



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TAMIRES PRISCILLA MARQUES FERNANDES

**ANÁLISE DA AGENDA GOVERNAMENTAL SOBRE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS.**

Brasília

2016

TAMIRES PRISCILLA MARQUES FERNANDES

**ANÁLISE DA AGENDA GOVERNAMENTAL SOBRE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Ceilândia da
Universidade de Brasília/UnB como
parte dos requisitos para obtenção do
título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Priscila Almeida Andrade

Brasília

2016

Dedico esse trabalho à minha família pelo grande apoio concedido, aos profissionais de saúde que têm se empenhado na implementação e prestação de serviços com as práticas integrativas complementares e a todos as pessoas que buscam manter e alcançar a saúde e o seu bem estar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me concedido a oportunidade de cursar esta graduação e ter me guiado até aqui.

À minha família por todo o cuidado, auxílio, apoio e incentivo para minha formação além de acadêmica, mas como pessoa.

Muito obrigada à minha orientadora Priscila Andrade por todo conhecimento transmitido, por toda paciência, ajuda e orientação para que esse estudo fosse desenvolvido.

Aos amigos que encontrei nesse percurso de aprendizado no qual pude compartilhar de minhas vivências, questionamentos e críticas. Obrigada a você: Alexandre, Johnathan, Patrícia, Ana Caroline, Paula, Adriana e Carol pelas ajudas, pelas indicações, pelas escutas, pela atenção, pelos sorrisos, pelas trocas de conhecimento e por todo companheirismo, os levarei sempre na memória.

E aos demais professores que proporcionaram atividades e oportunidades para a ampliação do meu saber e aprendizado, obrigada.

“A saúde depende de estarmos em harmonia com
nossa alma.” (Dr. Edward Bach)

RESUMO

Esse estudo aborda as Práticas Integrativas e Complementares (PIC), técnicas terapêuticas que proporcionam prevenção, promoção e recuperação da saúde a partir de mecanismos naturais que contemplam o ser humano em sua totalidade. O objetivo desse estudo consistiu em descrever e analisar a retrospectiva do marco regulatório e das prioridades políticas relacionadas às PIC no SUS no período de 2002 a 2015. O método baseou-se na análise de conteúdo dos instrumentos técnico-políticos diante a fase de formulação da agenda governamental e os resultados consistiram na priorização da fitoterapia sob o reflexo da medicalização, restrição quanto à atuação dos profissionais do SUS nas PIC, negligência de PIC relacionadas às áreas emocionais e psicoespirituais, necessidade de pesquisa e intercâmbio das experiências vivenciadas. A partir do mapeamento e da análise conclui-se que as prioridades das PIC necessitam ser otimizadas quanto aos profissionais por meio de qualificação com formação continuada, cursos, pós-graduações e matérias obrigatórias na grade curricular em PIC, ampliação do quadro de profissionais, quanto as práticas entende-se que precisam ter suas prioridades valorizadas na mesma proporção, que haja inserção de mais PIC na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), divulgação e estímulo além de ter seu objetivo de integralidade retomado.

Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares; Sistema Único de Saúde; agenda governamental; Política pública.

ABSTRACT

This study addresses the Integrative and Complementary Practices (PIC), therapeutic techniques that provide prevention, health promotion and recovery from natural mechanisms that include the human being in its entirety. The aim of this study was to describe and analyze the retrospective of the regulatory framework and policy priorities related to PIC in SUS from 2002 to 2015. The method was based on content analysis of the technical and policy instruments on the formulation phase of government agenda and the results consisted in the prioritization of herbal medicine under the reflection of medicalization, restrictions on the performance of SUS professionals in PIC, PIC of negligence related to the emotional and psycho-spiritual areas, need for research and exchange of experiences lived. From the mapping and analysis it is concluded that the priorities of the PIC need to be optimized as professionals through qualification with continuing education, courses, postgraduate courses and compulsory subjects in the curriculum in PIC, expansion of professional staff, as practices is understood that need to have their priorities valued in the same proportion, there is inclusion of more PIC in the National Integrative and Complementary practices Policy (PNPIC), dissemination and encouragement in addition to its goal of completeness resumed.

Keywords: Integrative and Complementary Practices; Health Unic System; government agenda; Public policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Interação entre ideias, interesses e instituições no processo de formação e revisão da agenda governamental de políticas públicas.....	18
Figura 2. Retrospectiva da inserção das práticas integrativas e complementares em saúde na agenda de prioridades do SUS nas décadas de 1970 e 1980.....	35
Figura 3. Retrospectiva da inserção das práticas integrativas e complementares em saúde na agenda de prioridades do SUS na década de 1990.	36
Figura 4. Retrospectiva da inserção das práticas integrativas e complementares em saúde na agenda de prioridades do SUS a partir de 2002.	37
Figura 5. Retrospectiva da inserção das práticas integrativas e complementares em saúde na agenda de prioridades do SUS de 2003 a 2004.....	38
Figura 6. Retrospectiva da inserção das práticas integrativas e complementares em saúde na agenda de prioridades do SUS de 2004 a 2008.....	39
Figura 7. Marco Regulatório das práticas integrativas e complementares no Brasil de 1980 a 2005.	40
Figura 8. Marco Regulatório das práticas integrativas e complementares no Brasil no ano de 2006.....	42
Figura 9. Marco Regulatório das práticas integrativas e complementares no Brasil no ano de 2008 e 2009	43
Figura 10. Marco Regulatório das práticas integrativas e complementares no Brasil no ano de 2010.	44
Figura 11. Marco Regulatório das práticas integrativas e complementares no Brasil em 2015 e 2016.	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares de Saúde no SUS divulgadas nos instrumentos de políticas lançados de 2002 a 2007.....	46
Quadro 1 - Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares de Saúde no SUS divulgadas nos instrumentos de políticas lançados de 2002 a 2005. (Continuação).....	47
Quadro 2- Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares de Saúde relacionadas ao SUS divulgadas no ano de 2006.....	50
Quadro 2 - Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares de Saúde relacionadas ao SUS divulgadas no ano de 2006. (continuação).....	51
Quadro 3 - Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares de Saúde no SUS expressos nos instrumentos de políticas lançados em 2007 e 2008.....	53
Quadro 4- Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares de Saúde no período de 2009 a 2015.....	55
Quadro 4 - Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares de Saúde no período de 2009 a 2015. (continuação).....	56
Quadro 5- Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares de Saúde no SUS no período de 2014 e 2015.....	59
Quadro 5 - Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares de Saúde no SUS no período de 2014 e 2015. (continuação).....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ANPPS – Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CBO – Código Brasileiro de Ocupações

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CT&I – Ciência, Tecnologia e Inovação

DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

MAC – Medicina Alternativa e Complementar

MT – Medicina Tradicional

MAC/MTC – Medicina Alternativa Complementar/Medicina Tradicional
Complementar

MTC – Medicina Tradicional Chinesa

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NCCAM – Centro Nacional de Medicina Complementar e Alternativa

OMS – Organização Mundial da Saúde

P&D – Pesquisa e Desenvolvimento

PD&I – Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação

PESS – Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde

PIC – Práticas Integrativas e Complementares

PNCTIS – Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

PNMNPCS – Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares de
Saúde.

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA.....	14
3	OBJETIVOS.....	16
4	METODOLOGIA	17
5	REFERENCIAL TEÓRICO	21
5.1	Retrospectiva histórica das práticas médicas.....	21
5.2	Panorama das Principais Técnicas de PIC.....	25
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

1 INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) consistem em abordagens terapêuticas que refletem sistemas médicos antigos de outras culturas sobre o processo de cuidado contínuo, prevenção e recuperação da saúde a partir de mecanismos naturais, constituídos por uma concepção que contempla o ser humano em sua totalidade. Concentram-se na valorização da harmonia que promove o bem-estar, no qual a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como conceito de saúde. Provenientes do oriente e conduzidas ao ocidente, essas abordagens têm ganhado visibilidade e reconhecimento no Brasil por meio da recomendação da OMS e da implementação da PNPIC (BARBOSA et al 2004; SEGRE, FERRAZ, 1997).

O investimento nas PIC implica em desviar o olhar da doença para o doente, substituindo uma ação resultante apenas do uso do medicamento e de exames por um estilo de vida saudável constituído de uma alimentação adequada, exercícios e a busca por práticas terapêuticas, objetivando promover a saúde. Assim, torna-se necessário o diálogo com a promoção da saúde que possui um olhar ampliado sobre o processo de adoecimento. Buss (2000) declara que a Promoção da saúde conceitua o processo saúde-doença como abrangente por considerar os determinantes externos e apresenta como objetivo promover a articulação de saberes técnicos e populares, o estímulo de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados.

Desse modo as prioridades das PIC ao terem foco no bem-estar da pessoa, no equilíbrio e harmonia de sua conjuntura vital e por buscar promover além da restituição da saúde, uma base de vida saudável torna-se relevante a realização de sua análise de modo a conferir como tem sido o seu prosseguimento.

Inicialmente a OMS traz como prioridade a incorporação das PIC - inseridas no contexto da medicina tradicional, alternativa e complementar - nos sistemas nacionais de saúde de seus estados-membro, em seguida questões voltadas à segurança, eficácia, efetividade, qualidade e uso racional dessas práticas consolidadas por meio de regulamentação, fortalecimento e ampliação do conhecimento sobre as PIC e a redução da mortalidade e morbimortalidade com o apoio dessas práticas (WHO, 2002).

Na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) as prioridades precedentes consistiram em estabelecer as práticas na Atenção Primária, melhorar os serviços de saúde, disponibilizar alternativas preventivas e terapêuticas de

modo a ir além dos tratamentos concedidos pelo sistema biomédico vigente, estratégias para a qualificação dos profissionais do SUS sobre as PIC e o estímulo de ações intersetoriais para que a implementação das referidas práticas fosse executada (BRASIL, 2006).

Um dos pontos centrais da problemática consiste na observação da PNPIC, cujas práticas expressas no texto desse documento são consideradas bastantes limitadas quando se sabe que existem diversas outras abordagens que são ofertadas em serviços de saúde, que possuem potencial terapêutico para ajudar a população e que não estão incluídas, divulgadas e estimuladas por legislação. A partir desse conhecimento e das primeiras demandas vinculadas às prioridades descritas, a proposta desse estudo é apresentar o quadro das demais práticas existentes, a diferença do contexto destas para com o sistema biomédico prevalecente, inferindo a importância das PIC e principalmente analisar como tem sido o seguimento das agendas governamentais nacionais e internacionais e quais tem sido as prioridades requeridas até o momento presente.

2 JUSTIFICATIVA

As práticas integrativas e complementares consistem em um grupo de intervenções com fins terapêuticos que tem por objetivo proporcionar às pessoas alternativas de recuperação, prevenção e promoção da saúde especificamente na atenção básica. Nos últimos dez anos têm ganhado visibilidade a partir da publicação de sua lei, a PNPIC e devido aos benefícios que pode proporcionar, pois avalia a condição do ser humano nos seus aspectos físico, mental, emocional e espiritual, ou seja, além de considerar os determinantes sociais em que a pessoa se encontra, e a patologia que acomete seu organismo, procura compreender também as perspectivas que conduzem o estado de harmonia da pessoa (BRASIL, 2006; FROZI, POZATTI, 2011).

O propósito da inserção das PIC é justamente promover um olhar holístico e integral sobre a saúde, ampliando o acesso das pessoas à saúde, fortalecer os princípios e serviços do SUS, ampliar o efetivo de pesquisas, promover o intercâmbio de experiências com outros países que também se comprometeram a adotar essas práticas em seus sistemas de saúde, pois adentrando na problemática, o campo de estudos realizados ainda é considerado bastante pequeno, há pouco conhecimento tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais possivelmente pela pouca disseminação específica de apresentação dessas práticas, existem práticas que não estão expressas na PNPIC e que possuem o mesmo potencial benéfico, além de haver países que enfrentaram dificuldades para a implementação das PIC.

O interesse pelo estudo das PIC surgiu a partir da curiosidade sobre a atuação dessas técnicas inseridas no contexto complementar do sistema de saúde, levando a outros questionamentos, a saber como essas práticas têm proporcionado benefícios à saúde, suas origens, filosofias, quais têm sido ofertadas no sistema de saúde, os avanços que têm alcançado após a implementação, os desafios para a expansão destas na atenção primária além do objetivo de compreendê-las ampliando a visão de como obter saúde.

Descobrir e utilizar outros métodos baseados em elementos naturais, técnicas de exercitação e alimentação que compreendam o ser humano em seu estado físico, mental, espiritual e emocional é de fato esperançoso, pois diante de um cenário promovido de evolução tecnológica, em que procedimentos invasivos e a predominância de medicalização são vistos como a única forma de curar, surge um estímulo à adequação e adoção de tais práticas para além de um quadro complementar, mas um proporcionamento de alternativas que priorizem o bem estar de quem a utilize.

De acordo com Luz e Barros (2012), a Saúde Coletiva contempla, na produção de conhecimentos e na prática profissional, a saúde como fruto de um fenômeno histórico, sociológico, antropológico e biológico, influenciada pelas condições políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais, espirituais, psíquicas e corporais. Desse modo, a Saúde Coletiva foca nas condições de saúde da população, em nível coletiva e individual, por meio da contribuição das ciências médicas e dos estudos epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e antropológicos, por exemplo.

Outra dimensão da Saúde Coletiva se concentra na organização de serviços de saúde, envolvendo a definição de prioridades políticas; a formulação de políticas, planos, programas e projetos; o apoio à pesquisa e desenvolvimento, a incorporação e acesso a tecnologias de baixa, média e alta intensidade tecnológica, as quais possibilitam a aplicação de distintas técnicas ofertadas na rede de serviços. Além do conhecimento produzido com o avanço científico e tecnológico, vale ressaltar que a Saúde Coletiva também apresenta uma dimensão que se dedica aos saberes e práticas populares (LUZ; BARROS, 2012).

Nesse cenário, inserem-se as PIC, as quais abrangem técnicas de baixa intensidade tecnológica, que podem contemplar a atenção em saúde em nível individual e coletivo, desenvolvidas, por meio da integração entre ciência, espiritualidade e sabedoria popular. É portanto, uma área da Saúde Coletiva estratégica para a formação do bacharel de Saúde Coletiva e na implementação das ações de saúde nos distintos sistemas de saúde (LUZ; BARROS, 2012).

Desse modo, saber as prioridades demandadas nas agendas nacionais e internacionais complementa o objetivo de acréscimo de conhecimento e da curiosidade sobre o assunto, assim como se torna relevante como um instrumento de monitoramento sobre as práticas nos sistemas de saúde.

3 OBJETIVOS

Geral

Realizar uma descrição e análise retrospectiva do marco legal e das prioridades políticas relacionadas às práticas integrativas e complementares no SUS no período de 2002 a 2015.

Específicos

- Identificar as recomendações da Organização Mundial da Saúde para Práticas Integrativas e Complementares.
- Mapear as prioridades de intervenção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS).
- Identificar as prioridades do controle social para Práticas Integrativas e Complementares no SUS pactuadas nas Conferências Nacionais de Saúde.

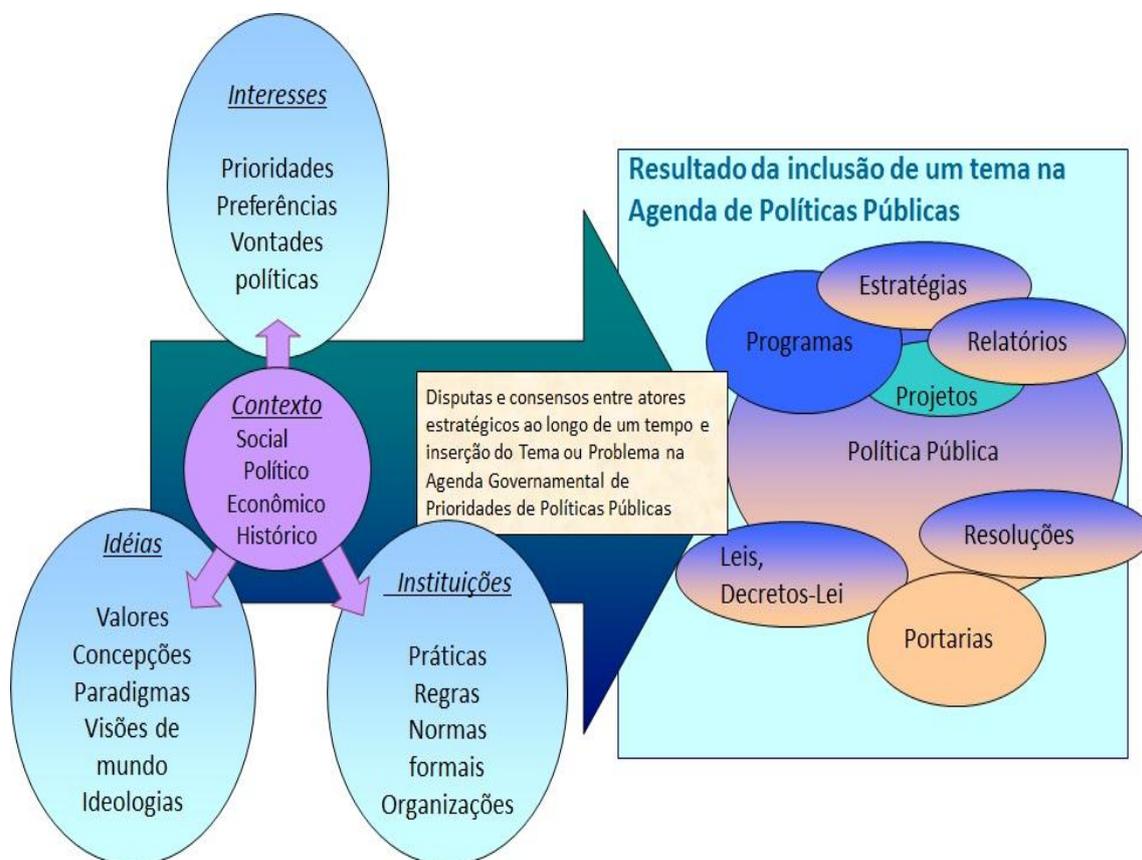
4 METODOLOGIA

Esta pesquisa consiste em um estudo qualitativo de caso, de caráter exploratório, descritivo e analítico. O objeto de análise é a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. O modelo metodológico adotado insere-se no escopo da análise de políticas públicas, que abrange as seguintes fases: definição e revisão de prioridades; formulação de políticas públicas; implementação; e avaliação e monitoramento (ALMEIDA-ANDRADE, 2007).

O presente estudo enfocará as análises na primeira fase do ciclo de políticas públicas, que consiste na formação e revisão da agenda governamental em nível nacional, pactuada nos fóruns consultivos e deliberativos relacionados à gestão do SUS. A identificação das prioridades relacionadas às PIC foi realizada, por meio da técnica de análise de conteúdo dos documentos consultados.

Para que a análise da política pública fosse contemplada, torna-se necessário averiguar a fase de formulação da agenda governamental, que se constitui como a etapa inicial para a tomada de decisões de um conjunto de atores sobre um determinado tema ou problema. Consiste no agrupamento de ideias e interesses pactuados entorno de desenvolver propostas de soluções para uma determinada área, que ao serem consideradas como prioridades na pauta de instituições governamentais passam a receber atenção técnica, política e financeira, podendo resultar na formulação de políticas, programas, projetos e marcos legais relacionadas à temática em questão (ALMEIDA-ANDRADE, 2007) como ilustra a figura 1.

Figura 1 - Interação entre ideias, interesses e instituições no processo de formação e revisão da agenda governamental de políticas públicas.



Fonte: ALMEIDA-ANDRADE, 2007.

O marco temporal analisado abrange o período de 2002 a 2015. O ano de 2002 foi escolhido como marco temporal inicial, devido à publicação da Estratégia Mundial de Medicina Tradicional da OMS (2002-2005), que foi o primeiro movimento internacional, em que o Brasil fez parte, no qual defendeu a inserção das PIC nas agendas governamentais dos distintos sistemas de saúde do globo. A OMS foi o ator internacional escolhido por ser a organização intergovernamental internacional, cuja agenda de prioridades é negociada, definida e revisada por 193 países, entre os quais o Brasil, que também se insere nesse grupo de Estados-membro. O ano de 2015 foi selecionado como o período final da análise, a fim de apresentar os dados mais atuais disponíveis sobre o objeto de estudo proposto.

Este estudo utilizou fontes secundárias, com ênfase na vertente bibliográfica disponível na internet, como artigos científicos e documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. Por ser de caráter documental, não foi

necessário submeter essa pesquisa ao Comitê de Ética, pois não envolve seres humanos ou animais. Este estudo não contou com financiamento de agências de fomento para sua execução.

A estratégia de busca de literatura técnico-científica nas bases de dados scielo, google academic, BVS e Saúde Legis foi realizada com a utilização das seguintes palavras e termos-chave: ‘práticas integrativas’, ‘fitoterápicos’, ‘acupuntura’, ‘homeopatia’, ‘plantas medicinais’, ‘termalismo’, ‘medicina antroposófica’, ‘medicina tradicional chinesa’, ‘medicamentos fitoterápicos’, ‘terapias complementares’, ‘Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares’, ‘PNPIC’ e ‘promoção da saúde’. No procedimento de coleta de dados, também foi realizada uma ampla busca por documentos oficiais relacionados às PIC no portal do Ministério da Saúde e da OMS.

Dessa forma foram selecionados os seguintes documentos oficiais que sistematizam as prioridades na área da PIC relacionadas à gestão do SUS:

- Estratégia Mundial de Medicina Tradicional da OMS (2002-2005);
- Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde (2004);
- Plano Plurianual (2004-2007);
- Plano Nacional de Saúde (2004-2007);
- Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares de Saúde (2005);
- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (2006);
- Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (2006);
- Relatório de Gestão Práticas Integrativas e Complementares no SUS (2006-2010);
- Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007);
- Plano Plurianual (2008-2011);
- Plano Nacional de Saúde (2008-2011);
- Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (2009);
- Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde (2011);
- Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde (PESS 2011);
- Plano Plurianual (2012-2015);
- Plano Nacional de Saúde (2012-2015);
- Estratégia Mundial de Medicina Tradicional da OMS (2014-2023);

- Agenda da 15ª Conferência Nacional de Saúde;
- Plano Plurianual (2016 – 2019);

A análise de conteúdo foi realizada nesses documentos oficiais que fizeram parte do universo desse estudo. Por meio desse método foram identificadas as ideias centrais, repetidas, convergentes ou divergentes que surgiram ao longo dos textos sobre as PIC, relacionadas às seguintes variáveis: instrumentos de política relacionados ao SUS; período ou ano de vigência; atores; prioridades ou recomendações políticas para os sistemas de saúde em níveis nacional, estadual ou municipal; e demandas por tipos de intervenção.

Posteriormente, a essa análise foi elaborado um banco de dados e uma linha do tempo com as prioridades da agenda sanitária brasileira relacionada às PIC que são apresentadas na sessão de resultados e discussão desse trabalho.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Retrospectiva histórica das práticas médicas

A história da medicina revela que o cuidado e atenção à saúde incluem diferentes modelos concebidos de acordo com o contexto cultural, social, político e econômico de cada época. (OTANI, BARROS, 2011).

Antigamente as doenças eram vistas como algo sobrenatural, sua origem geralmente era associada à crença de uma determinada cultura em que a explicação para seu surgimento se dava a partir de interpretações mágicas ou religiosas. Como por exemplo, a hansen, que em escritos bíblicos sob o nome de lepra era considerada um castigo divino (RIBEIRO, 2010).

A cerca de seis mil anos atrás surgiu as primeiras grandes civilizações no Mediterrâneo e no Vale do Nilo, no qual consistiam na Mesopotâmia, que possuía a magia, a religião e o processo saúde-doença interligados sob a visão da doença como castigo de um pecado cometido, e o Egito que apesar de também possuir essa compreensão, desenvolvia o conhecimento e a utilização de práticas de exames, diagnósticos, tratamentos e prognósticos de várias enfermidades (RIBEIRO, 2010). “Os documentos da Mesopotâmia e do Egito registravam a evolução da chamada Medicina Arcaica, baseada na magia e no empirismo” (GUSMÃO, 2004 p. 3).

Após o Egito, as práticas médicas ganhavam impulso na Grécia que inicialmente tinha a visão do processo de adoecimento associado ao misticismo, entretanto a partir dos estudos realizados por Hipócrates, essa visão foi modificada. Hipócrates afirmou que as doenças tinham como causa o desequilíbrio de fluídos que formavam o corpo humano, que consistia em um processo natural proveniente de causas naturais. E expunha seu método: “a medicina deve apoiar-se sobre observações, sobre fatos, e afirma que o corpo humano, para ser conhecido, deve ser estudado em relação com o meio ambiente” (GUSMÃO, 2004 p. 4).

Dessa maneira, “a medicina como ciência baseada na interpretação natural da doença, surge somente no século V a. C em que Hipócrates coloca a medicina em bases racionais e a atribui aos homens, e não aos deuses” (GUSMÃO, 2004 p. 4). Os gregos

foram a primeira civilização a presenciarem a medicina separada do aspecto religioso e mágico. As explicações sobre a origem das enfermidades se davam a partir de então por meio de acontecimentos naturais analisados sob a observação e o raciocínio (MARGOTTA, 1996 citado por RIBEIRO, 2010).

Nesse contexto histórico, Luz (2012) afirma que se influenciou a primeira transformação na estrutura da medicina ocidental quanto a sua racionalidade. Tratava-se de um período marcado por discussões e controvérsias a respeito do pensamento médico, cuja tendência era justamente voltada à racionalização de teorias sobre as doenças, métodos terapêuticos e a reflexão do papel da filosofia e da natureza sobre a medicina. Apesar de passar a se opor as considerações mágicas e religiosas, o objetivo exato das práticas médicas consistia em restabelecer a saúde dos enfermos.

Na Idade Média, datada do século V ao XIV apresentou-se um período marcado por fortes epidemias, como a da peste negra responsável por dizimar cerca de metade da população europeia, um momento em que as doenças eram de difícil controle e acometiam muito rapidamente. Nesse período foi retomada a influência religiosa sob a Igreja Católica, momento em que parte dos conhecimentos e dos estudos eram limitados como, por exemplo, experimentos e estudos em corpos, pois a Igreja não permitia tais práticas (RIBEIRO, 2010).

O segundo momento de mudança percorre do século XV ao XVII representados pelo final do Renascimento e início do Classicismo Moderno em que a medicina focava nas disciplinas de anatomia, patologia e fisiologia, uma transição cuja estruturação do saber médico se sobrepunha sobre o contexto da cura (LUZ, BARROS, 2012).

A concentração e o acúmulo de saberes médicos passavam a ganhar prioridade com mais força como comprova Luz (2012, p. 36): ao dizer “que desde o século XVII o projeto epistemológico da medicina ocidental passou a ser produzir conhecimento sobre doenças”. A prioridade das ciências médicas passou a ser a produção de conhecimento gerado por métodos científicos, o acúmulo de informações e a busca pela identificação e combate das doenças. A medicina ocidental se tornou ciência concentrada em uma forma sistemática de classificação de doenças, sintomas, na busca e apresentação de explicações causais para a origem dessas patologias (LUZ, BARROS, 2012).

O século XVIII mencionado como o início da era moderna na medicina apresentou uma série de evoluções científicas como instrumentos médicos, técnicas de diagnóstico, aprimoramento das técnicas cirúrgicas, evolução no estudo da anatomia e das patologias (RIBEIRO, 2010). Com o início de experimentos em corpos doentes e a

administração de medicamentos aos enfermos, esse século iniciava o contexto clínico da medicina que passaria a prevalecer no século seguinte persistindo até os dias atuais (LUZ, BARROS, 2012).

No século XIX então se identificou o terceiro momento de mudanças na medicina em que surgiu a concepção anátomo-clínica baseada em um novo modo de pensar e agir que consistiu no “olhar clínico, sistematizador do trajeto das doenças em direção à morte” (LUZ, 2012 p. 38). A figura do médico já não consistia no restabelecimento da saúde, mas no combate às doenças e à morte, trazendo como solução rápida as cirurgias e os medicamentos. Desse modo, as normas e as concepções que anteriormente primavam pela cura e pela recuperação da saúde já não eram precisos na medicina clínica (LUZ, 2012).

Com mais essa mudança no paradigma da medicina ocidental sob o exercício clínico, logo se alterou a atuação das práticas médicas refletidas no século XX devido à evolução tecnológica principalmente nos instrumentos médicos que se voltou para a ciência das doenças, distanciando a relação médico-terapeuta no momento do atendimento ao paciente, um distanciamento do diagnóstico humanizado, devido à intervenção das tecnologias, estabelecendo-se assim a quarta modificação (LUZ, BARROS, 2012).

A busca por outras racionalidades médicas intensificou-se em 1960 mediante diversos motivos, entre eles a insatisfação com o modelo convencional vigente, grandes listas de espera, os efeitos colaterais dos medicamentos e intervenções cirúrgicas (OTANI; BARROS, 2011).

Estas outras racionalidades médicas referem-se a sistemas médicos que segundo a OMS apresentam-se sob as seguintes composições: a chamada Medicina Alternativa e Complementar (MAC), que são definidas como: “práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios”, são cuidados em saúde que não estão incorporados no sistema de saúde prevalecente (TESSER, 2008 p.916), a Medicina Tradicional (MT) que concentra saberes, práticas e crenças nativas em diferentes culturas (DE ANDRADE, DA COSTA, 2010) e Medicina Tradicional Complementar (MTC)* como cuidados em saúde sob a forma suplementar à medicina ocidental (MOREIRA, GONÇALVES, 2011).

* Entretanto, nesse estudo a sigla MTC irá se referir à Medicina Tradicional Chinesa.

A MAC consiste em grupos de sistemas médicos e de cuidado à saúde, cujos produtos e práticas não fazem parte da medicina biomédica, também chamada de medicina convencional, até então predominante na racionalidade médica ocidental. A MAC estrutura a produção de conhecimento, por meio de ciência e saberes tradicionais da população. As intervenções abordam o indivíduo em sua integralidade, abrangendo o corpo, a mente, as emoções, energia e espírito. Inclui as terapias biológicas e as energéticas, ultrapassando a visão restrita do processo de saúde-doença e a hierarquia de importância entre as abordagens clínicas (TESSER; BARROS, 2008; LUZ, 2012).

Diferente do modelo biomédico, a MAC “concebe o ser humano como ser integral, pois sinaliza para uma visão da saúde entendida como bem-estar amplo, que envolve uma interação complexa de fatores físicos, sociais, mentais, emocionais e espirituais” (ANDRADE, 2006 p.499). Enquanto a biomedicina tem como foco a dimensão diagnóstica baseada em explicações apenas biológicas sob dados quantitativos, a MAC volta-se para dimensões terapêuticas abordadas sob o aspecto do estilo de vida (OTANI; BARROS, 2011).

O corpo humano é concebido como um campo de energia, em que diferentes procedimentos podem atuar. Dessa forma, compreende-se uma perspectiva constituinte e sistêmica que aborda uma visão terapêutica em várias dimensões e um empenho multidisciplinar no processo saúde-doença- cura em que se privilegia a visão do todo (ANDRADE, 2006).

Para Hughes (2001) e Aguiar (2011), MAC é definida como práticas, métodos de tratamento e prevenção que tendem a complementar o sistema de medicina convencional, proporcionando variadas técnicas de cuidado à saúde de modo integral.

Trata-se de um modelo que tem por privilégio técnicas naturais, procedimentos que tendem a harmonizar e estimular o reequilíbrio da pessoa que se encontra em processo de adoecimento. A ela se associa uma concepção de saúde que vai além das noções biomédicas, valoriza o bem estar físico e mental, emocional, espiritual e social (TESSER; BARROS, 2008).

De acordo com o Centro Nacional de Medicina Complementar e Alternativa dos Estados Unidos (NCCAM), considera-se medicina alternativa quando essa prática terapêutica substitui o método tradicional, por exemplo, praticar meditação em vez de consumir medicamentos psicotrópicos*. A medicina complementar, por sua vez é usada

* Substância medicamentosa que atua sobre o psiquismo, quer como calmante, quer como estimulante.

simultaneamente às intervenções da medicina convencional, por exemplo, aromaterapia após um procedimento cirúrgico (NCCAM, 2007).

As medicinas alternativas em sua maioria provêm das culturas orientais e apresentam um caráter pouco intervencionista. Ao invés de simplesmente contestar a doença, busca envolver o indivíduo e o seu modo de vida. Têm como ênfase o enfermo e seu potencial de se auto curar, não focando na doença (SOUSA, 2005).

O grupo de práticas que faz parte das MAC pode ser organizado em: sistemas médicos alternativos, por exemplo, homeopatia, medicina ayurvédica, chinesa, intervenções mente-corpo como: meditações, orações, terapias corporais como bioenergética; terapias biológicas baseada em produtos naturais como a fitoterapia; métodos de manipulação corporal dentre os quais se enquadram massagem e exercícios e terapias energéticas como o chi gong e florais de Bach (NCCAM, 2007).

Entende-se que as Práticas Integrativas e Complementares compreendem esse universo de abordagens denominado pela OMS de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa - MT/MCA (BRASIL, 2006). Logo, a sessão seguinte apresenta as principais intervenções em saúde abordadas pela PIC, que inclui o conjunto de intervenções da MAC e MT.

5.2 Panorama das Principais Técnicas de PIC

As práticas a serem apresentadas remetem-se ao contexto oriental e ocidental. O oriente demonstra em seu histórico cultural intervenções que têm sido utilizadas desde as primeiras percepções sobre saúde e doença. Um exemplo de sistema médico oriental é a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), conceituada como a terceira forma de medicina mais antiga, classifica-se como um sistema médico integral que se constitui por um conjunto de práticas de medicina tradicional desenvolvido e praticado na China. Tem como fundamento a base vitalista, em que o corpo, a saúde e a doença são regidos pela energia que perpassa o organismo e apresenta como foco o quadro geral do doente, não somente a doença que é vista como um desequilíbrio interno (DA SILVA, 1997).

A base da MTC se constitui sob a existência de uma estrutura energética no qual se encontra incorporada ao corpo físico. Trata-se de uma energia vital denominada 'Qi', lê-se 'chi', considerada como uma essência de vida responsável por manter e conduzir o corpo humano. Essa energia se distribui e circula por todo corpo, concentra-se em

pontos, por onde passam os canais denominados de meridianos. Esses apresentam localizações específicas no corpo humano, ligadas aos órgãos e aos sistemas que os mantêm em funcionamento. Os meridianos podem ser estimulados por práticas terapêuticas (MOREIRA, 2011).

Os instrumentos de diagnóstico da MTC utilizados nas técnicas terapêuticas se constituem da anamnese, palpação do pulso, observação da face e da língua (BRASIL, 2006).

Baseada num estilo de vida com tendências naturalistas, a acupuntura é uma das técnicas da MTC que apresenta um conjunto de conhecimentos teórico-práticos dispostos sob a forma de terapia que aborda o processo saúde-doença de modo holístico e dinâmico. Tem por objetivo proporcionar a cura das doenças por meio da aplicação de agulhas com ou sem eletricidade, esferas ou sementes em pontos energéticos específicos por onde perpassam os meridianos. A estimulação desses pontos consiste em alterar a circulação da energia 'Qi', objetivando colocá-la em harmonia. Essa técnica pode ser usada isoladamente ou de modo integrado com outros procedimentos terapêuticos (CINTRA, FIGUEIREDO, 2010; BRASIL, 2006).

Outras três técnicas similares à acupuntura são: a auriculoterapia uma acupuntura sistêmica que utiliza os mesmos instrumentos sob os pontos localizados na orelha, a moxabustão uma técnica de acupuntura térmica que realiza aplicação de calor por meio de um bastão feito com ervas 'Artemísia sinensis e Artemísia vulgaris' no qual é aproximado dos pontos meridianos e a ventosaterapia, uma técnica de sucção da pele que pretende criar uma pressão negativa sobre a mesma nos pontos específicos, realizada com copos redondos de vidro chamados de ventosas (LANDGREN, 2008; MARTINI et al 2009).

Além da acupuntura e de suas técnicas similares, a MTC possui em seu conjunto terapêutico a fitoterapia baseada no uso de plantas medicinais, massagens como o Tuina, Do in e massoterapia, dietoterapia uma terapia alimentar a base de alimentos naturais e práticas mentais e corporais que promovem a harmonização da energia por meio da respiração como o Lian gong, Chi gong e Tai Chi Chuan (BRASIL, 2006).

Como prática utilizada no sistema da MTC, a fitoterapia é concebida como uma terapia caracterizada pelo uso de plantas medicinais. Sua forma de tratamento se remete a origens muito antigas associada ao início da medicina no qual é fundamentada com o acúmulo de conhecimentos perpassados por diversas gerações (BRASIL, 2006). O uso de plantas com essa característica medicinal tem evidenciado que elas constituem parte

da evolução humana e que foram os primeiros recursos terapêuticos utilizados pelos povos de diferentes etnias do mundo (HUFFORD, 1997).

Na fitoterapia aproveitam-se as diversas partes das plantas, raízes, cascas, folhas, frutos e sementes. As formas de preparação destas plantas consistem nos mais variados tipos como a produção de medicamentos fitoterápicos obtidos por meio de preparos tecnologicamente adequados e o preparo de chás, feitos por meio da decocção, um processo em que a planta é fervida junto à água ou por infusão, quando se ferve a água primeiro e depois a coloca sobre a planta (REZENDE, COCCO, 2002; BRASIL, 2006).

O Brasil dispõe de uma das maiores áreas florestais do planeta, cerca de 313 milhões de florestas refletidas em um grande potencial fitoterápico constituído de várias espécies de plantas que podem ser utilizadas como medicinais, levando isso em (FERREIRA, PINTO, 2010).

Dentre as demais práticas citadas, a massagem é considerada uma das principais técnicas, apresenta-se com baixo custo e de aplicação acessível, é uma técnica natural que tem como objetivo restabelecer o equilíbrio físico e mental proporcionando bem-estar físico, mental, energético e emocional (MOREIRA, 2011).

Uma modalidade de massagem é a massoterapia, um conjunto de técnicas orientais e ocidentais que consistem em movimentos de pressão podendo ser aplicados com as mãos, cotovelos, antebraços e pés com ou sem a utilização de cremes ou óleos vegetais. Tem por efeitos a promoção de relaxamento, alívio de dores, proporcionando maior contato com o físico, evidenciando a respiração e conseqüentemente atingindo equilíbrio, podendo restaurar o indivíduo de modo físico, mental e espiritual. Seus efeitos são cumulativos e seu uso regular ajuda a prevenir uma série de enfermidades que poderiam se desenvolver em longo prazo (LIMA, 2011).

A massoterapia inclui em suas técnicas intervenções conhecidas como o Shiatsu, desenvolvido a partir de técnicas orientais no qual é direcionado para o relaxamento do corpo aplicado sob os pontos meridianos; o Do In técnica oriental, que utiliza os pontos da acupuntura para tratar doenças e preveni-las, também podendo ser usada como automassagem; a Quick Massage uma massagem rápida que pode ser realizada sob as próprias roupas, técnica que vem sendo utilizada em locais de trabalho, empresas, eventos, shoppings e dura cerca de 15 minutos; a Quiropraxia técnica que age sobre o sistema neuromuscular; a Reflexologia uma técnica de pressão realizada nas mãos e nos pés com objetivo de relaxar, estimular e equilibrar a energia do corpo e o Tui Na, geralmente utilizado em conjunto com a moxabustão ou ventosaterapia, age nos

meridianos de modo a equilibrar a energia do corpo (LIMA, 2011; MOTA, 2012; CASSAR, 2001).

No âmbito da alimentação, a MTC se destaca com a dietética alimentar, com origem datada há mais de três mil anos, trabalha com as propriedades dos alimentos, na reflexão dos efeitos na saúde e no modo de usá-los para a prevenção e tratamento de doenças. A dietoterapia se constitui principalmente de alimentos como cereais, carnes, frutas e legumes, encontrados em grandes variedades e é utilizada principalmente na população saudável como modo de prevenção e em segundo plano nos pacientes como forma de auxílio em tratamentos. A combinação entre os alimentos é considerada bastante importante, e mais do que a combinação o equilíbrio da composição alimentar é essencial, a quantidade e proporção de nutrientes devem seguir à satisfação da necessidade do organismo (PERINI, 2003).

Dentre as práticas corporais, mentais e físicas citadas da MTC apresenta-se o Lian Gong, uma modalidade de cunho terapêutico que beneficia a saúde física de quem o pratica, auxiliando na capacidade de concentração, preparo do corpo, superação das limitações físicas e emocionais dando ênfase ao processo de respiração e movimento trabalhados juntos (LEE, 1997).

Segundo Zhuang (2000), o Lian Gong tem por objetivo eliminar a sensação de dor ao promover estimulação dos músculos e articulações. Suas características principais de execução partem de exercícios com movimentos amplos considerados simples e fáceis de fazer.

O Chi Gong que consiste em um conjunto de exercícios respiratórios que estimulam a energia vital Qi e assim como as terapias tem o objetivo de promover saúde, cura e resistência. As técnicas do Chi Gong ficaram conhecidas a partir da década de 1950 na China e se expandiram para o ocidente. Seus exercícios se classificam em duas modalidades, a marcial com bases no fortalecimento muscular, ósseo e para desenvolvimento de concentração e a terapêutica com ênfase no equilíbrio do corpo, mente e emoção, o objetivo principal é tratar e prevenir o desequilíbrio nesses âmbitos (CHACON et al, 2013; FRANCO, LIVRAMENTO, 2010).

E o Tai Chi Chuan que tem como base a natureza, a observação de animais e a fonte de energia que se encontra no interior do corpo humano. Essa prática se compõe de movimentos circulares trabalhados juntamente com a respiração proporcionando relaxamento na medida em que é executado. Os movimentos se dão de forma contínua e delicada, proporcionam o alongamento do corpo acalmando-o assim como a mente,

ativação da circulação e flexibilidade das articulações (CORREA, 2009). Suas técnicas de respiração geralmente são executadas juntamente a músicas de relaxamento. Para que os exercícios sejam executados com eficiência torna-se necessário ter concentração sobre os movimentos (SEVERINO, 1991).

Além da MTC, técnicas de outras culturas também têm contribuído para o alcance da saúde e do bem-estar, presente dentre as práticas realizadas no oriente, como a Medicina Ayurvédica, um sistema médico holístico originado na Índia, considerado como um dos mais antigos da humanidade que também aborda os aspectos físico, mental e emocional do ser humano (GASPERI et al 2008).

Como prática bastante difundida, o Yoga é um método terapêutico da Medicina Ayurvédica que tem por base a integração do sistema corpo, mente, emoções e energia (RASMUSSEN, 2008; COHEN, 2004). Segundo Parshad (2004), a mente e o corpo estão interligados, logo se a mente se encontra relaxada, os músculos, por exemplo, também estarão.

O Yoga se compõe de exercícios que estimulam os movimentos de energia vital, a respiração é considerada um fator essencial na execução desses movimentos e o objetivo dessa prática é promover o equilíbrio de energia (FROSI, POZATTI, 2011). Suas principais práticas trabalham: a postura, técnicas de respiração, de relaxamentos e de meditação. Para que haja uma boa execução, todos esses componentes devem ser trabalhados em conjunto (FERREIRA, 2012).

Além do Yoga, a Medicina Ayurvédica também adota outras técnicas como uso de chás, diagnóstico clínico por meio dos olhos, da língua e da astrologia, fitoterapia e massagem e alimentação equilibrada de acordo com o padrão energético denominado como 'dosha' de cada pessoa. Os doshas compreendem a constituição física e mental de cada pessoa, suas preferências, comportamentos, personalidades e gostos, são classificados em três tipos, Vata faz referência ao ar, Pitta ao fogo e Kapha a água (LUZ, BARROS, 2012; GASPERI et al 2008).

Duas modalidades de massagem da Medicina Ayurvédica são: a massagem ayurvédica desenvolvida na Índia age nos sistemas linfáticos de modo a realizar desintoxicação do organismo e promover a cura de enfermidades, envolve tratamentos mentais e psicológicos além do físico e a Shantala uma massagem realizada em bebês que proporciona aumento da circulação e auxílio no crescimento e desenvolvimento dos movimentos do corpo (LIMA, 2012; MOTA, 2012; CASSAR, 2001).

No ocidente tem tido um grande desenvolvimento e maior adesão à homeopatia que consiste em um sistema médico de caráter holístico, baseado no princípio vitalista. É reconhecida como racionalidade médica, no qual experimentou grande expansão pelo mundo, encontrando-se atualmente em vários países da Europa, Américas e Ásia. No Brasil, foi introduzida em 1840 e se tornou uma nova opção de tratamento (BRASIL, 2006). Essa prática terapêutica que atua por meio de impulsos energéticos estimulados por medicamentos homeopáticos fundamenta-se na lei dos semelhantes, no qual segundo essa lei para tratar uma pessoa que está doente, é necessário aplicar um medicamento que provoque os mesmos sintomas que o doente apresenta (BRASIL, 2006).

A homeopatia tem como atribuição reequilibrar e harmonizar o sujeito como centro da atenção á saúde, para que isso aconteça a compreensão do mesmo se dá nas dimensões física, psicológica, social e cultural, o que contribui para o fortalecimento da integralidade dos cuidados em saúde. Disposta na forma de medicamentos homeopáticos, sua preparação é realizada por meio de substâncias retiradas da natureza, oriundos dos reinos mineral, vegetal ou animal. Para que a substância da natureza seja usada como medicamento homeopático, é necessário prévio conhecimento de sua potencialidade curativa (BRASIL, 2006).

Outra abordagem presente no ocidente é a Medicina Antroposófica, que consiste em uma abordagem terapêutica com caráter complementar e integrativo, tem como objetivo propor a integralidade do cuidado em saúde, compreendendo as dimensões do ser humano. Essa prática utiliza medicamentos baseados na fitoterapia e na homeopatia. (BRASIL, 2006; FOLLADOR, 2013). Trata-se de um conjunto de saberes e práticas em que se tem a compreensão do processo saúde-doença vistos sob a ótica da Antroposofia* (LUZ, WENCESLAU, 2012).

Diante de uma doença, um médico antroposófico além de realizar a investigação comum do quadro clínico da pessoa que está enferma, também examina o aspecto emocional, como tem conduzido sua vida e como está sua vitalidade, sazonalidade entre outras características (ABMA, 2016). “Os médicos antroposóficos utilizam os conhecimentos e recursos da Medicina Antroposófica como instrumentos para

* A Antroposofia é um método de conhecimento que aborda o ser humano em seus níveis físico, vital, anímico e espiritual, e mostra como essas naturezas, absolutamente distintas entre si, atuam em constante inter-relação.

ampliação da clínica, tendo obtido reconhecimento de sua prática por meio do Parecer 21/93 do Conselho Federal de Medicina, em 23/11/1993” (BRASIL, 2006 p.26).

Uma intervenção terapêutica pouco disseminada, mas de contribuições relevantes à saúde é o termalismo social juntamente atribuído com a crenoterapia, em que se trata de uma abordagem baseada na indicação e uso de águas minerais de forma complementar aos demais tratamentos de saúde (BRASIL, 2006). Quintela (2004) expõe que o termalismo se constitui de um conjunto de atividades cujo agente terapêutico é a água termal, possuidora de propriedades diferente das águas comuns.

A composição das águas termais é diferente de acordo com o local em que é encontrada e retirada, seu mecanismo de ação consiste em realizar o aumento do diâmetro dos vasos sanguíneos quando a pessoa se encontra imersa nas águas termais, o que proporciona a melhora do paciente (DE MIRANDA CASTRO, DE SÃO PEDRO, ITÁLIA 2006).

Outras práticas menos conhecidas e disseminadas também têm apresentado benefícios e proporcionado mais opções de tratamentos, dentre elas é possível citar: a iridologia é uma técnica de diagnóstico realizada por meio da observação da íris, a parte colorida do olho que segundo Ygnatz Von Peczely registra toda composição orgânica e comportamental de uma pessoa, ou seja, apresentam-se como um mapa do corpo humano situando os órgãos, suas funções e sistemas. O diagnóstico pode ser feito a olho nu ou com o auxílio de lentes para melhor precisão da observação sobre os detalhes. A partir desse procedimento é realizado um tratamento baseado na desintoxicação e restabelecimento do organismo, promovendo a melhora do paciente e de sua qualidade de vida, suprimindo as necessidades deste sob as enfermidades vigentes ou as que podem vir a existir (BERINGHS, 1997).

“A iridologia vem reforçar e comprovar a visão holística do ser humano, que o corpo é um todo e, quando uma parte do corpo sofre, todo o corpo sofre” (Beringhs, 1997 p. 17). Em seu processo de restauração, a iridologia age em conjunto com diversas práticas, por exemplo, a homeopatia, hidroterapia, massagem, acupuntura, cromoterapia dentre outras (BERINGHS, 1997).

A cromoterapia, uma prática terapêutica que busca o equilíbrio do ser humano por meio das cores, um instrumento que tem sido empregado no processo de cura ao estabelecer uma relação de influência sob as emoções, os estímulos psicológicos e a saúde. Acredita-se que com a utilização das cores é possível alterar a vibração que nos

proporciona saúde (JUNIOR, DE TOLEDO SYLLA, 2013 citado por Sophy, 2006; Pascale, 2002).

Gimbel (1995) apresenta algumas cores e o que elas proporcionam, por exemplo:

O verde como cor estimulante do crescimento, sendo clara é relaxante sem ser depressiva; azul sendo a mais curativa, relaxa o corpo todo e regula o desenvolvimento harmonioso do tecido e da estrutura orgânica; turquesa como cor reanimadora, refrescante, que tranquiliza o sistema nervoso; amarelo que proporciona a sensação de afastamento e estimula o sistema nervoso; laranja é a cor da alegria, antidepressiva e benéfica no sistema metabólico; violeta compõe-se do relaxante do azul e do estimulante do vermelho sendo a cor do equilíbrio, da consciência e da estabilidade; o branco representa a pureza na sua forma extrema e finalmente o preto, sendo uma cor temida, suspeitosa, ligada à morte e ao perigo (JUNIOR, DE TOLEDO SALLY, 2013 p. 21 citado por GIMBEL 1995).

A aromaterapia é uma prática terapêutica baseada no uso de essências denominadas ‘óleos essenciais’ extraídas de plantas aromáticas, tem por finalidade equilibrar as emoções, alterar o comportamento e melhorar o bem estar físico e mental da pessoa. Atuam sob diversas formas no organismo, podem ser inaladas, ingeridas ou aplicadas diretamente na pele por meio de massagens, banhos, gargarejos e compressas. Ao estarem no interior do corpo os óleos essenciais agirão de forma a recompor a harmonia e revitalizar os sistemas e órgãos que estejam adoecidos ou desequilibrados (PRICE, 1999; GNATTA, DORNELLAS, SILVA, 2011).

Esta prática pode ser realizada juntamente com outras técnicas, como por exemplo, a fitoterapia, uma combinação entre aromaterapia e herbalismo, e com a massoterapia também na condição de automassagem (PRICE, 1999).

Prosseguindo na utilização das plantas, uma abordagem terapêutica que também utiliza da flora, é a prática denominada ‘Florais de Bach’, um tratamento desenvolvido pelo médico inglês Dr. Edward Bach, que utiliza a energia e a essência das flores para tratar as emoções negativas que ocasionam doenças (SCHEFFER, 1981).

De acordo com Bach o enfoque holístico da saúde, da doença e da cura baseia-se no conceito da unicidade do indivíduo com a totalidade do cosmo/universo. Nessa perspectiva, cada ser humano realiza uma jornada única que não se pode repetir durante a vida e o estado de saúde sinaliza o ponto em que o indivíduo se encontra em sua jornada. Bach apresenta o seguinte conceito sobre enfermidades (SCHEFFER, 1981):

A doença é única e puramente corretiva; nem vingativa nem cruel, é o meio adotado pelas nossas próprias almas para mostrar-nos os nossos erros, impedir-nos de cometer erros maiores, obstar a que façamos mais mal e trazer-nos de volta ao caminho da Verdade e da Luz, do qual nunca deveríamos ter saído (SCHEFFER, 1981, p.9).

Cada sintoma do corpo, mente ou espírito expressa uma mensagem particular, necessária de ser percebida e reconhecida. Com essa perspectiva, os florais de Bach estabelecem “a cura pela restauração da harmonia na percepção”. Atuam nos pontos de mudança de nossa personalidade, onde as energias vitais são canalizadas de modo equivocado ou bloqueadas. “Cura-te a ti mesmo”, está no âmago da filosofia terapêutica dos florais de Bach que são métodos que atuam no campo energético sutil do ser humano, como pensamentos e emoções (SCHEFFER, 1981, p.10).

A musicoterapia é um método terapêutico que tem ganhado espaço na promoção e recuperação da saúde, é um recurso opcional que utiliza como instrumento a música, seus elementos como o ritmo, a harmonia, a melodia e os recursos sonoros. Consiste em potencializar o aspecto saudável e reabilitar funções que estejam comprometidas (GOMES, 2009).

Acredita-se que a música pode mobilizar o ser humano em seu sistema físico, mental, emocional e psicológico, pois estimula a energia do corpo, considerado o primeiro instrumento sonoro. De esse modo incorporar a música à terapia significa integrar o corpo, visto que na musicoterapia a música é realizada, tocada e cantada com manifestação corporal possibilitando a expressão por meio da fala, do canto, dos movimentos corporais (GOMES, 2009; BRÉSCIA, 2009).

Essa terapia é um recurso que além de ajudar a curar algumas doenças, traz benefícios como ajudar e explorar sentimentos, lidar com a ansiedade e estresse e deliberar conflitos e problemas otimizando a sociabilidade da pessoa (BRÉSCIA, 2009).

Sob o mesmo intuito da musicoterapia cita-se a biodança, um modelo de integração humana que tem por sentido promover a integração do ser humano em sua totalidade por meio da regeneração orgânica, de reeducação afetiva e de reaprendizagem das funções da vida. Consiste em estimular vivências integradoras com o uso da música, do canto, do movimento e de momentos em grupo. Essas vivências constituem-se da realização de exercícios que ativam a potencialidade afetiva, tornando a dança uma forma de conexão. A dança como movimento integrativo faz com que o ser humano se

conecte a si mesmo, aos seus próximos e à natureza de onde surge a vida (DOS REIS, 2009; SOARES, 2015).

A biodança induz a pessoa a adentrar em um universo de sensações, movido pela música, intermediado pelo movimento e pelo próximo. Trata-se de absorver a música com o corpo, harmonizar-se com os sons (DOS REIS, 2009; SOARES, 2015). Tem como base o princípio biocêntrico, ou seja, a vida como centro destacando a priorização desta e de suas manifestações. Apesar de não ser uma terapia produz efeitos terapêuticos em razão de estimular os potenciais de saúde da pessoa. Valendo-se de que os processos saúde-doença fazem parte da vida, a biodança apresenta-se como uma alternativa de promoção de saúde, cura e prevenção de doenças (DOS REIS, 2009; DE LIMA GÓIS, RIBEIRO, 2010).

E por último seguindo a ideia de interação, integração e coletividade abordadas em práticas que tem por objetivo maior a promoção da saúde e a melhora da qualidade de vida das pessoas apresenta-se a terapia comunitária tem sido conceituada como uma tecnologia de cuidado que consiste em um espaço de promoção de encontros e de acolhimento para os participantes de modo que esses possam compartilhar suas experiências de vida, suas sabedorias e inquietações. Torna-se um ambiente de escuta, reflexão, partilha e empoderamento criando uma rede de apoio entre os participantes que estão na busca de resolução para seus conflitos (DA ROCHAI, 2009).

E uma prática de efeito terapêutico, destinada à prevenção na área da saúde e ao atendimento de grupos heterogêneos através do contato face-a-face, promovendo a construção de vínculos solidários por meio de uma rede de apoio social, onde a comunidade busca resolver os problemas de forma coletiva (JATAÍ, SILVA, 2012 p. 692).

Criada pelo psiquiatra, antropólogo e professor universitário Dr. Adalberto de Paula Barreto, essa prática tem beneficiado grande parte da população brasileira que conta com a sua realização, por se tratar de uma prática coletiva, gera baixo custo e profissionais de saúde envolvidos podem assimilar as preocupações e dificuldades da comunidade e direcionar condutas terapêuticas para a melhora da qualidade de vida da população com mais facilidade (DA ROCHAI, 2009; JATAÍ, SILVA, 2012

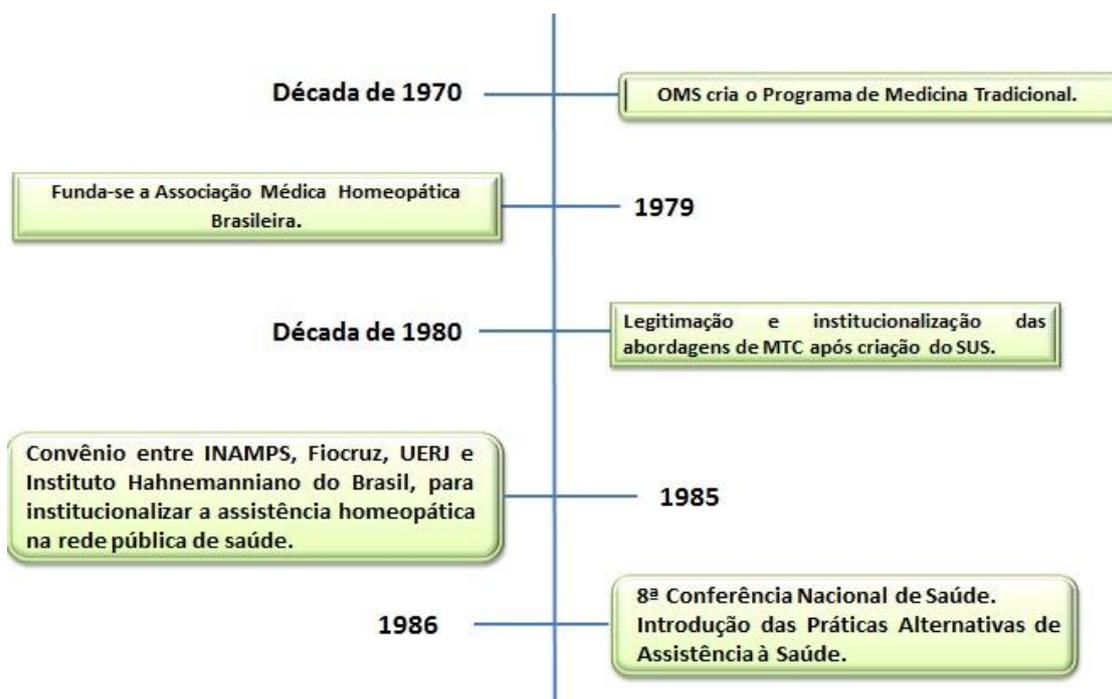
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo são inicialmente apresentados por meio da estruturação da linha do tempo. Esse exercício permite expressar a retrospectiva da inclusão das PIC como prioridades na agenda sanitária brasileira. Esse movimento resultou, por exemplo, na formulação da PNPIC em 2006, cuja implementação prossegue desde esse período.

A OMS impulsionou mundialmente o processo de inserção das PIC nos sistemas nacionais de saúde, ao reconhecer os benefícios dessas intervenções. A primeira ação a concretizar tal reconhecimento foi a criação do Programa de Medicina Tradicional no final da década de 1970 com objetivo de estimular a formulação de políticas para as PIC nos Estados-membro da OMS.

No Brasil, a primeira PIC que sobressaiu no debate político no âmbito do SUS foi a homeopatia, devido ao movimento da Associação Médica Homeopática Brasileira. Em 1980, mesmo que de modo incipiente, as PIC foram gradativamente se inserindo como prioridades da Política de Saúde, na medida em que se estruturava o SUS como mostra a figura 2.

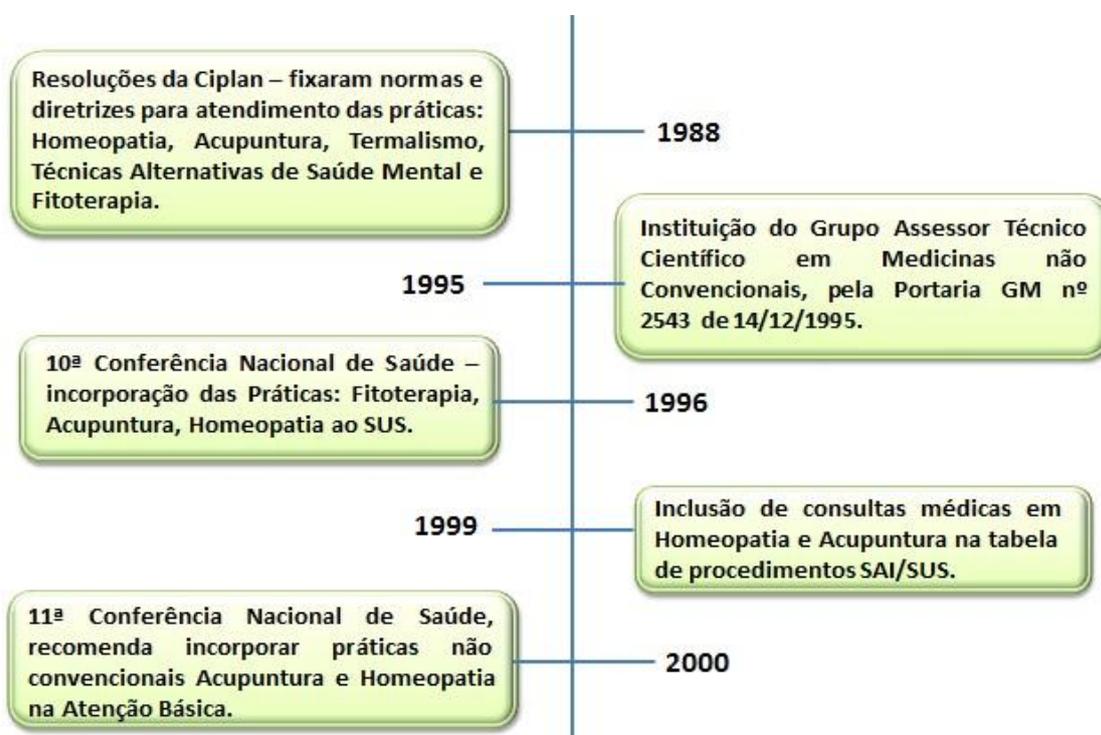
Figura 2. Retrospectiva da inserção das práticas integrativas e complementares em saúde na agenda de prioridades do SUS nas décadas de 1970 e 1980.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

Na década de 1990, as PIC passam a ser respaldadas por legislações que regulam a prestação desses serviços no SUS. Nesse período, foram promovidos também eventos técnico-políticos nacionais consultivos e ou deliberativos no âmbito do SUS, com o objetivo de incorporar as PIC no SUS, especificamente, na rede de atenção básica. Buscava-se, assim, ampliar as opções terapêuticas aos usuários do SUS, contribuindo para a universalidade do acesso da população à atenção em saúde. Esses marcos institucionais são apresentados na figura 3.

Figura 3. Retrospectiva da inserção das práticas integrativas e complementares em saúde na agenda de prioridades do SUS na década de 1990.

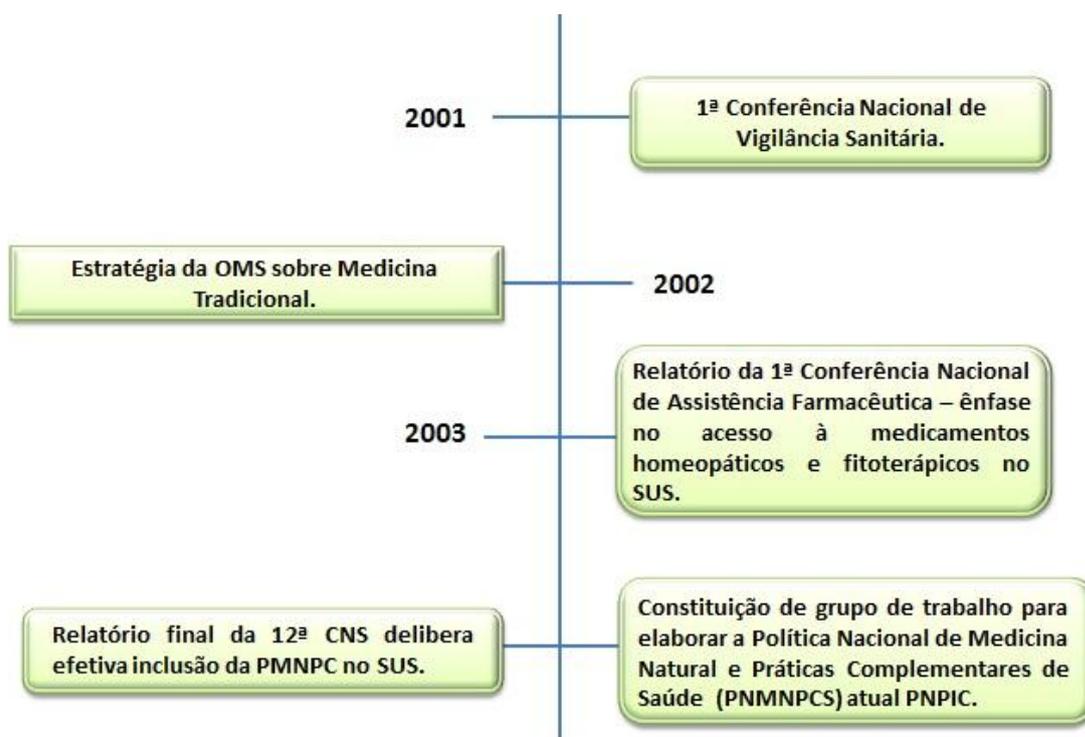


Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

Sob o contexto de movimentação política para a inserção das PIC nas agendas sanitárias nacionais, a OMS publica em 2002 um relatório mundial, contendo ações e estratégias globais para a promoção das PIC de modo seguro e eficaz. Além disso, esse documento sintetiza o esforço da OMS em incentivar os Estados-membro a formularem uma política pública específica para as PIC.

Em 2003 o Brasil formou um grupo de trabalho para debater e elaborar a proposta da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares de Saúde (PNMNPCS), como apresentado na figura 4.

Figura 4. Retrospectiva da inserção das práticas integrativas e complementares em saúde na agenda de prioridades do SUS a partir de 2002.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

A partir de 2003 iniciou-se todo o processo da construção da política nacional, grupos e subgrupos de trabalho foram constituídos referentes a cada abordagem terapêutica. Para seguir as ações pensadas foi elaborado um plano de ação e realizado um diagnóstico situacional das práticas no SUS e conseqüentemente um levantamento a fim de saber a capacidade dos recursos, da estrutura e dos profissionais no quadro de prestação de serviço na oferta das práticas. Vários atores estiveram envolvidos na elaboração da política, desde representantes de cada prática integrativa a instituições de saúde. Enquanto se construía a política nacional, eventos nacionais relacionados às PIC continuavam a acontecer, o que fortificava o processo de construção. Assim se expõe a figura 5.

Figura 5. Retrospectiva da inserção das práticas integrativas e complementares em saúde na agenda de prioridades do SUS de 2003 a 2004.

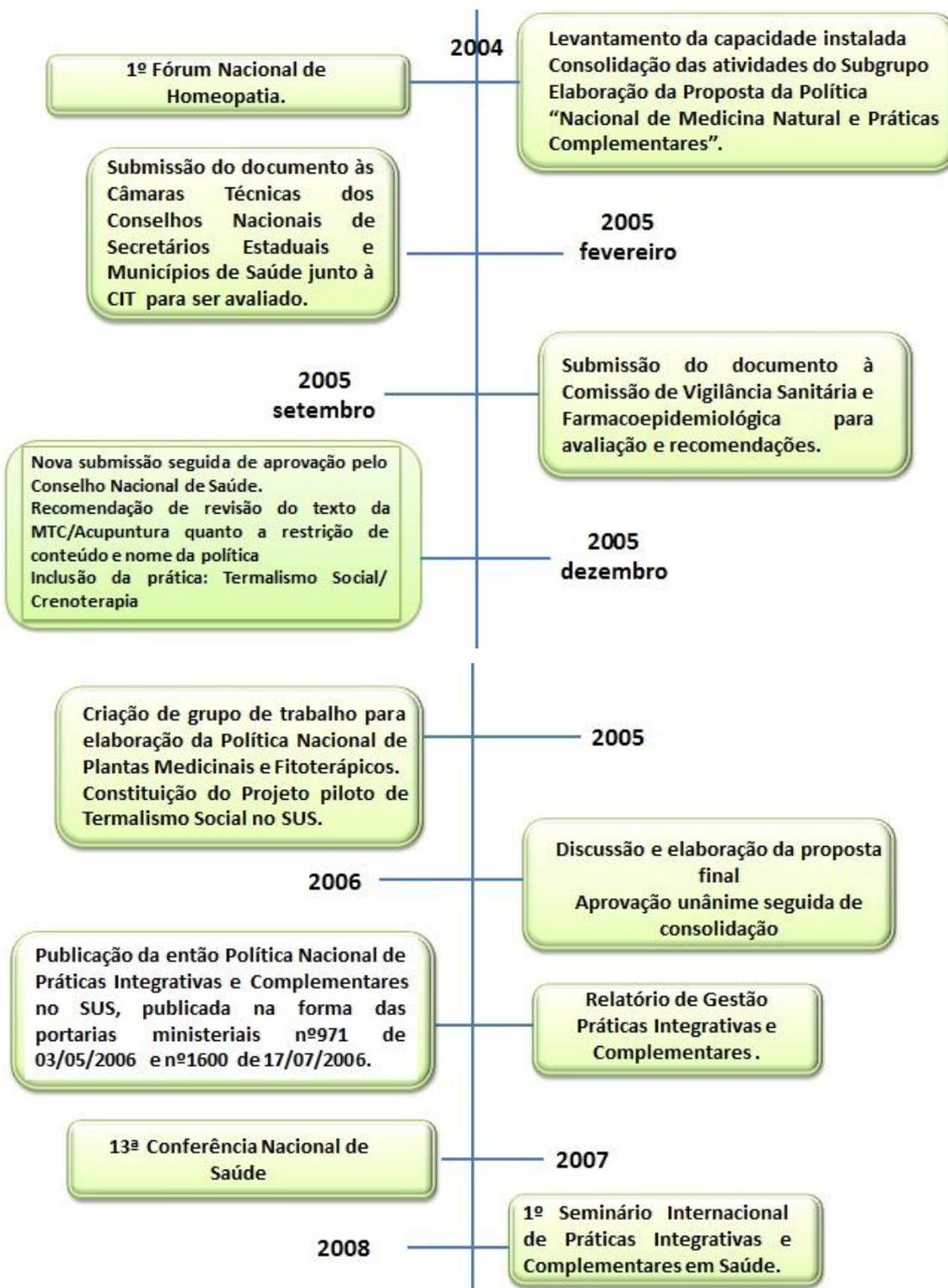


Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

Ao observar os acontecimentos da linha histórica, as práticas terapêuticas eram realizadas sem estar legitimadas por algum documento geral com diretrizes específicas, por isso a importância do diagnóstico situacional no objetivo de se levantar informações a respeito das características dessas práticas para um subsídio formal de inclusão e reconhecimento dessas e de demais técnicas que ficariam expressamente fundamentadas no documento da política nacional.

Depois de cumpridas as ações planejadas, apresentava-se então o documento que seguia para avaliação e recomendação. O documento foi aprovado, mas apresentava algumas restrições quanto ao conteúdo referente à MTC/acupuntura e ao nome da política. Recomendou-se a revisão do texto dessa prática e a inclusão do termalismo/crenoterapia. Seguindo as correções, o documento foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e assim estabeleceu-se a PNPIC diante as Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006 e nº 1600 de 17 de julho do mesmo ano como demonstra a figura 6.

Figura 6. Retrospectiva da inserção das práticas integrativas e complementares em saúde na agenda de prioridades do SUS de 2004 a 2008.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

Um fator a se considerar seria o motivo de apenas algumas práticas entrarem na política e dentre elas abordagens que nem eram prioridade como é o caso da Medicina Antroposófica que não possuía tanta visibilidade e que só teve sua inclusão mediante

articulação e representação política de interesse e do termalismo em disposição da hidroterapia que é considerado um recurso caro de acesso restrito, logo deveriam ser escolhidas práticas viáveis e acessíveis à população.

A PNPIC tem como responsável o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) em que diante a demanda de movimentação financeira prevalecente da indústria farmacêutica tende a ser a razão condutora para a prevalência do uso da fitoterapia como método de medicalização bastante expresso nos resultados perceptível no marco regulatório e nas prioridades dos documentos oficiais consultados dispostos adiante.

O Marco Regulatório para PIC no Brasil foi realizado, por meio da análise de conteúdo das legislações dispostas durante o processo de reconhecimento e implementação das PIC. Do ano de 1980 até o ano de 2005 é possível observar que as primeiras resoluções estabelecidas são referentes às práticas: homeopatia e fitoterapia seguida de plantas medicinais. Ao observar posteriormente as demais resoluções, a presença destas práticas continua a ser constante alinhando-se as prioridades das agendas com o foco na fitoterapia como demonstra inicialmente a figura 7.

Figura 7. Marco Regulatório das práticas integrativas e complementares no Brasil de 1980 a 2005.





Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

No ano de 2006 seguem as legislações apresentadas na figura 8 referentes à implantação da PNPIC e aprovação de outros instrumentos relacionados às práticas previstas na política assim como a inclusão das PIC no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) em que se observa o reflexo da recomendação da OMS e das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) sob a demanda efetiva de inserção de PIC no sistema de saúde sendo cumpridas.

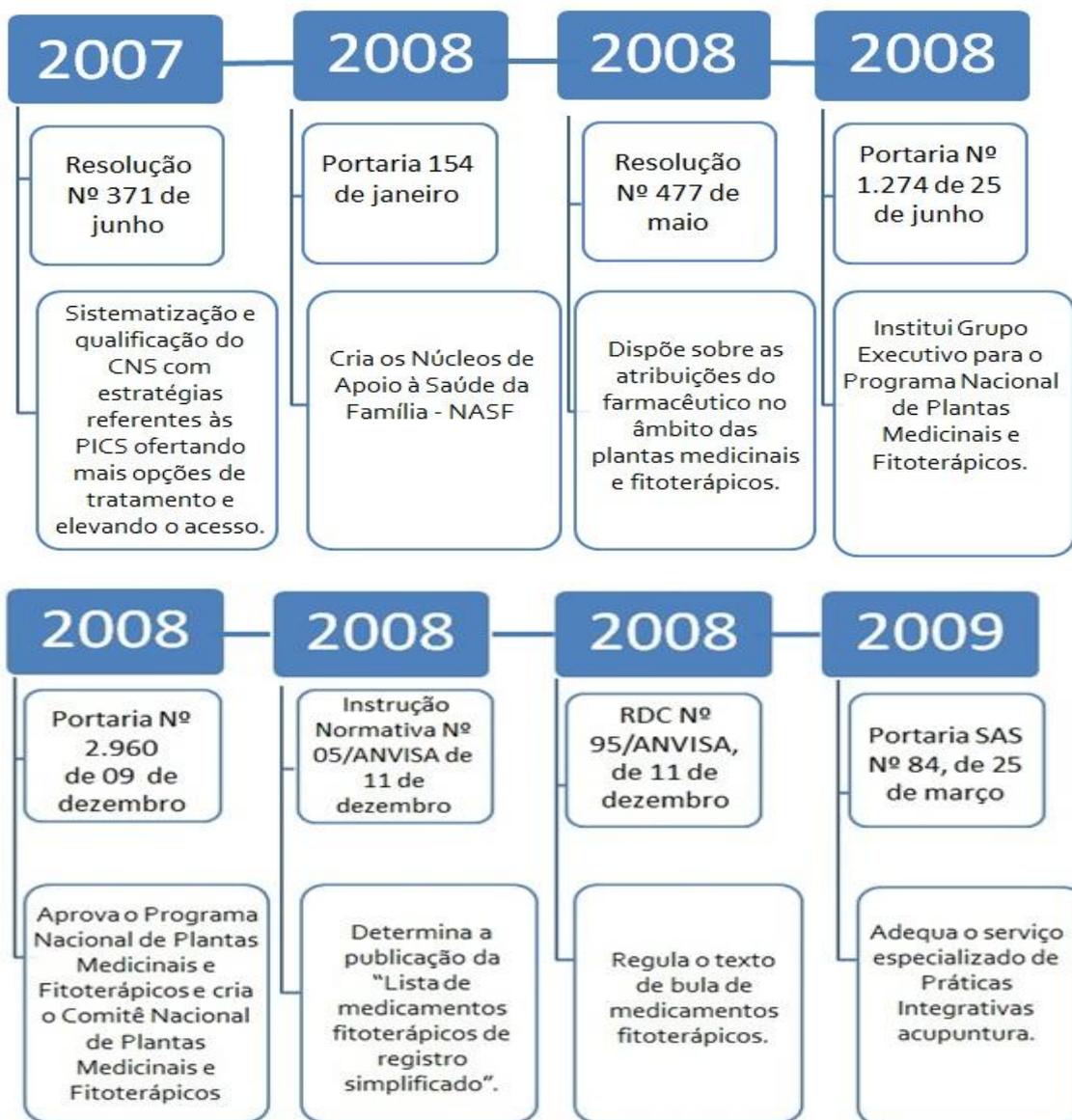
Figura 8. Marco Regulatório das práticas integrativas e complementares no Brasil no ano de 2006.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

Em 2007 e 2008 segue o foco sobre os fitoterápicos e plantas medicinais embasados nas legislações seguindo em uma lógica meio contraditória, pois segundo a figura 9 apresenta o Conselho Nacional de Saúde sendo sistematizado e qualificado ao apresentar estratégias para as PIC de modo que estas sejam práticas terapêuticas alternativas que possam ser outras opções de tratamento escolhidas pelos usuários do SUS, mas ainda nesse contexto há a presença do olhar voltado para a medicalização. Ter a disponibilidade e acesso aos fitoterápicos e plantas medicinais é de fato importante, entretanto deveria existir alguma resolução que firmasse o uso dessas práticas em últimos casos, pois é grande o potencial das demais técnicas que poderiam ser respaldadas com a mesma preocupação e embasamento político como tem tido os fitoterápicos e plantas medicinais, como é o caso acupuntura, que apresentou somente no ano de 2009 alguma legislação pertinente. Por meio das PIC deveria se aproveitar para gerar a mudança no comportamento das pessoas, para que possam desacostumar a buscar de imediato medicamentos e passarem a buscar técnicas terapêuticas que as conduza a um modo de vida saudável.

Figura 9. Marco Regulatório das práticas integrativas e complementares no Brasil no ano de 2008 e 2009



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

Em 2010 destaca-se a regulamentação do fisioterapeuta como profissional atuante nas PIC. Dentre as resoluções até então apresentadas, os únicos profissionais mencionados para a realização das práticas terapêuticas foram: o farmacêutico sobre o âmbito das plantas medicinais e fitoterapia, infere-se médicos homeopatas sobre os produtos relacionados à homeopatia e o fisioterapeuta atuando na acupuntura e nas práticas similares. Não há uma legislação que regulamente a atuação de profissionais não formados academicamente em saúde ou de profissionais que possam atuar nas PIC

nas técnicas que não tenham regulamentação específica. Observa-se essa ausência política que embasa que outros profissionais além dos mencionados podem atuar nas PIC desde que tenham formação nessas práticas, e que não necessariamente sejam médicos. Assim segue a figura 10.

Figura 10. Marco Regulatório das práticas integrativas e complementares no Brasil no ano de 2010.

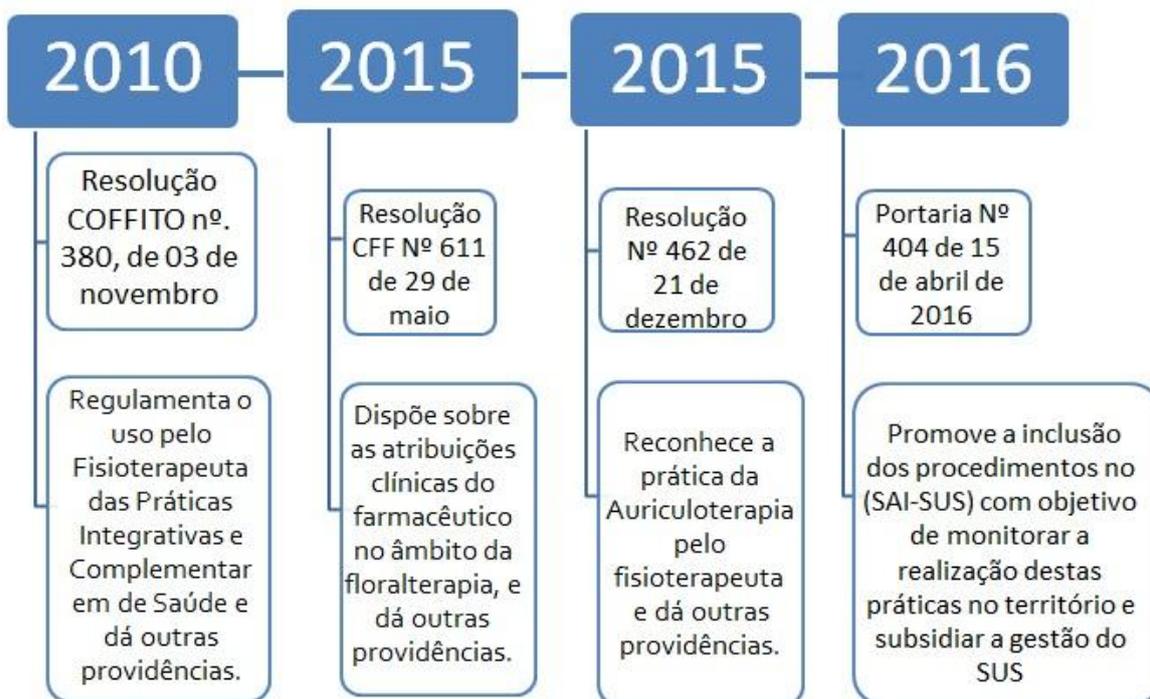


Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

As últimas legislações apresentadas na figura 10 apontam abordagens terapêuticas que ainda não haviam sido mencionadas no marco regulatório e nem mesmo na PNPIC, técnicas como a floralterapia, uma terapia baseada no uso da essência e energia das flores e a auriculoterapia, um procedimento de acupuntura.

Percebe-se que as práticas acupuntura, medicina antroposófica e termalismo expressas na política possuem ainda pouco embasamento político, seja para a atuação de profissionais, de estruturas para sua realização, de recursos para os insumos necessários ou simplesmente alguma norma que estimule o uso dessas práticas além das demais técnicas que são praticadas na rede pública de saúde e que também não constam expressamente na política ou em leis, como é o caso da floralterapia, das terapias corporais e de outras mencionadas no panorama das PIC no referencial teórico desse estudo.

Figura 11. Marco Regulatório das práticas integrativas e complementares no Brasil em 2015 e 2016.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

Essa contextualização histórica abordada destacou na linha do tempo os principais movimentos técnico-políticos na busca de institucionalizar as PIC na pauta governamental. Ao ser inserida como uma área prioritária do setor saúde, são apresentados os resultados referentes às prioridades sobre as PIC pactuadas nas instâncias consultivas e deliberativas relacionadas à revisão e implementação da agenda do SUS, as quais estão expressas nos documentos oficiais publicados. Tratam-se dos instrumentos de política responsáveis pela programação e planejamento das agendas nacionais e internacionais compondo as prioridades referentes às PIC.

O primeiro relatório técnico-político encontrado que sinaliza a inserção das PIC no SUS foi a Estratégia Mundial de Medicina Tradicional da OMS 2002 a 2005. Esse documento apresenta o comprometimento dos Estados-membro na formulação de políticas públicas referentes à inserção das PIC em seus sistemas de saúde (WHO, 2002).

Outro documento analisado foi o relatório do Plano Plurianual de 2004 a 2007, o qual não apresentou em seu conteúdo o tema das PIC, entre os programas, objetivos e metas relacionadas ao SUS. Isso sinaliza a baixa prioridade política das PIC na agenda

governamental nesse período, o que pode ter influenciado na alocação de recursos técnicos, políticos e financeiros para essa área.

O Plano Nacional de Saúde de 2004 a 2007 menciona entre suas prioridades a que seja efetivada a implementação das PIC que estão incluídas na PNPIC. No entanto, constatou-se uma ênfase na promoção do acesso a medicamentos fitoterápicos e homeopáticos na atenção básica. Trata-se de uma demanda importante, mas que deveria priorizar também as outras opções terapêuticas de modo a ultrapassar o modelo biomédico centrado na medicalização da atenção à saúde (BRASIL, 2004).

Em 2004, foi aprovada a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, juntamente com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) na ocasião da 2ª Conferência Nacional de CT&I em Saúde, que mobilizou gestores de políticas públicas, usuários e profissionais da saúde. A ANPPS sistematiza as linhas de pesquisa consideradas como estratégicas para o SUS, sendo estruturada em 24 sub-agendas temáticas (ALMEIDA-ANDRADE, 2007). Vale ressaltar que apesar de não haver sub-agenda de pesquisa específica para a área de PIC, foram identificadas sete linhas de investigação relacionadas a esse objeto de estudo distribuídas entre as outras sub-agendas, particularmente às relacionadas a medicamentos e saúde da mulher. Esse resultado aponta a importância de em oportunidades futuras de revisão da ANPPS incluir uma sub-agenda de pesquisa específica para as PIC, abordando as distintas opções terapêuticas.

Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares de Saúde (PNMNPCS) que consistiu no primeiro esforço nacional relacionado à formulação de uma política pública específica para essa área, atendendo à recomendação da OMS.

Entre as prioridades da PNMNPCS, destaca-se a proposta de padronização das PIC nas regiões brasileiras. Trata-se de uma iniciativa importante já que a ampliação do acesso também deve ser feita de modo universal, integral, considerando as especificidades dos distintos grupos sociais. Essa política apontou também a importância da participação social para ampliar o acesso da população às PIC. Ressaltou também a importância do fomento a pesquisas sobre PIC e o intercâmbio de experiências entre os serviços de saúde para aprimorar a implementação das diferentes opções terapêuticas das PIC no SUS (BRASIL, 2005). O quadro 1 descreve as principais prioridades políticas dos relatórios acima analisados.

Quadro 1- Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares de Saúde no SUS divulgadas nos instrumentos de políticas lançados de 2002 a 2007.

Instrumentos de Políticas	Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas de Saúde
<p>Estratégia Mundial de Medicina Tradicional da OMS (2002-2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio legislativo e de programas para que os estados membros desenvolvam suas próprias políticas de MT/MAC. • Desenvolvimento do uso racional da MT/MAC • Inclusão da MT/MAC na agenda governamental de prioridades dos sistemas nacionais de saúde. • Desenvolvimento e implementação de políticas e programas nacionais de MT/MAC. • Ampliação e disponibilização do acesso da MT/MAC para as populações desfavorecidas socialmente e economicamente. • Promoção segurança, qualidade e eficácia da MT/MAC. • Ampliação e fortalecimento à gestão do conhecimento e da informação sobre MT/MAC. • Redução de mortalidade, morbimortalidade por meio da MT/MAC.
<p>PPA 2004-2007 (Plano Pluri Anual)</p>	<p>Não há prioridades específicas para as PICS</p>
<p>Plano Nacional de Saúde 2004-2007</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação efetiva de práticas alternativas de saúde reconhecidas oficialmente que são: fitoterapia, homeopatia, acupuntura, massoterapia. • Obtenção de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, assim como informação sobre sua eficácia e efetividade comprovada mediante investigação científica. • Elevação da oferta de insumos e medicamentos fitoterápicos na farmácia básica nas unidades de saúde. • Incorporação e acesso de fitoterápicos na atenção básica. • Implantação da homeopatia nas unidades de saúde da família.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

Quadro 1 - Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares de Saúde no SUS divulgadas nos instrumentos de políticas lançados de 2002 a 2005. (Continuação)

<p>Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de novos medicamentos, compostos e formulações, incluindo homeopáticos e fitoterápicos. • Avaliação de programas relacionados à produção de fitoterápicos e homeopáticos para o serviço público. • Desenvolvimento pré-clínico de novas drogas incluindo fitoterápicos • Exploração, produção e controle de qualidade de fitoterápicos. • Estudos sobre medicina natural e práticas complementares em saúde no SUS incluindo homeopatia, acupuntura, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, fitoterapia e práticas corporais. • Estudos de práticas complementares e medicina natural nas diferentes fases na vida da mulher. • Estudos para elaboração e validação de protocolos clínicos referentes à homeopatia e à acupuntura.
<p>Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares de Saúde (PNMNPCS 2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Efetivação da incorporação da MNPC no SUS. • Redução das diferenças regionais na oferta de MNPC. • Disponibilização de opções preventivas e terapêuticas ampliando o acesso à saúde. • Contribuição para o aumento da resolubilidade do SUS e ampliação à MNPC. • Promoção e racionalização das ações em saúde, agregando as contribuições das MNPC. • Estimulação da participação e controle social sobre as ações de saúde que fazem parte da MNPC. • Desenvolvimento de estratégias de qualificação para profissionais do SUS referentes à MNPC • Estímulo de ações intersetoriais e busca por parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações para implementar a MNPC. • Garantia de acesso a medicamentos e estabelecimentos homeopáticos e fitoterápicos. • Incentivo à pesquisa sobre MNPC. • Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências em MNPC nos campos de atenção, educação e pesquisa em saúde.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

A anterior PNMNPCS foi reformulada e publicada em 2006 com o nome de Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). Essa mantém as prioridades da PNMNPCS exceto a questão da redução das desigualdades regionais relacionadas às PIC que não torna a aparecer no texto da política depois de renomeada.

Destaca-se nas prioridades da PNMNPCS o desenvolvimento de estratégias de qualificação para os profissionais do SUS sobre a Medicina Natural e Práticas Complementares de Saúde, não deixando claro se essa qualificação se estende a todos os profissionais ou a perfis específicos, pois reforçando de acordo com o marco regulatório, os únicos profissionais apresentados para a condução das PIC foram: farmacêuticos, fisioterapeutas e provavelmente médicos.

A partir desse pensamento ainda podemos acrescentar a questão da atuação de profissionais em PIC que não sejam formados academicamente em saúde, mas que tendo formação nas PIC podem exercer essas técnicas terapêuticas, como o Agente Comunitário de Saúde (ACS). A Comunidade de Práticas* por exemplo, tem oferecido cursos de uso de plantas medicinais e fitoterápicos a esses profissionais (BRASIL, 2016). Além disso, a formação do Acupunturista não é exclusiva à profissionais da saúde no Brasil. Muitos países já tem regulamentado a prática da acupuntura e o perfil de profissional exigido, que varia em cada país. No Brasil, a acupuntura é considerada uma especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina. No entanto, os conselhos de outras categorias profissionais de saúde também reconheceram a acupuntura como especialidade. Dessa maneira, a acupuntura tem sido exercida por uma gama variada de profissionais que inclui Acupunturista com formação no exterior, práticos com formação em cursos livres no Brasil, técnicos e especialistas em acupuntura (ROCHA et, 2015). Frente a esse contexto, é importante ampliar a o quadro de profissionais de saúde, incluindo o ACS, com qualificação em PIC a ser contratado e alocado na rede de serviços do SUS, na perspectiva de ampliar o acesso da população.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por exemplo, se atribui como uma equipe multiprofissional que inclui a atuação em PIC abrangendo em sua composição segundo o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) diversas profissões da área da saúde, entretanto apresenta na atuação da acupuntura o médico, logo se torna limitada, pois a acupuntura pode ser praticada não somente por médico, trata-se de uma

* Uma plataforma virtual que possibilita a interação de trabalhadores e gestores da atenção básica nas três esferas.

prática multiprofissional, mas que o SUS concentra como especialidade médica, ou seja, diante da prática da acupuntura e de demais intervenções o centro da atuação de quem pode exercer as PIC tem se atribuído ao papel específico do médico, não deixa claro que todos os profissionais da saúde podem ser atuantes nas PIC segundo a legislação brasileira (BRASIL, 2016).

Outro ponto a destacar seria a recomendação da política de educação permanente e a PNPIC priorizarem a formação continuada para investir na Atenção Básica, que é o foco da política (BRASIL, 2006). A formação continuada desses profissionais de saúde, para além dos médicos, com qualificação em PIC é, portanto, também outra iniciativa a ser avançada no âmbito da agenda sanitária governamental.

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos destaca em suas prioridades a necessidade de haver pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e inovações (PD&I) para os produtos e processos relacionados à fitoterapia, de modo a ampliar a produção e acesso a medicamentos fitoterápicos desta terapêutica seguindo na recomendação da OMS de fornecê-las de forma segura, eficazes e com qualidade (BRASIL, 2005).

Em 2011, foi publicado o Relatório de Gestão em PIC do período 2006 a 2010. Esse documento destaca novamente o foco nas técnicas fitoterápicas e uso de plantas medicinais como prioridade do SUS. Demanda também a regulamentação estadual e municipal para as PIC, a fim de reforçar o acesso dessas opções terapêuticas na rede de serviços do SUS. O quadro 2 expõe os documentos citados acima e suas prioridades políticas.

Quadro 2- Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares de Saúde relacionadas ao SUS divulgadas no ano de 2006.

<p>Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PNPIC 2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências já desenvolvidas na rede pública de saúde como: medicina tradicional chinesa, acupuntura, fitoterapia, homeopatia, medicina antroposófica e termalismo/crenoterapia. • Inserção da acupuntura no SUS, a fim de garantir o princípio da universalidade, integralidade e equidade. • Valorização a utilização das plantas medicinais no âmbito sanitário. • Incorporação no SUS das práticas como fitoterapia, acupuntura e homeopatia. • Incentivo do uso da fitoterapia na assistência farmacêutica pública e elaborar normas para sua utilização. • Incorporação e implementação da PNPIC no SUS sob a perspectiva da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, ênfase na atenção básica, com cuidado continuado, humanizado e integral na saúde. • Promoção racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras, por meio das PICS. • Contribuição à resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC com garantia de qualidade, eficácia, segurança e eficiência no uso. • Estímulo de ações referentes ao controle social assim como do interesse e envolvimento de responsáveis como gestores e trabalhadores de instâncias de efetivação da PIC. • Desenvolvimento de estratégias para qualificação de profissionais de saúde no SUS no âmbito das PICS. • Incentivo a ações intersetoriais por meio de busca de parcerias para o desenvolvimento integral das ações. • Fortalecimento da participação social. • Incentivo à pesquisa em PIC a fim de aprimorar a atenção à saúde • Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências de PIC nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa.
<p>Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos 2006</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a inserção do uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS. • Avaliação das questões relativas ao impacto de políticas intersetoriais sobre plantas medicinais e fitoterápicos. • Ampliação das opções terapêuticas aos usuários, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, considerando o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais. • Promoção de pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e inovações em plantas medicinais e fitoterápicos, nas diversas fases da cadeia produtiva e do desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas de plantas medicinais e fitoterápicos assim como o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional neste campo.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

Quadro 2 - Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares de Saúde relacionadas ao SUS divulgadas no ano de 2006. (continuação)

<p>Relatório de Gestão 2006 – 2010 Práticas Integrativas e Complementares no SUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição dos avanços e desafios para a consolidação das diretrizes da PNPIC. • Contribuição e impacto positivo da Medicina Tradicional Chinesa no mundo. • Harmonização das legislações de MTC com as dos países em que era inserida. • A Política Nacional de Plantas Medicinal e Fitoterápicos atende a demanda de abranger toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. • Instituição do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. <p>Sobre a inserção das plantas medicinais e fitoterápicos no SUS, destacam-se as prioridades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estruturação e fortalecimento da atenção em fitoterapia, incorporando o uso em diferentes níveis de complexidade com ênfase na atenção básica. • Estabelecimento de critérios técnicos para o uso das plantas medicinais e fitoterapia. • Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico e cooperação técnica objetivando conhecimento e troca de informações das experiências na atenção à saúde, formação, educação permanente e pesquisa. • Normatização das PICS por meio de Decretos, Resoluções, Portarias e RDC. • Regulamentação estadual e municipal das PICS a partir da PNPIC, (alguns estados: CE, SP, ES, RJ, SC, MG, RS, PA). • Acompanhamento e monitoração das ações das PICS no SUS. • Formação e educação permanente a partir de ações estratégicas para a formação dos profissionais de saúde. • Investimento em pesquisas nas PICS. • Institucionalização da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do Ministério da Saúde. • Definição de ações e estratégias para capacitação de profissionais de saúde em práticas integrativas e complementares no SUS. • Definição instrumento de avaliação e monitoramento dos programas municipais e estaduais de PICS no SUS. • Elaboração de Projeto de Lei para a criação de Marco Legal para as PICS no Brasil.
---	---

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

No Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), novamente a medicalização do cuidado é considerada como prioridade entre as técnicas das PIC, destacando o acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos. Verifica-se que esse documento inclui o termalismo como uma das prioridades da PNPIC que merece mais atenção em outros instrumentos de política. Trata-se de um reconhecimento da importância da hidroterapia que tem sido pouco estimulada no âmbito da rede de saúde.

Posteriormente apresenta-se o Plano Plurianual 2008-2011 e o Plano Nacional de Saúde de 2008 a 2011, os quais também não incluíram nenhuma agenda relacionada às PIC refletindo na análise de que nesses quatro anos nenhuma demanda foi pensada apesar de apresentar algumas legislações como mostra o quadro 3.

Quadro 3 - Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares de Saúde no SUS expressos nos instrumentos de políticas lançados em 2007 e 2008.

<p>Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exigência do cumprimento das normas da vigilância sanitária no que diz respeito à garantia de acesso da população a produtos de fontes seguras e de qualidade monitorada como medicamentos, entre eles fitoterápicos. • Pactuação da implantação e implementação da PNPIC por parte do Ministério da Saúde e Secretarias estaduais e municipais de saúde, incluindo e incentivando a utilização de terapias alternativas na atenção básica. • Garantia de aquisição contínua de medicamentos padronizados, fitoterápicos e homeopáticos, de incentivo e implementação de farmácias vivas, orientação de fitoterapêutas na rede básica. • Inclusão de temas referentes à fitoterapia e plantas medicinais em cursos de graduação da saúde. • Fortalecimento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica em todas as esferas de gestão proporcionando integralidade na assistência incluindo as práticas integrativas e complementares. • Valorização dos fitoterápicos e práticas terapêuticas alternativas na Estratégia Saúde da Família especialmente área indígena e quanto ao apoio à agricultura familiar. • Garantia de formação continuada e cursos de especialização em acupuntura, por parte do MS, para os profissionais da rede do SUS. • Implantação de núcleo do programa de saúde integrativa com serviço médico em homeopatia, acupuntura, fitoterapia e serviço de farmácia homeopática e fitoterápica. • Ampliação do contingente de médicos homeopatas no SUS.. • Reconhecimento por meio do SUS de todos os locais pioneiros de hidroterapia. •
<p>PPA 2008-2011</p>	<p>Não apresenta ações específicas sobre as PIC.</p>
<p>Plano Nacional de Saúde 2008-2011</p>	<p>Não apresenta ações específicas sobre as PIC.</p>

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

No Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em 2009 como mostra o quadro 4, a demanda apresenta a incorporação de mais práticas no escopo da PNPIC, o que é realmente necessário, pois sabe-se que há técnicas que são realizadas no SUS, mas que não estão expressas na política, tais como: yoga, musicoterapia, práticas corporais e meditativas (GUAZINA; TITTONI, 2009; WHO, 2002; OTANI; BARROS, 2011). Essas intervenções de baixo custo tecnológico e amplamente difundidas no oriente, por meio das medicinas ayurvédica e chinesa, por exemplo, foram desconsideradas como demanda prioritária da agenda do SUS sobre as PIC. Essas análises sinalizam para a importância de inserir as PIC na grade curricular das profissões de saúde, principalmente, como disciplinas obrigatórias de caráter teórico-prático. Esse embasamento científico e as vivências experienciadas pelos futuros profissionais de saúde durante seu processo de formação acadêmica pode contribuir para a superação do atual modelo biomédico hegemônico centrado na medicalização da saúde e hospitalização do cuidado.

O documento Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde (PESS), lançado em 2011, expressa como uma linha de pesquisa prioritária para o SUS a realização P&D sobre fitoterápicos, com base na plantas medicinais da flora brasileira. Trata-se de uma relevante área de pesquisa, pois no Brasil encontra-se o maior acervo da biodiversidade do planeta, contando com 15% do total de dois milhões de espécies da fauna e flora já catalogadas, conforme Almeida-Andrade (2015). No entanto, verifica-se, novamente, a restrita abordagem das PIC, enfocando na área de fitoterápicos.

Na 14ª CNS realizada em 2012 e no Plano Plurianual de 2012 a 2015 foi priorizada a articulação de PIC ao modelo de atenção integral das famílias indígenas, ressaltando a importância dos profissionais se conscientizarem sobre a diversidade cultural. No Plano Nacional de Saúde 2012-2015, foi identificada a priorização quanto à definição e articulação de ações intersetoriais que utilizem medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais baseadas no conhecimento afro-brasileiro e indígena, contribuindo para a expansão do conhecimento das PIC na temática diversidade cultural.

Quadro 4- Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares de Saúde no período de 2009 a 2015.

<p>Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC 2009</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preconiza o reforço à integração no SUS por meio da Atenção Básica. • Ampliação do escopo das PICS na PNPIC • Inserção do ensino das PICS no ensino de graduação dos cursos de saúde • Capacitação e aperfeiçoamento das equipes de saúde em todos os níveis do sistema. • A política assegura o acesso aos usuários do SUS à medicina tradicional chinesa com acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, observatórios de termalismo e medicina antroposófica. • Intercâmbio de experiências exitosas de modelos instituídos em outros países nos sistemas oficiais de atenção à saúde (Cuba, Itália, Brasil, China, México e Bolívia). • Estratégias relativas às PICS por parte da OMS em: política, segurança, acesso e uso racional. • Expansão do reconhecimento das PICS por todo mundo. • Financiamento de projetos de pesquisa em acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterápicos ampliando a informação referente às PICS ao público. • Criação de um Centro Colaborador em Medicina Tradicional/ Medicina Complementar Alternativa. • Definição de estratégias de implantação da acupuntura. • Introdução de práticas meditativas. • Implantação do termalismo nos demais municípios e estados. • Fortalecimento de pesquisas com plantas medicinais.
<p>Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde (2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de núcleos municipais de práticas integrativas e complementares em saúde. • Ampliação de recursos para assistência farmacêutica, incluídos fitoterápicos. • Garantia de recursos financeiros para o fortalecimento da medicina tradicional especificamente em implementação de estrutura física em farmácias vivas em aldeias. • Implantação da PNPIC no SUS, ofertando novas práticas integrativas e complementares nos serviços de atenção básica. • Conscientização profissionais de saúde quanto às diversidades culturais no que se inclui o uso de plantas medicinais.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

Quadro 4 - Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares de Saúde no período de 2009 a 2015. (continuação)

<p>Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde (PESS 2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção do acesso seguro e uso racional de medicamentos, plantas medicinais e fitoterápicos. • Apoio e fortalecimento para a inclusão das PICS na rede de atenção à saúde, garantindo sua organização, informação e comunicação, assim como a qualificação e capacitação dos profissionais. • Estudos que preencham as lacunas do desenvolvimento de fitoterápicos a partir de plantas medicinais da flora brasileira, priorizando as espécies que demonstram potencial de gerar produtos para o SUS. • Promoção do acesso seguro e uso racional de medicamentos, plantas medicinais e fitoterápicos.
<p>PPA 2012-2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio e fortalecimento para a inclusão das PIC nas redes de atenção à saúde, garantindo organização, informação e comunicação, qualificação e capacitação dos profissionais. • Promoção do acesso seguro e uso racional de medicamentos, plantas medicinais e fitoterápicos. Articulação de práticas e medicinas tradicionais relacionadas ao modelo de atenção integral a famílias indígenas.
<p>Plano Nacional de Saúde 2012 - 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento das PIC nas redes de atenção, abrangendo a organização, qualificação, capacitação de profissionais; informação, promoção de estudos e pesquisas. • Implementação de medidas consistentes à promoção do uso racional de medicamentos incluindo fitoterápicos e plantas medicinais. • Definição e pactuação de medidas intersetoriais que possibilitem a utilização de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais baseados em conhecimentos afro-brasileiros e indígenas. • Financiamento de fitoterápicos pelo MS (Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos). • Ampliação ao acesso de fitoterápicos no SUS. • Estímulo ao mercado de medicamentos incluso fitoterápicos e homeopáticos. • Ampliar o elenco de medicamentos fitoterápicos da assistência farmacêutica básica.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

Outro importante movimento dos atores em relação às PIC consistiu no lançamento da Estratégia Mundial de Medicina Tradicional da OMS de 2014 a 2023. Essa iniciativa mundial revisa a Estratégia de 2002 a 2005, já abordada neste estudo, reforçando as prioridades anteriormente expressas. Além disso, a OMS expressou nesse novo documento questões sobre os problemas que alguns países vinham enfrentando para efetivar a incorporação das PIC em seus sistemas de saúde. Entre esses, os desafios encontrados para a formulação de políticas públicas específicas para essas opções terapêuticas, mobilizando a comunidade internacional a refletir sobre a formulação de uma resolução no âmbito da Assembleia Mundial de Saúde específica para que a recomendação seja pactuada entre os Estados-membro e cumprida em âmbito nacional. De modo geral, a Estratégia de 2014-2023 aborda a relevância das PIC, mas não apresenta recomendações específicas, como por exemplo, sobre uma agenda de opções e técnicas terapêuticas para orientar a incorporação das PIC nos sistemas nacionais de saúde.

Ao analisar a Estratégia da OMS de 2002 a 2005 relacionada às PIC e a de 2014 a 2023 verificou-se que centram o debate na adoção das PIC e sua incorporação nas agendas sanitárias nacionais. Torna-se relevante que além do cumprimento de tal demanda os países possam também realizar a pactuação e o intercâmbio e cooperação entre os países de quais são as possibilidades terapêuticas a serem ofertadas. A transferência tecnológica e de conhecimento dos saberes populares e culturais relacionados às PIC é estratégico para que os países conheçam experiências exitosas, de baixo custo e amplo acesso. Nessa perspectiva, a OMS e seus escritórios regionais como a Organização Pan-Americana da Saúde tem um papel fundamental na identificação dessas experiências, mobilização e aproximação dos países que já inseriram as PIC entre suas prioridades na agenda governamental, de tal modo que a OMS compartilhe sua agenda específica de terapias para a contribuição desse processo, promovendo uma transferência tecnológica dessas intervenções que possuem capacidade de agir em nível individual e coletivo, com baixa intensidade tecnológica podendo ser de baixo custo.

O relatório da 15ª CNS realizada em 2015 não estava publicado na fase de coleta de dados deste estudo. Foi analisado, então, documento orientador de debate relacionado à agenda da 15ª CNS. Foi identificado um ponto de pauta relacionado às PIC que foi discutido no plenário do CNS sob o título: ‘Recomendação Nº 10 de 11 de agosto de 2011’ que descrevia, por exemplo, a importância articulação e parceria com o

Ministério de Minas e Energias para viabilização de setores de crenoterapia e águas termais no Brasil; o avanço na inserção das PIC nos três níveis de atenção; a criação de residência multiprofissional na área de PIC e outras demandas prioritárias para serem inseridas no SUS que estão descritas no quadro 5. Essas considerações são bastante relevantes para ampliar a agenda de intervenções terapêuticas no campo das PIC no SUS. É importante que futuros estudos averiguem se essas demandas políticas foram aprovadas no âmbito da 15ª CNS e foram incluídas no relatório final e Plano Nacional de Saúde aprovado para o período de 2016 em diante.

Por final, foi analisado o Plano Pluri Anual 2016- 2019, no qual se identificou como prioridade política relacionada às PIC o foco sobre a ampliação da produção e comercialização de produtos fitoterápicos. Não foi localizado na estratégia de busca o relatório do Plano Nacional de Saúde para o quadriênio 2016 a 2019.

Quadro 5- Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares de Saúde no SUS no período de 2014 e 2015.

<p>Estratégia Mundial de Medicina Tradicional da OMS (2014-2023)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Promover redução de gastos por meio da adoção da PIC.• Desenvolver políticas e estratégias refletidas na necessidade e formas mais populares de PIC.• Promoção da utilização segura e eficaz da PIC por meio de regulamentações, incorporação de produtos, profissionais e práticas nos sistemas de saúde.• Aprimoramento disponibilidade e acessibilidade da medicina tradicional principalmente à população pobre.• Promoção uso terapêutico racional da PIC entre profissionais e usuários.• Discussão e resolução dos problemas pertinentes à integração da PIC.• Exame da contribuição que a PIC pode efetuar em prol da saúde e prestação de serviços.• Auxílio os países a determinar a melhor maneira de promover saúde e proteger os usuários que recorrem aos produtos, práticas e profissionais incluindo na agenda nacional sanitária as PIC.• Auxílio aos Estados-membros a definir e regulamentar diferentes disciplinas e modalidades de PIC.• Coordenação dos recursos técnicos globais com objetivo de estabelecer um consenso de definições básicas sobre PIC.• Fortalecimento a garantia de qualidade, segurança e eficácia adequada da PIC por meio de seus produtos, práticas, profissionais e regulamentações.• Compilação e analisar as sínteses de dados sobre a utilização de PIC
---	---

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

Quadro 5 - Prioridades Nacionais e Internacionais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares de Saúde no SUS no período de 2014 e 2015.
(continuação)

<p>Agenda Prévia da 15ª Conferência Nacional de Saúde (2015)</p>	<p>Não foi encontrado relatório definitivo, apenas a agenda dessa Conferência, que trazia como proposta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O avanço na implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, assegurando o respeito às escolhas das pessoas e as práticas e saberes em saúde das populações tradicionais, na perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção à saúde; <p>E as seguintes recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantia do recurso financeiro para a PNPIC seja de fato alocado; • Instituição da Coordenação Permanente da PNPIC de forma que entre na estrutura física do organograma do MS. • Valorização das práticas populares de saúde, tomando medidas para preservar e proteger a atuação de mateiras (os), benzedeiras (os), parteiras e outras(os), articulando-as às práticas integrativas e complementares de Saúde no âmbito do SUS; • Fortalecimento da política de articulação com a Presidência da República e com o Poder legislativo, para regulamentação por meio de Decreto e posteriormente lei, visto a sua interface com outros Ministérios, como: Ministério de Minas e Energia (Termalismo), Ministério da Agricultura (Moxas, Plantas e Ervas), Ministério da Ciência e Tecnologia (equipamentos e pesquisas na área de tecnologia), Ministério da Educação e Cultura (normativas educacionais, diretrizes em PICs para as profissões de saúde, formações) Ministério da Educação (formação/treinamento de profissionais de saúde na graduação e pós-graduação, pesquisa); • Sensibilização os Gestores, CONASS, CONASEMS e Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde a partir de campanhas direcionadas, específicas, para implementação de políticas locais e contratação multiprofissional para atuação nas PICs; • Promoção da articulação interministerial e interinstitucional junto para a viabilização de um setor de crenoterapia e águas termais no Brasil
<p>PPA 2016 -2019 Plano Plurianual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação da produção e comercialização de produtos fitoterápicos

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2016). Elaboração própria.

De modo geral, de todos os instrumentos de política relacionados ao SUS, observaram-se as prioridades nas intervenções: acupuntura, fitoterapia e plantas medicinais, antroposofia, homeopatia e termalismo, de modo desigual, trazendo foco para a fitoterapia e uso de plantas medicinais sob a ideia de medicalização. Nenhuma prioridade referenciou alguma demanda relacionada aos aspectos espirituais e emocionais, fatores que são trabalhados pelas PIC, logo encontram-se negligenciados na agenda governamental. Considerando que o Brasil tem vulnerabilidade tecnológica e o seu maior foco é a doença, através das PIC sob a sua abordagem de promover saúde, prevenir e tratar doenças por meio de recursos endógenos naturais consegue-se ter o fortalecimento dos aspectos psicoespirituais na saúde com abordagem integral. Uma alternativa para trabalhar esse aspecto seria a atuação de profissionais como psicólogos realizando trabalhos terapêuticos como as terapias comunitárias, um trabalho expressivamente importante que refletiria na redução de serviços desnecessários, pois muitas pessoas precisam de cura emocional, da dimensão psicoespiritual.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do mapeamento e da análise de todas as prioridades compreendidas no marco regulatório e nos documentos técnico-políticos consultados deve-se considerar a otimização das PIC diante duas abordagens específicas: quanto aos profissionais e quanto à compreensão de como as PIC devem atuar.

Visto que a figura do profissional que conduz as PIC é bastante relevante para a multiplicação do acesso a essas técnicas terapêuticas e à atenção em saúde, torna-se necessário inserir na grade curricular de todos os cursos relacionados à saúde, disciplinas obrigatórias na modalidade teórico-prática sobre PIC, estimular além da aplicação a participação e vivência das PIC para os profissionais e para os estudantes de saúde, realizar a ampliação no quadro de profissionais que podem atuar nas PIC, pois essas práticas não são exclusivas de categorias profissionais, todo profissional de saúde que desenvolve qualificação tem potencial para colocar em prática essas abordagens, promover qualificação em educação continuada por meio da ampliação dos cursos técnicos e pós-graduação em PIC e implementar as residências multiprofissionais em PIC.

Em relação à atuação das PIC a partir do olhar de medicalização bastante expressivo nas prioridades quanto à fitoterapia, entende-se que por meio das PIC deve-se estimular a busca pelas outras práticas terapêuticas de modo a substituir a medicalização. Muitas pessoas procuram as unidades de saúde com problemas e doenças acarretadas pela falta de escuta, acolhimento e atenção, e as demais PIC têm o objetivo e potencial de sanar esse tipo de ausência promovendo a integralidade dessas pessoas. As PIC que não têm ganhado tanta visibilidade quanto ao respaldo legislativo e de divulgação podem evitar prestações de serviços desnecessários como, por exemplo, as cirurgias e os tratamentos medicamentosos que podem provocar danos.

Uma sugestão seria acolher a prioridade de articulação com outros atores para ampliar o oferecimento das PIC, assim como incorporar as práticas que não estão expressas na PNPIC de modo a expandir as PIC para todos os níveis de complexidade em saúde e realizar a divulgação das PIC em meios midiáticos por exemplo.

Por serem técnicas naturais, espera-se que a adoção das PIC faça a diferença na atenção à saúde influenciando em modos de vida saudáveis e no bem estar físico, mental, emocional e psicoespiritual. Deve haver estímulo e priorização de técnicas que

trabalham sobre os aspectos emocionais e psíquicos, de modo que essas áreas deixem de ser negligenciadas e sejam incluídas nas agendas dos instrumentos políticos.

Dessa maneira, conclui-se que as prioridades sobre as PIC precisam ter seu objetivo retomado como técnica terapêutica que tem por objetivo proporcionar além da prevenção, promoção e recuperação da saúde, a integralidade, a harmonia e o equilíbrio das pessoas que as buscarem, empoderando-as, acolhendo-as e transformando-as.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, J.; DOS REIS, N.; COSTA, I. O uso da medicina alternativa ou complementar em crianças com dermatite atópica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 167-168, Fev. 2011.

ALMEIDA-ANDRADE, P. **Avaliação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: contribuições para pesquisa & desenvolvimento em biotecnologia em saúde (2004-2014)**. 269f. Tese (doutorado – doutorado em Política Social), Universidade de Brasília (UnB). Brasília, Distrito Federal, 2015.

ALMEIDA-ANDRADE, P. **Análise da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (1990 a 2004): a influência de atores e agendas internacionais**. 224f. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Política Social)-Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

ANDRADE, J. **Medicina alternativa e complementar: experiência, corporeidade e transformação**. Salvador: UFBA; Fortaleza: EdUECE, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA ANTROPOSÓFICA (ABM). **Medicina antroposófica** [online] 2016. Disponível em: < <http://www.abmanacional.com.br/index.php?link=8&id=1> > Acesso em: março de 2016.

BARBOSA M. et al. Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. **Revista de Enfermagem**, UERJ, v.12, n.1, p. 38-43, 2004.

BARROS, N. **Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica**. São Paulo: Annablume: FAPESP, 2000.

_____. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 850-850, 2006.

BERINGS, Liane. **Vida saudável pela iridologia**. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2005. 68p.

_____. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2007. Brasília, DF, 2004. 226p.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares. Brasília, 2005. 98p.

_____. Decreto de 17 de fevereiro de 2005. Cria grupo de trabalho para formular proposta de política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos, e dá outras providências. Brasília, DF, 18 de fev. 2005.60p.

_____, Portaria n. 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. 2006

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. Brasília, 2006. 92p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF, 10 nov. 1998. 16p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Plano Plurianual 2008 – 2011**. Mensagem ao Congresso Nacional. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2004. 124p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde**. SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro. Brasília, 2007. 246p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º Seminário Internacional da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC** / Ministério da Saúde, Secretaria

de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 196p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde**. SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro. Brasília, 2011. 230p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Pesquisas estratégicas para o sistema de saúde - PESS**. Brasília, 2011. 100p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Plano Plurianual 2012-2015**. Plano Mais Brasil. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2011. 278p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 59p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **15ª Conferência Nacional de Saúde**. [online] Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/index.html> Acesso em: maio de 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Plano Plurianual 2016-2019**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2016. 205p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Comunidade de Práticas** [online]. 2016. Disponível em: <<https://novo.atencaobasica.org.br/>>. Acesso em: março/ 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portal da Saúde** [online]. 2016. Disponível em < http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php>. Acesso em: junho/2016.

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BRÉSCIA, V. **A música como recurso terapêutico**. Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais, IXV, IX. 2009.

CASSAR, M. Manual de massagem terapêutica. **Um guia completo de massoterapia para o estudante e para o terapeuta**. Tradução: Dayse Batista. São Paulo: Manole, 2001.

CINTRA, M; FIGUEIREDO, R. **Acupuncture and health promotion: possibilities in public health services**. Interface (Botucatu). 2010, v.14, n.32, p. 139-54

CORREA, C. Grupo Ginástico Granbery: **Trajatória, movimento, criatividade, lazer**, Juiz de Fora. 2009.

COHEN, L. et al. Psychological adjustment and sleep quality in a randomized trial of the effects of a Tibetan yoga intervention in patients with lymphoma. **Cancer**, v. 100, n. 10, p. 2253-2260, 2004.

CHACON, Frederick August Folha; SILVA, Guilherme Pinheiro Ferreira da; FALCÃO, Cristina de Santiago Viana ; ARAÚJO, Framartinho Carlos Silva. **Efeitos da prática chi kung em pacientes cardiopatas**. Revista Inspirar, v. 5, n. 1, p. 1-5, 2013.

DA ROCHAI, I. et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, p. 687-694, 2009.

DA SILVA, A. **Fundamentos da Medicina Tradicional Chinesa**. 1997. Disponível em: <http://portalsaude.dominiotemporario.com/doc/Alexander_Raspa_da_Silva_-_FUNDAMENTOS_DA_MEDICINA_TRADICIONAL_CHINESA.pdf> Acesso em: fevereiro de 2016.

DE ANDRADE, J.; DA COSTA, L. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.

DE LIMA GÓIS, C.; RIBEIRO, K. Biodança, saúde e qualidade de vida: uma perspectiva integral do organismo; **Revista Pensamento Biocêntrico**. Pelotas, nº 10 p. 43. junho/dezembro, 2009.

DE MIRANDA CASTRO, A.; DE SÃO PEDRO, A.; ITÁLIA, R. O Termalismo tem lugar na Reumatologia nos dias atuais? **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, n. 2, p. 161-162, 2006.

DOS REIS, A. Biodança: a dança da vida. **Revista Pensamento Biocêntrico**. Pelotas, nº. 11, p. 71. janeiro/junho, 2009.

FRANCO, T.; LIVRAMENTO, A. A ginástica terapêutica e preventiva chinesa Lian Gong/Qi Gong como um dos instrumentos na prevenção e reabilitação da LER/DORT. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 121, p. 74-86, 2010.

FERREIRA, V.; PINTO, A. A fitoterapia no mundo atual. **Química Nova**, v. 33, n. 9, p. 1829-1829, 2010.

FERREIRA, M. et al. **Os contributos do yoga para o potencial empreendedor dos estudantes universitários. 115f.** Tese de mestrado. Inovação e Empreendedorismo Tecnológico. Faculdade de Engenharia. Universidade do Porto, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. 2012.

FOLLADOR, E. Medicina antroposófica: um novo paradigma para as questões da medicina moderna. **Revista de Medicina**, v. 92, n. 3, p. 166-172, 2013.

FROSI, T.; POZATTI, M. Práticas corporais integrativas e saúde emocional. **Revista Didática Sistemática**, v. 13, n. 1, p. 76-92, 2011.

GASPERI, P.; RADUNS, V.; GHIORZI, Â. A dieta ayurvédica e a consulta de enfermagem: uma proposta de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 495-506, 2008.

GIMBEL, T. **A energia criativa através das cores**. São Paulo: Pensamento; 1995.

GNATTA, J. et al. O uso da aromaterapia na melhora da autoestima. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1113-1120, 2011.

GUAZINA, L.; TITTONI, J. **Musicoterapia institucional na saúde do trabalhador: conexões, interfaces e produções**. *Psicologia & Sociedade*. São Paulo SP. V.21, n.1, p.108-117. 2009.

_____; DORNELLAS, Eliane Vasconcellos; SILVA, Maria Júlia Paes da. O uso da aromaterapia no alívio da ansiedade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 257-263, 2011.

GOMES, G.. **Musicoterapia em sala de aula: Desafios e Conquistas**. Anais do XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, XI Fórum Paranaense de Musicoterapia e IX Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia. 2009, Curitiba. Musicoterapia em sala de aula: Desafios e Conquistas. Curitiba: Griffin, 2009. p. 550-552.

GUSMÃO, S. História da medicina: evolução e importância. **Jornal Brasileiro de Neurocirurgia, Porto Alegre**, v. 15, p. 5-10, 2004.

HUFFORD D. Folk medicine and health culture in contemporary society. *Primary care: clinics in office practice*, v. 24, n.4, p.723- 741. 1997

HUGHES E. Overview of complementary, alternative, and integrative medicine. *Clinical Obstetrics Gynecology* 2001; 44(4):774-779.

JATAI, J.; SILVA, L. Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 691-5, 2012.

LANDGREN, K. **Ear Acupuncture: a practical guide.** New York: Elsevier; 2008.

LEE, M. Lian Gong em 18 terapias. **Forjando um corpo saudável.** São Paulo: Pensamento, 1997. 128p.

LIMA, M. **Massoterapia, ações que maximizam a qualidade de vida no trabalho.** 2011. 40 f. Monografia (Bacharelado em Administração)—Universidade de Brasília, Manaus, 2011.

LUZ, M.; WENCESLAU, L. Goethe, Steiner e o nascimento da arte de curar antroposófica no início do século XX. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 98, p. 85-102, 2012.

LUZ, T.; BARROS N. **Racionalidades médicas e praticas integrativas em saúde.** Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS—UER/Abrasco, p. 185-216, 2012.

MARTINI, L.; CARDOSO, M.; SANTOS, M. **Medicina Tradicional Chinesa no tratamento da obesidade.** 2009. Disponível em: <L Martini, M Cardoso, MC Santos - 2009 - siaibib01.univali.br> Acesso em: março de 2016.

MOREIRA, M.; GONÇALVES, R. **Medicina tradicional, complementar e alternativa no mundo.** Porto, 2011. Disponível em: < M MOREIRA, R GONÇALVES - 2011 - ipnaturologia.com > Acesso em: maio de 2016.

MOTA, A. **A Massagem no Alívio da Dor na Criança com Patologia Oncológica.** Porto, ICBAS, 2012.

NATIONAL CENTER OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE (NCCAM). What is Complementary and Alternative Medicine Bethesda; National Institutes of Health. 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Ginebra: OMS, 2002. 72p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. Ginebra: OMS, 2013. 72p.

OTANI, M.; BARROS, N. 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, Mar. 2011.

PARSHAD, O. Role of yoga in stress management. **The West Indian Medical Journal**, v. 53, n. 3, p. 191-194, 2004.

PASCALE, Maria Aparecida. **Ergonomia e Alzheimer: a contribuição dos fatores ambientais como recurso terapêutico nos cuidados de idosos portadores da demência do tipo Alzheimer**. 2002. 120 f. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina.

PERINI, M.. **Terapia dietética chinesa**. São Paulo: Loyola, 2003.

PRICE, S. **Aromaterapia para doenças comuns**. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1999.

QUINTELA, M. Saberes e práticas termais: uma perspectiva comparada em Portugal (Termas de S. Pedro do Sul) e no Brasil (Caldas da Imperatriz). **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 2004, vol. 11, supl. 1, ISSN 0104- p.239-260, 2004.

SEVERINO, R. **Tai Chi Chuan**. São Paulo: Ícone, 1991.

SOPHY, M. **Cromoterapia: qualidade das cores e técnicas de aplicação**. São Paulo: Roca, 2006.

SOUSA, I.; VIEIRA, A. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. supl, p. 255-266, 2005.

RASMUSSEN, R. **Compreensão ayurvédica do processo de doença psicossomática.** In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro, Convenção Brasil/Latinoamérica, XIII, VIII, II, 2008.

REZENDE, H.; COCCO, M. A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. **Revista Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 282-288, 2002.

RIBEIRO, R.L.M. **A escolha entre terapias não convencionais e medicina convencional: uma análise sociológica das motivações e preferências dos doentes. 2010. 171f** [Tese de Mestrado]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Disponível em < <http://hdl.handle.net/10316/15375>> Acesso em: maio 2016.

ROCHA, S. et al. **A trajetória da introdução e regulamentação da acupuntura no Brasil: memórias de desafios e lutas.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n.1, p.155-164. 2015.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. O conceito de saúde. **Revista. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997.

SOARES, E.G. O princípio Biocêntrico. *Revista da Frater*. 2015. 6 p. Disponível em: < <http://www.biodanza.com.br/O%20principio%20biocentrico.pdf>> Acesso em: maio de 2016.

SCHEFFER, M. **Terapia Original com as Essências Florais de Bach, a.** Editora Pensamento, 1981. 229 p.

SCHEFFER, M. **Descobrimos a iridologia um pouco da história.** Editora Pensamento, 1981. p 15, 16, 19.

TESSER, C.; BARROS, N. 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, Out. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Geneva: WHO, 2002. 72p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014 - 2023**. Geneva: WHO, 2002. 72p.

ZHUANG, Y. **Lian Gong Shi Ba Fa**. São Paulo: Pensamento, 2000.