Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3263-3273, out. 2015.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). Práticas Integrativas e Complementares. **Portal da Saúde.** Brasília, 2012 em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php. Acesso: 28 nov. 2016.

ERNST, E. *et al.* **Oxford Handbook of Complementary Medicine.** Oxford: Oxford University Press, 2008.

FRASS, M. *et al.* Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review. **The Oschner Journal**. Vienna, v. 12, n. 1, p. 45-56, Spring 2012.

FRENKEL, M. A.; BORKAN, J. M. An approach for integrating complementary–alternative medicine into primary care. **Family Practice**. Oxford, v. 20, n. 3, p. 324-332, jan. 2003.

GUIZARDI, F. L. *et al.* Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):15- 39, 2004.

HABIMORAD, Pedro Henrique Leonetti. **Práticas integrativas e complementares no SUS: revisão integrativa**. 2015. 88 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/139384>>.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4a Ed. São Paulo: Editora Nova Fronteira;1981.

ISCHKANIAN, P. C.; PELICIONI, M. C. F. Desafios das práticas integrativas e complementares no sus visando a promoção da saúde. **Rev. Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 233-238, dez. 2011.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento): 145- 176, 2005.

MARQUES, L. A. M. *et al.* Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população são-joanense. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 663-674, 2011.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à administração**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MONTEIRO, M. M. S. **Práticas Integrativas e Complementares no Brasil – Revisão Sistemática**. Monografia (Curso de Especialização) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I.; LUZ, M. T. Produção Científica em Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 13-21, 2º SEM 2012.

NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I. Concepções de natureza, paradigmas em saúde e racionalidades médicas. **Forum Sociológico** [Online], 24 | 2014. Seção: Circulação de saberes e desafios em saúde. Disponível em: <<http://sociologico.revues.org/1084>>. Acesso em 22 de março de 2017.

NATIONAL CENTRE FOR COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE HEALTH (NIH). The Use of Complementary and Alternative Medicine in the United States. Maryland, 2016 em: <https://nccih.nih.gov/research/statistics/2007/camsurvey_fs1.htm>. Acesso: 27 nov. 2016.

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**, Toronto, 16:134, 2016.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária a saúde: uma necessidade do Sistema único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, set. 2009.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, p. 1801-1811, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300016>. Acesso em: 18 out. 2016.

PAIVA, L. S. **Práticas integrativas e complementares exercidas pelos profissionais de saúde no sistema único de saúde**: uma revisão sistemática sem metanálise. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

PARANAGUÁ, T. T. B. *et al.* As Práticas Integrativas na Estratégia Saúde da Família: Visão dos Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 75-80, dez. 2008.

PING-CHUNG LEUNG (Ed.). **A Comprehensive Guide to Chinese Medicine**. Singapore: World Scientific Publishing Company, 2016.

PENSE SUS. Fiocruz, **Conferências de Saúde**. Curitiba, 2017 em: <<https://pensesus.fiocruz.br/conferencias-de-saude>>. Acesso em 14 junho de 2017.

RANDOW, R. *et al.* Periferização das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: desafios da implantação do lian Gong como prática de promoção à saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 29(Supl): 111-117, 2016.

REBOLI, K. G. & KRUGER, T. R. **Participação e Saúde Mental: as Conferências Nacionais de Saúde Mental**. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, 1., 2013, Santa Catarina.

SALIBA, N. A. *et al.* Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública (RAP)**, Rio de Janeiro 43(6):1369-1378, 2009.

SANTOS, M. C.; TESSER, D. C. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 17, v. 11, p. 3011-3024, 2012.

SANTOS. R. L. *et al.* Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v. 13, n. 4, p. 486-491, 2011.

THIAGO, S. C. S. & TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias Complementares. **Rev Saúde Pública**, 2010.

TELESI, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, mar. 2016.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p. 1732-1742, ago. 2009.

TESSER, C. D. Três considerações sobre a “má medicina”. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.31, p.273-86, 2009.

VALLA, V. V. **Globalização e Saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa**. Em: A saúde nas palavras e nos gestos. Org. Vasconcelos EM. Hucitec, 2001.

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

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