

EUGENIO ANGELO BICALHO GOMES

A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS  
E COMPLEMENTARES: O CASO DE BELO HORIZONTE

Belo Horizonte

2009

EUGENIO ANGELO BICALHO GOMES

A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS  
E COMPLEMENTARES: O CASO DE BELO HORIZONTE

Monografia apresentada à Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, como requisito parcial para aprovação no XVII Curso Superior de Administração Pública, desenvolvida na Superintendência de Atenção à Saúde SES/MG, sob orientação da pesquisadora da Fundação João Pinheiro Ana Paula Salej.

Belo Horizonte

2009

EUGENIO ANGELO BICALHO GOMES

A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS  
E COMPLEMENTARES: O CASO DE BELO HORIZONTE

Monografia apresentada à Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, como requisito parcial para aprovação no XVII Curso Superior de Administração Pública, desenvolvida na Superintendência de Atenção à Saúde SES/MG, sob orientação da pesquisadora da Fundação João Pinheiro Ana Paula Salej.

Banca Examinadora:

---

Ana Paula Salej (Orientadora) - FJP  
Mestrado em Ciência Política

---

Maria Ruth Siffert Diniz Teixeira Leite - FJP  
Mestrado em Política Pública

---

Cláudia Júlia Guimarães Horta – FJP  
Doutorado em Demografia

Belo Horizonte, 04 de Novembro de 2009

Agradeço a todos que estiveram nesta jornada e, sobretudo aos que continuarão me dando força e coragem para superar os obstáculos que porventura venham a ocorrer. Dentre eles mestres, amigos e humildes companheiros de luta. A família pelo abrigo, aprendizado e aos exemplos dados que ajudaram a me constituir como o ser atual. A Deus por permitir estar aqui presente e poder aprender um pouco mais para o meu aprimoramento. Conto com Seu, amparo, apoio e dedicação hoje e sempre. Obrigado.

“As enfermidades são os resultados não só  
dos nossos atos como também dos nossos  
pensamentos”

Gandhi  
(1869-1949)

## RESUMO

Este trabalho visa analisar as Práticas Integrativas Complementares (PIC) de saúde no município de Belo Horizonte e verificar se essas estão sendo ofertadas de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Por meio de pesquisa documental foi feito um levantamento das PIC que estão presentes no município de BH e realizou-se entrevista com a finalidade de verificar a implementação da PNPIC. Foi possível verificar, por meio dos resultados encontrados, que há muito que se avançar na prestação dessa política de saúde à população, apesar de já haver iniciativas contundentes na oferta dessas práticas. A partir disso são apresentadas algumas possíveis soluções para os hipotéticos desvios encontrados na implementação dessa política.

Palavras chave: Política de saúde. Práticas Integrativas e Complementares. Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica. SUS. Belo Horizonte.

## **ABSTRACT**

This work analyzes the Health Integrative and Complementary Practices (ICP) in Belo Horizonte and verify with they are being offered in accordance with the guidelines established by the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC) of the Brazilian Unified Health System (SUS). Through documentary research and interviews it was identified the strategies adopted by the city of Belo Horizonte in the implementation of PNPIC. It was possible to verify, that despite the ICP has long been provided to the population there are still a lot to be done. From this we present some possible solutions to the hypothetical deviations found in the implementation of this policy

Keywords: public policies. Integrative and Complementary Practices. Homeopathy program and Acupuncture Medicine Anthroposophical. SUS. Belo Horizonte

# LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Principais deliberações referentes a Práticas Integrativas e Complementares 44



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das unidades assistenciais do SUS-BH segundo tipo e natureza – Belo Horizonte - 2006-2007 .....	59
Tabela 2: Produção ambulatorial da rede SUS-BH: 2006-2007.....	59
Tabela 3: Distribuição dos hospitais da rede SUS-BH segundo natureza – Belo Horizonte - 2007 .....	64
Tabela 4: Unidades assistenciais contratadas/conveniadas da rede SUS-BH -2007 .....	67
Tabela 5: Produção anual das PIC em BH – 1994-2008 .....	74

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB - Atenção Básica

ABMA - Associação Brasileira de Medicina Antroposófica

ADOABS - Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde

AMHB - Associação Médica Homeopática Brasileira

ANC - Assembléia Nacional Constituinte

CF - Constituição Federal

CFM - Conselho Federal de Medicina

CINT - Central de Internação

CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

CNAF - Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica

CNCTIS - Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovações em Saúde

CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica.

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNVS - Conferência Nacional de Vigilância Sanitária

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CREAB – Centro de Reabilitação

DOU - Diário Oficial da União

EC - Emenda Constitucional

GEAS - Gerência de Assistência à Saúde

IBOPE - Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

LOM - Lei Orgânica Municipal

MA - Medicina Antroposófica

MS - Ministério da Saúde

MTC – Medicina Tradicional Chinesa

MT/MCA - Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PBH - Prefeitura de Belo Horizonte

PEPIC - Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares

PIC - Práticas Integrativas e Complementares

PMS - Plano Municipal de Saúde

PNPS - Política Nacional de Promoção a Saúde

PNMNPC - Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PPAG - Plano Plurianual de Ação Governamental

PRHOAMA - Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica

PSF - Programa Saúde da Família

SF - Saúde da Família

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SMSA - Secretaria Municipal de Saúde

SUDS - Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

# SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	POLÍTICAS PÚBLICAS: MARCO CONCEITUAL.....	18
2.1	Conceito de política pública.....	18
2.2	A implementação de políticas públicas.....	20
3	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	23
3.1	Contexto de surgimento.....	23
3.2	Criação do SUS e seus princípios.....	26
3.3	Evolução do SUS, avanços e desafios.....	28
4	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	35
4.1	Conceito.....	35
4.2	Práticas contempladas pela PNPIC.....	37
4.2.1	Acupuntura.....	37
4.2.2	Homeopatia.....	38
4.2.3	Medicina Antroposófica.....	39
4.2.4	Plantas Medicinais e Fitoterapia.....	40
4.2.5	Termalismo Social e Crenoterapia.....	41
4.3	Inclusão das Práticas Integrativas e Complementares na política de saúde brasileira.....	42
4.3.1	Influência da OMS.....	42
4.3.2	Institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Brasil.....	43
4.4	A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.....	48
4.4.1	Objetivos da PNPIC.....	48
4.4.2	Significados da incorporação das PIC no SUS.....	49
4.4.3	Diretrizes da PNPIC.....	53
5	ESTUDO DO CASO DE BELO HORIZONTE.....	56
5.1	Metodologia e técnica de pesquisa.....	56
5.2	SUS BH.....	57
5.2.1	Atenção básica.....	58
5.2.2	Outros níveis de atenção.....	63
5.2.3	Instrumentos de planejamento e monitoramento.....	64
5.2.4	Desafios.....	66
5.3	PIC em BH.....	68
5.3.1	PRHOAMA.....	69
5.4	A implementação da PNPIC no SUS-BH.....	72
5.4.1	Estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS.....	73
5.4.2	Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais no SUS.....	75

5.4.3	Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS .....	77
5.4.4	Estímulo às ações intersetoriais .....	78
5.4.5	Fortalecimento da participação social .....	78
5.4.6	Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos .....	78
5.4.7	Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação da PIC, para instrumentalização de processos de gestão .....	79
5.4.8	Disponibilização de recursos financeiros .....	80
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	82
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	89
8	ANEXO .....	93

# 1 INTRODUÇÃO

Esta monografia apresenta as práticas de saúde, mais especificamente as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) de saúde. Falar dessas políticas de saúde constitui um desafio. Isto se deve, entre outros, ao fato de estas práticas serem recentes e contarem com um arcabouço incipiente há até pouco tempo. Houve significativa remodelagem destas políticas nos últimos anos, sobretudo com o advento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que, ainda, não surtiu grandes efeitos sobre a oferta desses serviços.

O tema apresentou grande relevância nos últimos anos, sendo objeto de discussões, no contexto da evolução das práticas de saúde, que visam à melhoria da prestação do serviço de saúde à população e a melhoria da qualidade de vida do próprio paciente, que passa a ser considerado em suas várias dimensões.

Para melhor tratar do tema a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares é definida como sendo uma política pública da área de saúde. Ao abordar o conceito de política pública e as suas fases ocorre uma corroboração da importância do tema e a contextualização deste. Verifica-se que a implementação é uma das etapas de maior importância na adoção de uma política pública, pois é nesta fase que são de fato tomadas as medidas cabíveis para que as políticas anteriormente formuladas sejam colocadas em prática.

Com o intuito de demonstrar onde as PIC se inserem no sistema de saúde é apresentada a evolução da Saúde Pública no Brasil, que tem como grande marco a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio da criação do Sistema Único de Saúde foram instituídos princípios a serem seguidos, desde então ocorreram grandes avanços na prestação dos serviços de saúde à população. As Práticas Integrativas e Complementares seriam um dos fatores contributivos para esta melhora, pois vêm contribuir para que estes princípios sejam efetivados e consolidados no SUS. Serão apresentados os principais avanços da adoção

destas práticas no serviço de Saúde Pública tanto no Brasil como no caso específico de Belo Horizonte.

Será apresentado um estudo analítico sobre as Práticas Integrativas e Complementares que são oferecidas no município de Belo Horizonte pelo SUS. Para apresentar estas práticas de saúde faz-se necessário relatar e descrever quais são os tipos de práticas que são adotadas no Estado de Minas Gerais e no Brasil e explicar as práticas que são oferecidas no município de Belo Horizonte. Para que seja possível verificar como as PIC estão sendo ofertadas à população Belorizontina será realizado um levantamento de dados, por meio de pesquisa documental, sobre a adoção das práticas já existentes no município e a aplicação de um questionário aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte, para identificar a maneira como estes serviços estão sendo oferecidos.

Este estudo tem como objetivo realizar um levantamento das PIC no município de Belo Horizonte para verificar quais foram os avanços que ocorreram na prestação desses serviços desde o advento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que estabeleceu diretrizes para que estas práticas pudessem ser implementadas da melhor maneira possível. Em suma analisar se as PIC estão sendo implementadas de acordo com a PNPIC. O trabalho também procura identificar possíveis soluções para que as PIC sejam implementadas da maneira mais fidedigna possível a PNPIC, caso as diretrizes não estejam sendo cumpridas completamente pelo município.

Serão apresentadas as diretrizes gerais da PNPIC para possibilitar uma melhor visualização das PIC prestadas pela SMSA, que logo após são analisadas no estudo de caso de Belo Horizonte. Depois de apresentar o estudo de caso cada uma das diretrizes será analisada separadamente, será relatado como estas estão sendo cumpridas pela SMSA, além de se verificar quais foram os avanços que ocorreram desde o advento da PNPIC.

Ao analisar como estão sendo oferecidas as Práticas Integrativas e Complementares no município de Belo Horizonte e como estas práticas deveriam ser colocadas em prática e oferecida à população ocorre um dimensionamento destes serviços de saúde, com isso



verifica-se a necessidade de serem tomadas algumas ações para que as PIC ofertadas pelo município de Belo Horizonte estejam de acordo com as diretrizes estabelecidas pela PNPIC. Nas considerações finais são apontadas algumas das possíveis ações que permitiriam uma melhor adequação as diretrizes estabelecidas pela PNPIC.

Será visto que as PIC e as políticas de saúde estão em constante processo de aprimoramento, pois como afirma Costa (2004) não há como saber de antemão e de maneira generalizada as melhores estruturas, estratégias de gestão e de implementação das políticas. Portanto, como não há uma forma generalizada de implementação das políticas formuladas; as políticas nacionais, digamos, servem mais como um parâmetro para que os municípios possam adotar as políticas instituídas, pois como é mesmo previsto por essas políticas elas têm que ser condizentes com as peculiaridades regionais. É, pois, preciso que estas políticas sejam revistas pelos estados e municípios para que se adequem as necessidades locais, contudo sem contrariar o que foi previsto na política nacional.

O trabalho está dividido em quatro partes.

A primeira parte tem como finalidade contextualizar o tema a ser tratado. Define-se as PIC como uma Política Pública da área de saúde que tem por finalidade concretizar os preceitos constitucionais. A fase desta Política Pública a ser abordada é a implementação que tem como fundamento dar efetividade ao que foi planejado pela área política

Na segunda parte, apresenta-se o Sistema Único de Saúde, analisa-se o histórico do SUS, identificando o contexto de surgimento, a criação desse sistema e a evolução pela qual a saúde pública brasileira passou nestes últimos anos, que elencam os elementos gerais e característicos da saúde pública além de justificar o advento das PIC. Esta segunda parte, além de fornecer o contexto no qual as PIC foram criadas, tem como função descrever as práticas de saúde e demonstrar a função destas intervenções de saúde para a realização dos preceitos idealizados pela constituição e os princípios instituídos pelo SUS.

Na terceira parte conceitua-se as PIC, fala-se especificamente da evolução dessas práticas no

Brasil e em outros países, além disso, damos significação a estas práticas apresentando o porquê da existência dessas práticas e sua importância para melhoria da oferta dos serviços de saúde para a população. Também é mostrada a influência da OMS e descreve-se cada uma das práticas que são detalhadas na PNPIC.

Já na quarta parte fala-se do caso específico do SUS e das PIC no município de Belo Horizonte, destacando a evolução do SUS-BH e as principais intervenções de saúde que são realizadas no município. Depois é apresentada a oferta das PIC em BH a partir do Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA) e da prática do Lian Gong, apresentando o histórico e características gerais do serviço. Esta parte serve como análise das PIC em BH, identifica-se a maneira como são realizadas as intervenções das PIC, na atualidade no município de BH, e é feita uma comparação com as diretrizes que são estabelecidas na PNPIC. Apresenta-se os resultados a partir da entrevista realizada junto a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e de outras respostas junto à SMSA. Posteriormente tecemos às considerações finais mostrando as conclusões que podem ser tiradas do trabalho, fazendo algumas considerações a respeito de mudanças que seriam necessárias para a melhoria da implementação das PIC.

## 2 POLÍTICAS PÚBLICAS: MARCO CONCEITUAL

O principal objeto de análise dessa pesquisa é a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. A PNPIC é uma política pública de saúde, portanto, para entendê-la e analisá-la deve-se começar entendendo o que é política pública.

### 2.1 Conceito de política pública

Definir política pública é, em si, uma tarefa complicada já que há uma multiplicidade de conceitos e que o uso do termo política é amplo, diversificado e indefinido (SIMAN, 2005, p.28). Siman destaca que fora do universo científico é comum que o termo política seja associado ao momento eleitoral ou à prática dos políticos<sup>1</sup>. Esse fato chama atenção para uma dificuldade inerente a língua portuguesa que usa de um único vocábulo, política, para designar dois termos da língua inglesa, *policy* e *politics*. Enquanto *politics* faz referência a uma forma de poder, *policy* refere-se à atividade do governo, portanto, a expressão política pública está relacionada à segunda opção.

Há diversas formas de conceituar políticas públicas. Thomas Dye (2008, p1) e Celina Souza (2007, p.68), reconhecem esta diversidade apresentando alguns conceitos. O primeiro destaca os conceitos de David Easton, Harold Laswell e Charles O. Jones que, respectivamente, qualificam, buscam mostrar seu objetivo ou a desmembram em diversos componentes. A segunda cita o próprio Dye, Laswell e Lowi. Qualifica o conceito de Laswell como o mais conhecido: “decisões e análises sobre a política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o que, por que e que diferença faz” (SOUZA, 2007, p.68). Já quanto ao conceito de Lowi afirma ser o mais clássico: “política pública é uma regra formulada com a intenção de influenciar, alterar, regular, o comportamento individual ou coletivo através de sanções positivas ou negativas” (op.cit.). Por fim, diz que o conceito de Dye sintetiza a definição de políticas públicas: Dye (2008, p.1) afirma que

---

<sup>1</sup> Levin (1997, p.15) afirma que o termo *policy* é empregado por pessoas diferentes de formas diferentes. Destaca as diferenças no significado do termo para as pessoas no governo e para as pessoas fora do governo. Ao explorar os diferentes significados é interessante a identificação que o autor faz dos atributos da política (*policy*).

política pública é tudo o que os governos fazem ou deixam de fazer. Ele acredita que mesmos os conceitos mais elaborados remetem a questão da ação ou inação dos governos mantendo-se, portanto, fiel a este conceito mesmo que simples. Esta breve revisão conceitual nos indica os principais elementos que devemos levar em conta para entender o conceito de política como *policy*.

O conceito aqui utilizado é aquele apresentado por Dye (2008): “política pública é tudo o que os governos fazem ou deixam de fazer”. Apesar de sucinta essa definição traz os elementos que consideramos essenciais. Primeiro, destaca o Estado como sujeito, aquele que faz a política pública. Segundo, insere o Estado em uma perspectiva ativa, como ator. Terceiro, destaca que essa ação implica em decisão. Quando fala de ação ou inação, ele explicita a existência de uma escolha - fazer ou não fazer. Siman alerta que a não decisão pode ser “um instrumento pelo qual as reivindicações para a mudança na alocação de benefícios e privilégios no interior da comunidade podem ser sufocadas, mantidas latentes ou eliminadas antes [mesmo] de caírem na arena decisória” (2005 p.37-38). Portanto, a falta de ação pode ter um impacto tão grande quanto à ação.

Quando o Estado decide agir, a política ganha conteúdo e objetivo. O PNPIC é um exemplo dessa afirmação. O Estado deve então, preparar-se para por em prática a política formulada. Portanto, à decisão se segue à institucionalização. O Estado age através das instituições governamentais que determinam, implementam e impõem as políticas públicas. Para atender a esta dinâmica são criadas novas agências governamentais ou estruturas organizacionais. Estado é composto por um conjunto de órgãos que compõem o governo, a administração pública, uma estrutura política organizada, com atividades especializadas e capacidade regulatória. Exige um corpo funcional a ela dedicado. A ação é financiada como recursos públicos e o modo de execução é objeto de regulação.

Dye (2008) destaca que, ao longo dos anos, ao buscar soluções para os problemas das sociedades, os governos cresceram em tamanho e a política pública expandiu seu escopo abrangendo praticamente todos os setores da vida em sociedade. Hoje as pessoas esperam que os governos façam uma grande variedade de coisas por elas. A formulação da política

depende da natureza e do conteúdo da política que se quer implementar (SIMAN, 2005, p.40). Para isso temos que falar das funções do Estado: a função regulatória e a função social. Quando o problema da ordem se torna mais complexo, o Estado capitalista sai de seu papel exclusivamente regulador para buscar assegurar a ordem social, crucial para o capitalismo. Neste sentido, quanto ao objetivo da política, a distinção entre políticas públicas e políticas sociais é essencial neste marco como destaca Celina Souza (2006). As políticas sociais se colocam como tipos especiais de política públicas, elas provêm bens, serviços e prerrogativas especiais, destinados a grupos específicos, com o objetivo de criar melhores condições de vida, destacando-se aí a capacidade de consumo no mercado monetarizado.

## ***2.2 A implementação de políticas públicas***

Para Dye (2008), o estudo das políticas públicas pode ter razões científicas, profissionais ou políticas. No primeiro caso, busca-se entender as causas e conseqüências das decisões políticas, aprimorando nosso conhecimento sobre as forças socioeconômicas, o processo político e as políticas públicas. No segundo caso, conhecer as causas e conseqüências permitiria a aplicação do conhecimento na solução de problemas práticos. Já no terceiro, e último, o conhecimento é usado para informar a discussão política. Qualquer que seja a razão que motiva a análise das políticas, os estudos permitem que se conheçam as suas características (caráter descritivo), suas causas e/ou suas conseqüências.

Não há um único modelo de análise de políticas públicas. Como são muitos os elementos passíveis de análise também são muitas as abordagens e métodos vinculados a um amplo conjunto de áreas de conhecimentos dedicados a esta temática. Dye apresenta nove (9) modelos que podem ser aplicados para analisar as políticas públicas. Cada um oferece uma forma distinta de pensar as causas e conseqüências das políticas públicas, focando aspectos distintos da mesma: institucional, de processo, racional, incremental, de grupo, das elites, da teoria dos jogos, da teoria de sistemas e da escolha pública. O modelo considerado mais adequado a esse estudo é o modelo de processo ou modelo do ciclo da política pública.

Este modelo enfatiza a política como “uma série de atividades que, agrupadas, formam o

processo político – identificação dos problemas, formulação de propostas, legitimação, implementação e avaliação” (SIMAN, 2005, p.30). A primeira fase é a identificação do problema que ocorre quando grupos ou indivíduos colocam suas demandas para o governo. A segunda, de acordo com definição de Dye (2008) é o momento em que são identificadas as alternativas para lidar com os problemas da agenda pública. A terceira fase é a legitimação da política que consiste na seleção de políticas, no desenvolvimento da base de apoio às mesmas e, também, na sua legalização. Já a quarta etapa é a implementação da política, fase em que são tomadas, de fato, as medidas cabíveis para que as políticas anteriormente formuladas sejam colocadas em prática pelos agentes públicos. Por fim, a última fase deste processo, é a avaliação da política. Nela os agentes públicos verificam se as políticas estão atingindo os objetivos, qual é o custo dessa política e quais seus efeitos na sociedade. Esta última etapa também é de suma importância, pois permite avaliar a implementação das políticas e verificar em qual grau elas estão se efetivando.

Esse trabalho tem como foco a implementação da PNPIC no município de Belo Horizonte. Esse estudo justifica-se dado que a implementação é de fundamental importância para a concretização das políticas públicas. Ela envolve todas as atividades desenhadas para conduzir, ou melhor, colocar em prática as políticas (programas) anteriormente formuladas. Inclui a criação de novas organizações ou definição de novas responsabilidades para as estruturas já existentes. Tudo isso envolve um conjunto de decisões que estão a cargo dos burocratas. Com o crescimento da sociedade em tamanho e complexidade, a burocracia viu crescer seu papel no *policymaking*. Outra questão a ser destacada é que a implementação pode exigir a definição de regras e regulamentações por parte desta burocracia. A importância dos burocratas (agentes governamentais) deve ser observada com atenção nesta etapa, pois eles podem gerar um viés na política inspirados por motivos profissionais e pessoais (DYE, 2008, p.55). Uma das necessidades da implementação é existência de novas estruturas e responsabilidades aos agentes públicos para que possam ser estabelecidas e cumpridas metas do serviço.

Colocar em prática, esse é o desafio da implementação. A importância da prática é destaca

por Rua (2001, p.14) que define a implementação como:

“O conjunto de ações realizadas por grupos ou indivíduos de natureza pública ou privada as quais são direcionadas para a consecução de objetivos estabelecidos mediante decisões anteriores quanto às políticas. Em outras palavras, trata-se das ações para fazer uma política sair do papel e funcionar efetivamente.”

Souza (2006, p.26), por sua vez, detalha os elementos ligados a essa prática “(...) políticas públicas, após desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, base de dados ou sistema de informação e pesquisa.”

Costa (2004, p.35,44) afirma que “a estratégia de implementação é critério para o sucesso da política e que ela deve ser desenhada considerando a natureza da política e o contexto que vai ser implementada”. Ainda segundo esse autor, não é possível definir de antemão e de maneira generalizada, para todos os casos, as melhores estruturas estratégias de gestão e de implementação de políticas. Esse conjunto de ponderações sobre implementação das políticas públicas orienta as análises realizadas ao longo desse trabalho.

### 3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A política de saúde no Brasil está organizada através do Sistema Único de Saúde – SUS. No ano de 2008 o SUS completou 20 anos de existência. Essa seção analisa o processo de criação desta instituição, as suas características básicas, assim como os desafios que ainda tem a enfrentar na prestação do serviço de saúde à população. A compreensão do mesmo é importante, pois é sob sua égide que se cria e desenvolve a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

#### 3.1 Contexto de surgimento

Ao analisar o histórico do SUS é necessário, primeiramente, falar do contexto em que ele surgiu. Na década de 1970 havia uma comunidade de política<sup>2</sup> que exercia forte influência sobre o processo de tomada de decisão no cenário nacional na área de saúde. Essa comunidade era constituída por dirigentes públicos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e do Ministério da Saúde (MS)

"(...) que tinham conexões com a indústria farmacêutica, com entidades de prestadores privados de serviços, empresas de medicina de grupo, e organizações de profissionais de saúde, particularmente da área médica, por meio do Conselho Federal de Medicina, conselhos, associações e sindicatos médicos estaduais. Essa articulação política determinou a consolidação e expansão de um modelo de organização de serviços de saúde cuja característica central era a provisão privada oferecida nos centros urbanos, financiada com recursos da previdência social, controlada por mecanismos frágeis de regulação." (CORTÊS, 2009, p.1628).

Ou seja, por meio da influência destes atores, antes da criação do SUS a oferta de serviços de saúde à população era realizada preponderantemente pelo setor privado de saúde.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Comunidade política: refere-se a um número limitado e relativamente estável de membros que compartilham os mesmos valores e visão sobre quais deveriam ser os resultados da política setorial (CORTÊS, 2009)

<sup>3</sup> Veremos a frente ainda há uma grande dependência desse setor para a prestação dos serviços de saúde para a população.



Com a mudança do contexto político (marcado pela pressão por democratização) e o descontentamento com a provisão do serviço de saúde pelo estado,

“(...) já no final da década de 70 e durante as décadas de 80 e 90 esta comunidade de política teve a sua hegemonia desafiada por uma outra comunidade que vinha ganhando força decisória. Ela era constituída por acadêmicos, pesquisadores, sindicatos de profissionais e trabalhadores de saúde; esta comunidade de política ficou conhecida como movimento sanitário.” (MAIO, 2009, p.1612 )

O movimento sanitário criticava a organização do sistema de saúde brasileiro então vigente. Destaca-se como o principal ator no processo de (re) formulação da política de saúde. Suas propostas eram inspiradas nos princípios defendidos na Declaração dos Cuidados Primários de Saúde e nos modelos inglês e cubano de atenção à saúde (Cortês 2009). Menicucci (2007, p.158) afirma que:

"O marco teórico que foi o referencial ideológico do movimento sanitário e sustentou as suas propostas políticas tem origem na universalidade e se expressa na teoria social da saúde. No final dos anos 60 e no início dos anos 70, desenvolveu-se uma abordagem marxista histórico estrutural das condições e dos problemas de saúde da população no âmbito dos departamentos de medicina preventiva de algumas universidades brasileiras. Com a incorporação das ciências sociais ao estudo de saúde, constituiu-se o pensamento médico-social, que ao levar em conta o caráter político da área de saúde, deslocou o seu objeto do indivíduo para a sociedade, considerado como determinantes das condições de saúde, e delimitou um novo campo de estudo, denominado de saúde coletiva.”

Já Mattos (2009, p.774) identifica outros referenciais além da teoria social. Para ele o movimento tem, em sua origem, pelo menos três vertentes distintas. Uma vertente originária da Saúde Pública desenvolvimentista que:

“(...) enfatizava a necessidade de se compreenderem as relações entre a saúde e o desenvolvimento econômico e social; defendia o planejamento como central na atuação do Estado na saúde, e abria-se para as teses que buscavam a articulação entre a Saúde Pública e a assistência médica. A segunda vertente, a Medicina Preventiva, instalada nos departamentos de mesmo nome (...). A terceira vertente buscava retomar o ideário da Medicina Social (...). No início dos anos 1970, reiam os princípios da Medicina Social para afirmar: 1) que a saúde deveria ser vista como uma responsabilidade do Estado; 2) que as condições de saúde e da doença tinham profundas relações com as condições econômico-sociais, relações essas que deveriam ser objeto de estudo; e 3) que as ações e intervenções médicas deveriam ser tanto propriamente médicas como sociais.”

Dá para notar que o movimento da reforma sanitária não era homogêneo, pois era constituído de diferentes atores, que muitas vezes tinham opiniões divergentes sobre como deveria ser o modelo e o modo de atuação do estado na área de saúde. Contudo, o debate permitiu que se estabelecesse

"(...) um amplo consenso em torno de princípios básicos que deveriam nortear a atuação do Estado na saúde, a começar pela inequívoca afirmação de que a saúde deveria ser considerada como um direito de todos e um dever do Estado, seguindo por uma compreensão bastante ampliada da saúde e de seus determinantes sociais, bem como por uma visão bastante ampliada das responsabilidades do Estado para com a saúde" (MATTOS, 2009, p.771).

Alguns assuntos polêmicos não conseguiram o consenso durante o processo de negociação. Mattos (2009) cita o exemplo do tema financiamento, que foi tratado de forma genérica sendo deixado para ser detalhado em um momento posterior. O que é confirmado por Menicucci (2009) ao afirmar que o financiamento do SUS é ainda hoje objeto de disputa.<sup>4</sup> A despeito dos conflitos, pode-se afirmar que no processo de criação do SUS foram os ideais do movimento da reforma sanitária que nortearam o texto da constituição de 1988, construindo os elementos gerais que definiram os princípios e diretrizes do SUS na construção de um sistema de saúde.<sup>5</sup>

Podemos destacar como um dos principais marcos no processo de reforma que levou a criação do SUS, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986. O relatório final da conferência apresentava predominantemente o pensamento do movimento sanitário<sup>6</sup> e apresentava as soluções para a transformação das práticas de saúde.

---

<sup>4</sup> Menicucci (2009) mostra que apesar dos avanços a este respeito (ilustrados pela aprovação de um percentual mínimo para ser investido com saúde pelos diferentes entes da federação por meio da Emenda Constitucional 29) ainda há "instabilidade e insuficiência dos recursos alocados, colocando constrangimentos para a efetivação do SUS na sua completa aceção".

<sup>5</sup> Mattos (2009, p.771) alerta que "se o texto constitucional efetivamente incorporou algumas das aspirações do movimento da Reforma Sanitária, certamente não reconheceu todas elas. Como produto de um processo de negociação travado na arena da Assembléia Constituinte, a constituição promulgada em 1988 delineou um contexto para o SUS que, não necessariamente, era o imaginado pelo movimento sanitário, ou pelo menos não consensual em seu bojo (como na ampla liberdade para a iniciativa privada na saúde, e o caráter fortemente municipalista do pacto federativo).".

<sup>6</sup> Mattos (2009) destaca que a vitória do movimento sanitário, embora muito significativa, foi muito aquém das suas aspirações. Um exemplo, no texto da Carta Magna, apesar do SUS estar definido como o conjunto

Côrtes (2009, p.1629) observa que:

"A Conferência estabeleceu os parâmetros normativos que guiaram as propostas daqueles que defendiam a reforma e deu origem à Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que (...) foi instalada ainda em 1986 com as finalidades de analisar as dificuldades da rede nacional de serviços de saúde e de sugerir uma nova estrutura organizacional do sistema. As propostas da Comissão, o Relatório Final da 8ª Conferência e a implementação do Programa dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde (SUDS) fixaram uma agenda de tópicos a serem incluídos na Constituição Federal (CF) de 1988 que definiria os parâmetros legais do sistema”.

Na VIII Conferência, a garantia pelo Estado do direito à saúde contemplava um grande conjunto de tópicos. De fato, apenas um deles foi plenamente acolhido na Constituição, mantendo exatamente a mesma redação do relatório da VIII conferência: a garantia do direito do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Esse fato, no entanto não nega a importância desses debates na definição da seção sobre saúde no texto constitucional.

### ***3.2 Criação do SUS e seus princípios***

A Constituição Federal de 1988 pode ser considerada uma “carta fundadora” de uma nova ordem social no âmbito da saúde. Ela estabeleceu cinco princípios básicos do SUS que são a equidade, o controle social, a universalidade, a integralidade e a descentralização política e administrativa. A efetivação destes princípios contribui para a institucionalização e a oferta dos serviços à população. Para dimensionar como estes princípios contribuíram para a melhoria da qualidade do serviço de saúde pública e para a melhoria da qualidade de vida da população, analisaremos separadamente cada um deles.

**Eqüidade** é o princípio que propõe tratamento diferenciado a pessoas ou populações sujeitas a diferentes riscos de adoecer e morrer e que possuem diferentes padrões e possibilidades de acesso aos serviços. Para implementá-lo é necessária a definição de prioridades a serem encaminhadas no processo de organização da assistência à saúde.

---

de ações e serviços públicos de saúde, deixa aberto espaço para que alguns serviços privados possam dele participar em caráter complementar.

Reconhece, portanto, a necessidade de se contemplar as peculiaridades regionais tratando os diferentes de modo diferente já que os indivíduos têm necessidades distintas e possuem condições psicológicas e financeiras peculiares. Assim a equidade orienta para a superação das desigualdades regionais na oferta de atenção a saúde.

A **participação e o controle social** referem-se à capacidade que a sociedade tem de intervir na gestão pública, colocando as ações do estado na direção dos seus interesses. A participação popular é uma das maneiras de se diagnosticar os serviços prestados a população e levantar quais são as verdadeiras necessidades da população. A participação popular contribui para a definição dos problemas e prioridades da saúde. Sendo esta uma das maneiras do indivíduo opinar sobre a expectativa do serviço prestado e sobre as melhorias que acha necessária, para que os serviços possam ser prestados da melhor maneira possível. É, também, por meio da participação popular que se realiza o controle social dos serviços prestados. O controle social é uma das condições para garantir que estes princípios tenham uma tradução efetiva e que outras questões fundamentais como meio de financiamento e o modelo de atenção atendam de fato a população.

Já o princípio da **universalidade**, esta previsto na Constituição Federal de 1988, este princípio institui que o Sistema de Saúde deve atender a toda população, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo para o indivíduo. Portanto, deve prestar atenção generalizada, oferecendo cuidado para todos os problemas de saúde, em qualquer estágio do ciclo de vida do paciente. A universalidade, segundo afirma Mattos (2009, p.777), possui aí dois sentidos "... um geral expresso na própria idéia de que todos têm o direito à saúde, o segundo, restrito ao acesso às ações e serviços de saúde". A questão pode ser posta da seguinte forma: reconhece-se a universalidade do direito à saúde, mas, no que diz respeito às especificações dos deveres do Estado para a garantia desses direitos, reconhece-se com absoluta clareza a obrigação do Estado em promover políticas econômicas e sociais para garantir o acesso universal às ações e serviços de saúde. O desafio era expandir a cobertura a fim de propiciar de fato o acesso universal, particularmente às ações de promoção e prevenção.

A **Integralidade** é a adoção de serviços de saúde que incluem tanto os meios curativos quanto os preventivos em todos os níveis de complexidade de assistência a saúde. O texto constitucional, estabelece que o SUS deve se pautar pelo atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das atividades assistenciais.<sup>7</sup>

A **descentralização** político-administrativa na saúde contribui para que as necessidades regionais possam ser atendidas. Dada a existência de peculiaridades nas diferentes regiões do estado e do país faz-se necessária a descentralização, pois é necessária uma maior proximidade com o público alvo, para que sejam estabelecidas políticas condizentes com as necessidades regionais. A descentralização político-administrativa é a melhor maneira de se verificar as verdadeiras necessidades do indivíduo em seu território e assim formular políticas que estejam de acordo com essas necessidades e os recursos disponíveis.

"É preciso entender que o modelo do SUS combinou instrumentos de gestão descentralizada com mecanismos políticos de participação e negociação entre as partes. Só assim se constrói um sistema democrático" (FLEURY, 2007, p.3009).

Há também outros princípios, que apesar de não serem reconhecidos pelo texto constitucional, estão expressos em documentos elaborados posteriormente e são temas centrais para as políticas de saúde. Destacam-se a humanização e qualidade, evocadas como centrais para a sustentabilidade e legitimidade do SUS. Sendo discutidos atualmente, como instrumentos necessários à garantia de um serviço de resolutividade pelo SUS.

### **3.3 Evolução do SUS, avanços e desafios**

Para Menicucci (2009) a reforma da política de saúde, cuja expressão mais concreta é a criação do SUS, caracteriza uma situação de ruptura e continuidade, explicável em razão da confluência de fatores que favoreceram a inovação institucional com o legado das políticas de saúde prévias que limitaram a possibilidade de mudança. A proposta de um sistema de saúde igualitário, por exemplo, chocou-se com o legado histórico de uma

---

<sup>7</sup> Este assunto será aprofundado no próximo capítulo.

sociedade marcada pela diferenciação e pela segmentação no próprio campo da atenção à saúde.

Na década de 1990 impôs-se a tarefa de transformar os princípios formais/legais em realidade. Mais que uma mera tradução prática de decisões, a implantação da reforma se mostrou, de fato, como um processo ainda de formulação da política de saúde. Uma dificuldade enfrentada no processo de institucionalização do SUS decorre do contexto da implementação na década de 90 não ser muito favorável ao ideário do movimento da reforma sanitária. Por exemplo, nesta época crescia a difusão do ideário neoliberal, que definia a redução da atuação do Estado em vários setores, inclusive na saúde. O fato é que no contexto nacional, o estabelecimento das eleições diretas levou à presidência governos que acabaram por incorporar aquele ideário de redução da atuação do Estado, que contribuiu para a não realização de alguns princípios constitucionais do SUS. Outro desafio, destacado por Mattos (2009), foi a inclusão de novos atores (como o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS) na luta em defesa do SUS<sup>8</sup> e de seus princípios e diretrizes. Segundo Menicucci (2009), ainda que os legados da trajetória política do SUS limitassem o exercício da universalização, não se conseguiu impedir que o sistema fosse se institucionalizando ao longo dos anos.

Esses desafios evidenciam que os princípios e diretrizes estabelecidas pela Constituição tomaram novos rumos de acordo com a conjuntura da época e em decorrência das opções estratégicas para a resolução dos problemas da população, assim como em função da heterogeneidade dentro do próprio movimento sanitário. Os princípios receberam diferentes graus de importância ao longo do tempo, dificultando, assim, uma melhora ainda mais significativa nos processos de institucionalização e de atendimento no SUS. “Apesar do SUS que foi se desenhando no concreto da vida dos brasileiros nem sempre corresponder ao ideário do movimento sanitário são inequívocos os avanços produzidos nesses vinte anos” (COHN, 2009; MENICUCCI, 2009; CORTEZ, 2009). Vale destacar que a política pública de saúde foi a primeira política pública a apresentar resultados

---

<sup>8</sup> Essa expressão é difundida pelo recente Pacto de Gestão de 2006.

satisfatórios após a Constituição Federal de 1988.

Dentre os avanços destaca-se, além da ampliação da rede de atendimento, a inserção da perspectiva preventiva. Menicucci (2009) destaca que, ao longo das duas últimas décadas, tem ocorrido a ampliação da rede pública, principal mente a ambulatorial, que aponta tanto o esforço para universalização da assistência a partir da garantia de acesso à atenção primária e de reversão do modelo assistencial centrado no atendimento hospitalar, quanto para o aprofundamento do processo de descentralização. Destacam-se também como medidas mais efetivas para viabilização da mudança do modelo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). “Com enfoque na promoção e prevenção da saúde esses programas deveriam buscar a racionalização da utilização dos serviços, ampliar o acesso e melhorar a eficácia e a efetividade das ações, servindo de “porta de entrada” para os outros níveis do sistema de saúde – média e alta complexidade” (Ministério da Saúde, 2008). Os dados epidemiológicos, sobre distribuição de infra-estrutura de serviços, de cobertura, de acesso, dentre vários outros evidenciam esses avanços.

Após o processo de criação e implementação do SUS, a questão que se coloca é em relação aos avanços e retrocessos pelos quais este sistema passou até hoje. Além de algumas das possíveis sugestões para solucionar os problemas existentes. Apesar dos avanços ainda há muito que se avançar no seu processo de construção e de prestação de serviço à população. Segundo Fleury (2007) na verdade, não é o sistema como um todo que apresenta dificuldades. Em seus aspectos de vigilância à saúde – epidemiológica, sanitária, ambiental, controle de agravos, etc. – não se pode concluir que o sistema seja ruim. Existem dificuldades, mas a impressão geral é de que o sistema é satisfatório. A autora afirma que alguns aspectos preventivos são considerados altamente eficientes. Destaca que no que tange à alta complexidade, por exemplo, o serviço do SUS está entre os melhores do mundo, apresentando uma ótima qualidade e uma eficiência incontestável.<sup>9</sup> Para ela, na

---

<sup>9</sup> Podemos citar com exemplo de pesquisas que apontam avaliações positivas dos atendimentos prestados: as PNAD 1998 e 2003; pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE) em 1998; pesquisa qualitativa com moradores de Belo Horizonte, realizada por Menicucci em 2003.

realidade, o que vulnerabiliza o SUS frente à opinião pública é o acesso a medicamentos, procedimentos médicos de baixa e moderada complexidade, exames complementares, consultas especializadas e internações hospitalares. Embora venha ocorrendo uma expansão relativa dos leitos públicos, a rede hospitalar é ainda o “calcanhar de Aquiles” do SUS e ainda é significativa a superioridade dos leitos privados: em 2005, para 0,81 leito/mil habitantes públicos, havia 1,6 privados e destes, apenas 57,6% disponíveis ao SUS (Pesquisa Assistência Médico-Sanitária – AMS. <http://www.datasus.gov.br>, acessado em Out/2008). Em 2002, o setor público detinha apenas 5% da rede de serviços de apoio à diagnose e terapia, formada quase que exclusivamente por estabelecimentos privados lucrativos (92%). Entretanto, apenas 35% desses estabelecimentos prestavam serviços para o SUS, contra 91% que vendiam serviços para os planos de saúde privados.

Os dados apontam que um dos principais problemas que se coloca é a oferta de serviços à população que ainda é muito baixa, e não necessariamente a qualidade dos serviços prestados. Fleury (2007) destaca que Campos aponta outros problemas que, a seu ver, ainda atravancam o SUS: financiamento insuficiente; formato de organização de serviços e produção de cuidados ainda inadequados; e, descrédito quanto a capacidade para mudar esta situação.

Gerschman (2009, p.1636), por sua vez, evidencia as dificuldades decorrentes da prestação do serviço de saúde ser oferecida tanto pelo setor público quanto pelo setor privado. Destaca que:

"é necessário, (...) que a regulação atenda às necessidades de atenção hospitalar com qualidade e que haja um controle estrito sobre as cláusulas dos contratos efetuados com o setor privado de forma que este se adeque ao padrão de qualidade (...) a ser implementado no setor hospitalar público."

Esta participação do setor privado no sistema de saúde brasileiro é legitimada na própria Constituição, que outorga a provisão privada papel complementar ao sistema público, contudo sem definir claramente quais seriam seus papéis e atribuições que deveria desempenhar no SUS. Legado das políticas prévias essa complementaridade ainda acarreta dependência do sistema público em relação à rede privada prestadora de serviços.



Consequentemente, segundo Menicucci (2009), resulta na "fragilidade das suas bases de apoio (...) cujo resultado será a consolidação de um sistema híbrido – público e privado –, apesar da definição legal de um sistema único, público, universal e gratuito." Para a autora a existência hoje de "um sistema dual" é o maior desafio para a institucionalização plena do sistema de saúde no SUS. Seria por meio da regulação governamental forte que efetivamente publicizaria a rede privada, “fazendo valer o interesse público em função do imperativo legal de garantir o acesso universal”. Esse assunto é analisado de forma interessante por Mattos (ano, p.776) que afirma:

"Longe das aspirações do movimento sanitário, constitui-se um arranjo no qual o SUS não é o único sistema de saúde, e sim um dos sistemas de saúde, financiado publicamente, e que convive com outros sistemas, hoje reunidos sob a rubrica de a saúde suplementar. Essa característica tem enormes conseqüências. Em primeiro lugar, ela expressa, no plano normativo legal, um processo que já foi descrito como a universalização excludente: é que, à medida que o acesso à assistência médico previdenciária foi sendo ampliado, desde os anos 80, crescentes segmentos das camadas médias da população buscaram o que hoje chamamos de saúde suplementar. Esse processo por si reduz o apoio político ao SUS. Em segundo lugar, a coexistência da saúde suplementar, com financiamento predominantemente privado, com o SUS, faz com que este tenha de competir com o setor privado em bases de mercado pelos profissionais de saúde. Por sua vez, estes profissionais podem (e vêm fazendo) constituir estratégias de atuar concomitantemente no SUS e no setor privado. E alguns deles (sobretudo médicos altamente especializados) obtêm, em sua atuação privada, rendimentos maiores do que na sua atuação junto ao SUS. Esta dupla atuação opera no sentido de favorecer, em situações limites, a criação de uma duplicidade nas práticas: um mesmo profissional exerce práticas de distintas qualidades no SUS e no setor privado. Por fim, há que se registrar que a existência de um setor de saúde suplementar sustentasse na premissa de que a qualidade das práticas no seu interior é bem superior à do SUS. A eficácia simbólica dessa premissa, mesmo que não corresponda à verdade, parece fundamental para a dinâmica da saúde suplementar. “

As colocações de Gerschman (2009), Menicucci (2009) e Mattos (2009) revelam ser esse um dos pontos mais polêmicos do processo de consolidação do sistema. Discutir a relação público-privado no sistema passa, inclusive, por uma resignificação do SUS, para que ele não continue sendo o SUS para os pobres<sup>10</sup>. Isso leva a outro problema, a falta de sustentação política do SUS, essencial para a efetivação dos princípios universalistas e igualitários, já que se trata de uma proposta de grande conteúdo redistributivo.

---

<sup>10</sup> Como contraface às avaliações positivas observa-se uma preferência pela assistência privada que reforça a idéia de que o SUS seja voltado principalmente para os pobres.

Para garantir o processo de mudança que permita o avanço do SUS em direção à superação dos obstáculos de gestão e de reorganização do modelo de atenção, Fleury (2007) destaca a contribuição de Campos (1988) listando alguns meios necessários para tal. São eles: estimulação de um poderoso e multifacetado movimento social e de opinião em defesa das políticas de proteção social; melhor utilização e gerenciamento dos recursos do SUS, adotando-se um modelo misto de repasse dos recursos com base na capacidade instalada, população e encargos sanitários e também transferências com base em contratos de gestão com responsabilidades definidas e metas a serem cumpridas pelos gestores; mudança no modelo de atenção com base nas diretrizes já formuladas para assegurar um sistema hierarquizado e regionalizado, coordenado com ênfase na integralidade da atuação clínica e preventiva; ampliação da eficiência, eficácia e humanização do sistema; definição de responsabilidades macro-sanitárias e adoção de critérios de risco para definição de prioridades em face de recursos escassos; definição de responsabilidades micro-sanitárias a partir da reorganização do trabalho em saúde; ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Família; desenvolvimento científico e incorporação de tecnologia em saúde. Essa lista, apontada pelo autor, propõe que a ênfase seja deslocada da gestão do sistema para a gestão das unidades de serviço e para a demanda e a prevenção. Buscando assim, mudar o modelo assistencial até então predominante em relação à oferta dos serviços curativos e a gestão das unidades.

Outros caminhos para a superação dos obstáculos de gestão e de reorganização do modelo de atenção são apontados no Fórum da Reforma Sanitária (2006). Os documentos do fórum indicam que:

“(...) a lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais da saúde é a de tornar mais fácil a vida do cidadão usuário, no usufruto de seus direitos. Trata-se de organizar o SUS em torno dos preceitos da promoção da saúde, do acolhimento, dos direitos à decisão sobre alternativas terapêuticas, dos compromissos de amenizar o desconforto e o sofrimento dos que necessitam assistência e cuidados” (Fórum da Reforma Sanitária, 2006, p.387).

Nesse sentido, defende-se uma mudança radical das práticas e dos modos de organização dos serviços de saúde que envolve não apenas priorizar a atenção primária e retirar do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades, mas, principalmente,

concentrar-se no usuário-cidadão como um ser humano integral. Propõe que se abandone a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes.

Deve-se salientar que uma das maneiras de se alterar o modelo de atenção da saúde é por meio da implementação das Práticas Integrativas e Complementares, que têm em seu bojo um caráter preventivo e percebem o ser humano de forma integral. As Práticas Integrativas e Complementares mais holísticas devem estar disponíveis como alternativas de cuidado à saúde. Ou seja, as PIC surgem como uma das respostas às dificuldades enfrentadas pelo SUS, contribuindo para a realização dos princípios que em parte não eram solucionados pelo modelo da medicina tradicional. A próxima seção se dedicará especificamente a compreensão das Práticas Integrativas e Complementares e de sua relação com o SUS.

## 4 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Sendo as Práticas Integrativas e Complementares o objeto de análise desse estudo, essa seção se dedicará a elucidar seu conceito e evidenciar sua presença na política de saúde brasileira.

### 4.1 Conceito

Práticas Integrativas e Complementares (PIC) é o termo utilizado pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) para conceituar e enunciar as práticas terapêuticas diversas da medicina científica, ou segundo Luz (2005), designar qualquer forma de cura que não seja propriamente biomédica. Estas práticas recebem diferentes denominações de acordo com as tradições locais e, devido às diferenças regionais, uma mesma prática pode ser considerada alternativa em um país e em outro como sendo uma prática tradicional. Um exemplo disto é que as práticas tradicionais chinesas, no Brasil, são consideradas Práticas Integrativas e Complementares. A mudança na denominação ocorre não só entre países, mas também dentro do país. No Brasil, um exemplo é a própria política nacional que já se utilizou de vários termos para denominar estas práticas, tais como “práticas alternativas” e “medicinas não tradicionais”. Outros termos recorrentes são “naturais”, “não convencionais” e outros. A diversidade de termos na política nacional reflete o amadurecimento da discussão e a busca por uma melhor explicitação de seu caráter. Fontanella (2007) cita o exemplo do termo alternativo que, apesar de muito usado, é hoje considerado inadequado, pois nem sempre as práticas tradicionais são substituídas pelas PIC, mas sim complementadas.

A política nacional reconhece que esse campo:

“(…) contempla sistemas médicos complexos (...) tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo

são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado” (PNPIC, 2006, p.10).

Ela demonstra que as PIC estão ganhando relevância na construção da política de saúde, não só por representarem um modelo diverso, mas pela forma como se propõe a abordar a saúde. Elas expressam parte de um processo de re-significação cultural de ações, relações e representações sociais relativas ao adoecimento e à saúde. Pagliaro (2009, p.1) destaca que essas são:

“(...) práticas de saúde que dirigem sua atenção para o doente e não, apenas, para a doença; que adotam a concepção de preservar e ampliar a saúde; que aplicam conhecimentos e experiências tradicionais; que usam métodos e técnicas que estimulam os mecanismos naturais de cura do organismo”.

Segundo a definição exposta acima as práticas que são aceitas pela PNPIC e que são contempladas pelo sistema único de saúde são: a Acupuntura; a Homeopatia; a Medicina Antroposófica (MA); as Plantas Medicinais e Fitoterapia; e o Termalismo Social e a Crenoterapia. Há alguns motivos para serem estas as práticas contempladas pelo SUS. Um desses prováveis motivos é o fato dessas práticas já serem aceitas há algum tempo pela comunidade internacional e científica e já possuírem uma maior análise de sua eficiência e eficácia no mecanismo de cura do indivíduo.

Se reconhece a possibilidade de haver outras práticas complementares que estejam de acordo com a denominação e definição propostas pela PNPIC, mas que ainda não são analisadas separadamente pela mesma, e também de práticas que nem mesmo são citadas, mas são oferecidas à população por meio de iniciativas de alguns municípios em seus centros de saúde, sendo estas práticas denominadas, pela política nacional, de complementares. Um dos motivos para que não sejam abrangidas todas as práticas na PNPIC é o fato de algumas destas práticas não carecerem de recursos específicos, ou físicos, para serem implementadas, assim não é necessário e até mesmo possível que estas práticas sejam especificadas na PNPIC. Estas práticas seriam constituídas, apenas, por técnicas que se utilizam de conhecimento específico e treinamento para serem realizadas

de uma forma correta. Algumas destas práticas, que aparecem no diagnóstico realizado pela PNPIC são: Tai Chi Chuan, Lian Gong, Shantala, Lien Chi, Tuiná, Yoga, Do-In, Reiki, shiatsu e auto- massagem. Há também aquelas que ainda não são disponibilizadas à população: Cura Prânica, Florais, Catatonia, Auricoloterapia, Geoterapia, Quiropraxia, Mãos Sem Fronteiras, Tensigridade, Medicina Tradicional Indígena, Cromoterapia, banhos terapêuticos, cantoterapia, dentre outras. Ficariam, então, a critério dos municípios quais seriam as práticas a serem admitidas como complementares e a maneira que elas serão ofertadas à população. Isso se dá por não haver a delimitação de quais práticas podem ou não ser oferecidas pelos municípios e por não haver diretrizes específicas para as mesmas.

## **4.2 Práticas contempladas pela PNPIC**

A seguir será mostrado o que compreendem as práticas contempladas pela PNPIC buscando esclarecer, sempre que possível, suas origens, e as ações que contemplam e seus elementos mais característicos.

### **4.2.1 Acupuntura**

A acupuntura é originária da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) a milhares de anos, suas origens remontam a um período superior a 3000 anos. Segundo a PNPIC (2006)

“É caracterizada por um sistema médico que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade e tem como fundamento a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água).”

A acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e

doenças. Admite-se atualmente, que a estimulação de pontos de Acupuntura provoque a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária.

No Brasil, a acupuntura foi introduzida no ano de 1988, por meio da Resolução Nº. 5/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), e teve as suas normas fixadas para o atendimento nos serviços públicos de saúde. Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) a consulta médica em Acupuntura. Desde então, houve um grande avanço desta prática que, de acordo com o SIA/SUS, apresentou 181.983 consultas no ano de 2003, com o cadastro de 376 profissionais médicos acupunturistas.

#### **4.2.2 Homeopatia**

"A homeopatia é um sistema médico complexo de caráter holístico baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes" (Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares). Foi enunciada por Hipócrates no século IV a.C. e no século XVIII Hahnemann, após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos, sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras *Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas*. Segundo a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (2009).

“O tratamento homeopático consiste em fornecer a um paciente sintomático doses extremamente pequenas dos agentes que produzem os mesmos sintomas ao ser experimentado em pessoas saudáveis, quando expostas aos mesmos. O medicamento homeopático é preparado em um processo chamado dinamização, consistindo na diluição e sucussão da substância em uma série de passos.”

No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure, em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento. No ano de 1979, foi fundada a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB) e no ano de 1980, a homeopatia foi reconhecida como especialidade

médica pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Assim, já na década de 80, alguns Estados e municípios brasileiros iniciaram o atendimento homeopático como especialidade médica aos usuários dos serviços públicos de saúde, porém como iniciativas isoladas e, às vezes, descontinuadas, por falta de uma política nacional. Em 1988, pela Resolução nº. 4/88, a CIPLAN fixou normas para atendimento em homeopatia nos serviços públicos de saúde e, em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela SIA/SUS a consulta médica em homeopatia.

A partir da sua adoção no SUS, verificou-se que a Homeopatia teve um aumento considerável de adeptos que pode ser comprovado pelo número de consultas que vem apresentando crescimento anual em torno de 10%. No ano de 2003, o sistema de informação do SUS e os dados do diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde em 2004 revelam que a homeopatia está presente na rede pública de saúde em 20 unidades da Federação, 16 capitais, 158 municípios, contando com registro de 457 profissionais médicos homeopatas. Está presente em 10 universidades públicas, em atividades de ensino, pesquisa ou assistência, e conta com cursos de formação de especialistas em homeopatia em 12 unidades da Federação. Há ainda a formação do médico homeopata aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica.

### **4.2.3 Medicina Antroposófica**

A Medicina Antroposófica (MA) é um sistema médico complexo de base vitalista que surgiu na Suíça no final do século XX. A MA propõe a ampliação da medicina alopática (conhecida como medicina convencional). Foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos. “Seu modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde” (Ministério da Saúde, Portaria 1600 de 2006)

A MA, segundo o documento Cuidado integral nos ciclos de vida da prefeitura de Belo Horizonte (2006), é uma abordagem médica que:



“(…) além de considerar no seu diagnóstico o corpo físico, avalia na clínica: o Corpo etérico ou vital: da vitalidade, disposição, dos ritmos fisiológicos; Corpo astral: da vida psíquica, das emoções, sensações, das trocas com o ambiente físico ou emocional; Corpo do “EU”: condições do sistema imunológico, constituição própria de cada indivíduo, como ele se manifesta, vivencia ou se posiciona diante de cada situação ou momento de vida. Assim, a Medicina Antroposófica propõe uma abordagem preventiva e terapêutica que vai equilibrar ou re-equilibrar o organismo como um todo”.

A Medicina Antroposófica oferece possibilidades para a ampliação da atenção à saúde por meio de técnicas, recursos e abordagens de baixa complexidade tecnológica, com ênfase na estimulação das forças curativas do próprio organismo e apoio ao desenvolvimento global dos indivíduos (biológico, psicológico, social e espiritual). Integrado ao trabalho médico, está prevista a atuação de outros profissionais da área da saúde, tais como cuidados em enfermagem, odontologia, psicologia, e algumas abordagens terapêuticas, desenvolvidas por outras categorias profissionais, respeitando as suas especificidades. Assim, como a utilização de outros recursos, a saber: uso de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, banhos terapêuticos, massagem rítmica, terapia artística e outros específicos da Medicina Antroposófica como “... orientações sobre hábitos e atividades vitais, alimentação e abordagens terapêuticas não medicamentosas adequadas a cada fase da vida, que por si só são preventivas e curativas” (PBH, Cuidado integral nos ciclos de vida, 2006).

Os médicos antroposóficos utilizam os conhecimentos e recursos da MA como instrumentos para ampliação do atendimento clínico, tendo obtido reconhecimento de sua prática por meio do Parecer 21/93 do Conselho Federal de Medicina, em 23/11/1993.

#### **4.2.4 Plantas Medicinais e Fitoterapia**

“A fitoterapia é uma terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais e suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” (Luz Netto Jr., 1998). Esta terapêutica não tem como ter suas origens definidas, mas no Brasil há relatos de que os índios já se utilizavam dela desde a chegada de Cabral. Sendo bastante difundida pelo mundo, muitas vezes sua utilização é de baixo

custo, pois é de fácil acesso à população.

Já em relação à aceitação desta prática pode-se destacar como eventos importantes em nível global a Declaração de Alma-Ata aprovada pela OMS no ano de 1978 e que relata a posição desta no sentido de se valorizar as plantas medicinais que já eram bastante difundidas entre os países. Já no Brasil foi por volta da década de 80 que houve os primeiros esforços para que esta prática fosse estabelecida na atenção primária de saúde. Pode-se destacar a resolução N°. 8/88 da CIPLAN, que criou os procedimentos e regulamentou a implantação da fitoterapia nos serviços de saúde e também o Decreto N°. 5.813 que aprovou a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF). O Brasil tem uma grande vantagem na adoção desta prática, pois apresenta a maior diversidade vegetal do mundo.

#### **4.2.5 Termalismo Social e Crenoterapia**

A utilização das Águas Minerais para tratamento de saúde é uma das práticas mais antigas, vem sendo utilizada desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto em 450 A.C. O Termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. Já a Crenoterapia seria a indicação destas águas minerais com finalidade terapêutica, sendo utiliza muitas vezes como complemento aos demais tratamentos de saúde.

A partir da década de 90 a Medicina Termal passou a dedicar-se a abordagens coletivas, tanto de prevenção quanto de promoção e recuperação da saúde, inserindo neste contexto o conceito de Turismo Saúde e de Termalismo Social, cujo alvo principal é a busca e a manutenção da saúde (PNPIC, 2006, pg22).

No Brasil a Crenoterapia (introduzida junto com a colonização portuguesa) e o Termalismo foram contemplados nas resoluções CIPLAN de 1988 e pela resolução do Conselho

Nacional de Saúde nº. 343, de 07 de outubro de 2004, que fortaleceu a definição das ações governamentais. Dentro destas definições está à revalorização dos mananciais das águas minerais, o seu aspecto terapêutico, a definição de mecanismos de prevenção, fiscalização, controle, além do incentivo à realização de pesquisas na área.

### ***4.3 Inclusão das Práticas Integrativas e Complementares na política de saúde brasileira***

As diversas PIC começaram a ser utilizadas como recursos terapêuticos há muitos anos no Brasil, pode-se considerar que até mesmo antes da chegada dos portugueses já havia a utilização destas práticas pelos indígenas como a utilização de plantas medicinais. Ao longo do período histórico houveram iniciativas isoladas e que eram ofertadas por particulares sem que fossem aprovadas junto à comunidade médica ou a federação. Contudo, com a mudança de concepção e conhecimento por parte da população e dos profissionais médicos (no cenário nacional e internacional) aos poucos estas práticas passam a ser aceitas e ofertadas há uma maior parcela da população.

#### **4.3.1 Influência da OMS**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência especializada em saúde, fundada em Abril de 1948 e com sede na Suíça é subordinada à Organização das Nações Unidas. A proposta de criação da OMS foi de autoria de delegados do Brasil, havendo desde então uma intensa colaboração entre o Brasil e a OMS. A OMS tem como objetivo desenvolver o máximo possível o nível de saúde de todos os povos, tendo sido criada com o intuito de elevar os padrões mundiais de saúde. Tendo como base que a OMS é uma organização internacional bastante respeitada pela comunidade médica e que serve de parâmetro para muitos países na adoção das práticas de saúde é de grande relevância sua aprovação às PIC. Essa aprovação serve de base para as nações estarem adotando este tipo de prática, seja por haver um embasamento em uma instituição respeitável ou para ter de fato uma comprovação da eficiência e eficácia destas práticas, pois nem sempre os países têm

condições de arcar com estudos que realizem esta análise.

Um dos principais marcos que norteiam as ações da OMS no que tange as PIC foi a criação do Programa de Medicina Tradicional, no final da década de 70, com o objetivo de "incentivar os Estados-membros a formularem e programarem políticas públicas para uso racional e integrado da Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa (MT/MCA) nos sistemas nacionais de atenção à saúde bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade. O documento "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005" reafirma o desenvolvimento desses princípios" (PNPIC).

É provável que o movimento na OMS sobre estas práticas tenha estimulado a evolução das mesmas no Brasil, pois todas as práticas contempladas hoje pela política nacional também são aceitas pela OMS. Além disso, a afirmação de todas estas práticas no Brasil é de um período subsequente a aprovação pela OMS. Pode também ter contribuído para isso a existência de uma quantidade considerável de países, na comunidade internacional, com experiências bem sucedidas nesta área.

#### **4.3.2 Institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Brasil**

No Brasil, a legitimação e a institucionalização das PIC na atenção à saúde começaram a partir da década de 80, sobretudo, após a criação do SUS. Através da descentralização e participação popular, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras que em geral foram bem sucedidas. A Ilustração 1 resume os principais avanços na adoção das PIC no Brasil e as principais deliberações sobre o assunto. É importante salientar que algumas das PIC ainda estão em processo de elaboração, demonstrando a atualidade do tema. Portanto, ainda há muito que se estudar a este respeito para que continue havendo uma evolução no processo de prestação de serviço ao cidadão e a consequente melhoria na promoção da saúde do indivíduo.

Ilustração 1: Principais deliberações referentes a Práticas Integrativas e Complementares

<b>Ano</b>	<b>Elemento</b>	<b>Principais deliberações</b>
1985	Convênio entre instituições de pesquisa	Institucionalização da assistência homeopática na rede pública de saúde
1986	8ª CNS	Introdução de práticas alternativas no âmbito dos serviços de saúde
1988	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) Nº4, 5, 6, 7 e 8/88	Fixação de normas e diretrizes para o atendimento das práticas alternativas
1995	Portaria GM Nº. 2543	Instituição do grupo assessor técnico-científico em medicinas não-convencionais
1996	10ª CNS	Aprovação da incorporação ao SUS, em todo o país, de práticas alternativas de saúde
1999	Portaria GM Nº.1230	Inclusão das consultas médicas em Homeopatia e Acupuntura na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)
2000	11ª CNS	Incorporação na atenção básica, rede Política de Saúde da Família (PSF) e PACS práticas não convencionais de terapêutica
2001	1ª CNVS	Institui o sistema Nacional de Vigilância Sanitária
2003	Constituição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde (CGTMS)	Elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC)
2003	Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica (CNAF)	Enfatiza a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS.
2003	12ª CNS	Delibera para a efetiva inclusão da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (MNPC) no SUS
2004	Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovações em Saúde (CNCTIS)	Inclusão da MNPC como nicho estratégico dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa.
2005	Decreto presidencial de 17 de fevereiro	Criação do Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas (PNPMF)
2005	Relatório final do Seminário Águas Minerais do Brasil	Indica a constituição de projeto piloto de Termalismo Social no SUS.
2006	Decreto Nº. 5. 813	Aprovada a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
2006	Portaria Nº. 971	Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

Fonte: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

Por meio da ação de particulares, que realizaram cursos para a formação de profissionais na área das PIC, houve um bom crescimento da utilização destas práticas pelos profissionais de saúde nas últimas décadas. Observa-se uma crescente elevação no número de consultas, na procura por este tipo de tratamento e na aceitabilidade por parte da população, ao se levar em consideração os resultados comprovados com a utilização destas práticas<sup>11</sup>. Estudos realizados pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério de Saúde (diagnóstico da PNPIC) e pela coordenação de terapêuticas não-convencionais da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES MG)<sup>12</sup> comprovam esta evolução. Pelo que estes estudos apresentaram já há uma considerável quantidade de municípios no Brasil e em Minas Gerais oferecendo este tipo de tratamento. Os dados relativos a esses diagnósticos são apresentados logo abaixo.

Apesar de a implantação das práticas ser feita de maneira isolada verifica-se a existência de práticas ofertadas com qualidade e competência. Contribuindo para a melhoria do bem estar do paciente e para a solução definitiva dos seus problemas de saúde. Sendo um dos motivos contributivos para isso o aprimoramento dos serviços e dos profissionais, por meio das experiências adquiridas ao longo dos anos, pois, por exemplo, no ano de 1991 já havia os primeiros municípios, em Minas Gerais, ofertando este tipo de serviço.

Deve-se salientar que não foi homogênea a disseminação destas práticas pelo Brasil. O que é comprovado pelo diagnóstico realizado pelo Ministério de Saúde, em 2004. Este diagnóstico situacional mostra que no Brasil, havia 232 municípios que possuíam e mostravam ter alguma estruturação das práticas integrativas e/ou complementares, estando presentes em 26 estados da federação e em um total de 19 capitais. Ele dá uma idéia de como estes serviços estão concentrados em algumas regiões do território nacional estando presente principalmente, nas regiões sul e sudeste do país, tendo as outras regiões do País números bem mais modestos. Em São Paulo havia 48 municípios, no Rio Grande do Sul 25, e no Paraná 18, já Mato Grosso, Distrito Federal e Acre possuíam somente um município cada.

---

<sup>11</sup> Alguns desses resultados, referentes ao número de consultas, já foram apresentados na descrição das práticas neste capítulo.

<sup>12</sup> Diagnóstico da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC)

O Estado de Minas Gerais está em posição de destaque, ocupando o segundo lugar na quantidade de municípios que oferecem esta prática com 30 municípios, isto quando se leva em consideração os municípios que responderam ao questionário. Contudo estes números já deviam ser maiores já naquele ano, pois o percentual de questionários respondido no diagnóstico da PNPIC é de apenas 24% e já o questionário da PEPIC teve um retorno de 45% o que faz com que apresente dados mais fidedignos. O que pode ser comprovado de fato no diagnóstico da PEPIC, que relata que o Estado de Minas Gerais já possui ao todo, no ano de 2008, 76 municípios oferecendo as PIC. Não há dados específicos, mas levando como parâmetro o percentual de retorno dos questionários, não deve ter havido um aumento em Minas Gerais de 46 municípios oferecendo as PIC nestes quatro anos, mas sim um aumento um pouco menor. Assim, tanto em Minas Gerais como no Brasil os dados relativos à adoção das PIC apresentados nos diagnósticos devem ser maiores, pois muitos municípios deixaram de responder ao questionário.

Outro aspecto que ilustra a falta de homogeneidade na prestação destes serviços é a concentração deste serviço no nível de atenção básica, como este tipo de tratamento pode ser realizando juntamente com a medicina tradicional ele poderia estar presente em uma maior parcela dos atendimentos nos outros níveis de atenção. Contudo pode ser justificável esta disparidade, pelo próprio fato da política nacional dar prioridade a este nível de atenção.

Outra característica destes serviços prestados à população é a falta de convivência com a PNPIC, pois na maior parte das localidades, onde se prestam estes serviços, não há características básicas desta política que permitiriam haver um serviço eficiente e de qualidade à população. Como a não existência de registro dos pacientes, o não fornecimento de insumos básicos nestes tipos de tratamento e a falta de ações de acompanhamento e monitoramento das ações prestadas.

No Estado de Minas Gerais o principal marco existente foi à criação da Coordenação de Terapêuticas Não Convencionais dentro da Superintendência de Assistência a Saúde

(SAS), o que ocorreu logo após a aprovação da PNPIC. Já no ano de 2009 foi aprovada a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC), por meio da Resolução SES-MG N° 1885. A PEPIC apresenta um diagnóstico das PIC no Estado. Um dado relevante é que o número de práticas ofertadas à população já atinge a marca de 148 no Estado, também havendo uma predominância, assim como no Brasil, da Homeopatia, Acupuntura e Fitoterapia, presentes 76 vezes. Considerando a produção mensal dos municípios mineiros, também há uma prevalência destas práticas, que correspondem a quase 80% desta produção, sendo que só a Fitoterapia é responsável por mais de 45%. Estes mesmos dados demonstram que nos anos de 2005 a 2008 houve a implantação de 82 Práticas Integrativas e Complementares, de um total de 128, sendo que 20 municípios não responderam, a esta indagação, nos questionários enviados aos municípios, perguntando qual havia sido o ano de adoção destas práticas. O que demonstra que nos últimos anos o processo de implementação das PIC ocorreu de forma mais significativa.

Vale salientar que a aceitação destas práticas pela população esbarra em aspectos de cunho cultural e até mesmo religioso, o que pode levar a redução do grau de abrangência destes tipos de práticas na população. Contudo não são somente na aceitação da prática que devem ser considerados estes aspectos. É também necessário observá-los no próprio processo de cura do indivíduo. Este assunto é abordado por Barbosa, Siqueira, Brasil e Bezerra (2002, p.87) que afirmam:

"As razões e motivações que levam a clientela a procurar esse tipo de assistência são variadas e muitas vezes relacionam-se às crenças e concepções baseadas nas vivências culturais. Dentro desse contexto cultural, torna-se relevante destacar um outro aspecto importante no processo saúde-doença: a religião. Ao vivenciar a doença, o ser humano se depara com situações-limite e o fenômeno religioso assume o papel de facilitar a compreensão do inexplicável e a aceitação do antes impensável".

Os profissionais de saúde reconhecem a necessidade de se estabelecer um vínculo harmonioso com os clientes e entendem que respeitar suas crenças é imprescindível em um relacionamento efetivo.



#### **4.4 A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**

A publicação da Portaria 971/2006 aprovando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS tem um importante significado. Essa institucionalização traz consigo o reconhecimento de que as PIC como objeto de atenção e ação do Estado. Elas saem da marginalidade para serem consideradas estratégicas no cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS como evidencia a seção anterior. Nesse sentido, o desenvolvimento desta Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares deve ser entendido como mais um passo no processo de implantação do SUS.

“A implementação da PNPIC se justifica por elementos políticos, técnicos, econômicos, sociais e culturais” (MS, 2006). O documento destaca que essa política

“(…) atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados (...) As experiências levadas a cabo na rede pública estadual e municipal, devido à ausência de diretrizes específicas, têm ocorrido de modo desigual, descontinuado e, muitas vezes, sem o devido registro, fornecimento adequado de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação” (MS, 2006).

Destaca-se que ela reflete a demanda por sua efetiva incorporação ao SUS, relatada nas deliberações das Conferências Nacionais de Saúde, da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (CNVS), em 2001, da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2003 e da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004.

A Política Nacional, especificamente o documento técnico, apresenta seus objetivos e diretrizes.

##### **4.4.1 Objetivos da PNPIC**

Os objetivos elencados são quatro (MS, 2006, p.24):

1. Incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de

agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

2. Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.
3. Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.
4. Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

Analisando-os observa-se que a PNPIC tem finalidade prática (orientar a implementação) e que estabelece os elementos principais através dos quais se pretende construir os vínculos das PIC com o SUS. O primeiro desses elementos é o conjunto de princípios do SUS e o apoio que as PIC podem a concretização dos princípios, como ficará claro no item seguinte. O segundo é o reconhecimento da atenção básica como nível a ser privilegiado para a inserção das PIC. E o terceiro elemento destacado, é a necessidade dessa integração se dar de forma consistente com a prática atual do SUS sendo incorporada e incorporando a participação social e referenciais relativos a gestão eficiente e eficaz.

#### **4.4.2 Significados da incorporação das PIC no SUS**

Tendo como base diversos estudos que comprovam a eficácia das PIC pode-se dizer que a incorporação destas práticas contribui para a promoção e realização dos princípios existentes no SUS.<sup>13</sup> Segundo a PNPIC "o levantamento da inserção corrobora a necessidade que o desenvolvimento da Política Nacional de Práticas integrativas e Complementares no SUS deve ser entendido como continuidade do processo de implantação do SUS, na medida em que favorece de forma efetiva o cumprimento dos princípios e diretrizes que regem o Sistema.". Dentre estes princípios podemos destacar a Integralidade e a descentralização político-administrativa. Além disso, destaca-se também

---

<sup>13</sup> Os princípios explicitados na seção anterior são: Integralidade, a universalidade, a participação popular, a descentralização político-administrativa e a oferta de serviços de qualidade à população.

a colaboração das PIC no exercício da promoção da saúde e prevenção da doença.

Esses elementos serão analisados, na ordem que foram apresentados, para verificar qual a contribuição que estas práticas podem trazer. Segundo o que foi observando estas práticas não vem contrariar estes princípios e diretrizes, mas sim reforçá-los de maneira a atender o cidadão da melhor maneira possível, com serviços de qualidade e eficiência.

Há duas abordagens que podem ser utilizadas para conceituar a **integralidade**. A primeira diz que a "integralidade compreendendo o sujeito enquanto unidade indivisível, que não deve ser submetido a limitações de recortes patológicos" (Comissão de Saúde Pública, 2004). E a outra que "a integralidade em saúde, no sentido ampliado de sua definição legal, deve ser entendida como. Uma ação social que resulta da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde." (Pinheiro e Luz 2003, p.65). Ou seja, a primeira está relacionada, sobretudo à integração do indivíduo no que diz respeito a suas várias dimensões e a segunda a integração da prestação do serviço que busca a melhor maneira de atender ao paciente nos níveis de complexidade da assistência a saúde.

Quanto à primeira abordagem, a incorporação das PIC no SUS tem uma série de significados, pois levam em consideração muito mais dimensões do indivíduo no processo de atenção a saúde, contribuindo para modificar a atenção aos usuários. Santanna (2008, p.128) afirma que:

“A atenção aos usuários do sistema de saúde no Brasil ainda privilegia as especialidades médicas voltadas para as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento de uma abordagem que considere as dimensões psicossociais, éticas, culturais, econômicas e até políticas, reforçando a manutenção de uma prática fragmentária e reducionista por parte da equipe de saúde, especialmente dos médicos.”

Ou seja, a adoção das PIC visa garantir que as outras dimensões do indivíduo sejam levadas em consideração na prestação da assistência ao indivíduo, possibilitando que o indivíduo seja tratado como um ser integral e não como sendo formado de partes separadas.

Reunindo estas duas abordagens defini-se um conceito mais amplo que será utilizado para análise da integralidade em saúde. A Integralidade é a adoção de serviços de saúde que incluem tanto os meios curativos quanto os preventivos em todos os níveis de complexidade de assistência a saúde. Assim como aquele que considera a coletividade e a complexidade do processo de adoecimento do indivíduo. Portanto algumas das dimensões deste conceito de Integralidade seriam: o acolhimento, o vínculo, o cuidado e a relação médico-paciente. Estas dimensões serão abordadas separadamente, pois a integralidade é um dos conceitos mais importantes para se entender o significado da incorporação das PIC no SUS.

A dimensão acolhimento implica em "diretriz operacional que pressupõe a atenção a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde e a reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema" (Franco, Magalhães, 2003). Com o advento do acolhimento ganha importância a recepção dos usuários nos serviços de saúde. Algumas das características do acolhimento são o diálogo, o afeto e a atenção, dando a ele, também, um caráter de acolhimento moral do usuário, que, portanto, permitem a humanização das relações entre os serviços de saúde e os trabalhadores com os usuários.

A segunda dimensão, o vínculo, é a relação que o paciente estabelece com o serviço oferecido, muitas vezes sendo ele estabelecido entre o paciente e profissional de saúde e não entre o serviço oferecido e o paciente.

A terceira dimensão, o cuidado,

“(...) seria mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo; representaria uma atitude interativa de ocupação, preocupação, de responsabilização e envolvimento afetivo para com o próximo. O cuidado seria apreendido como uma ação integral voltada para a compreensão da saúde como um direito de ser; seria a atenção ao sofrimento, freqüentemente fruto de fragilidade social, com tratamento digno, acolhedor e respeitoso” (Luz, 2004; Boff, 2000).

O cuidado seria, portanto, o modo como o serviço de saúde presta a atenção ao usuário, principalmente, no aspecto do sofrimento.

A última dimensão explorada, a relação médico-paciente é pautada na necessidade do indivíduo, para que ele receba o melhor tratamento possível. “Deve se levar em conta que a satisfação do paciente não se limita ao aspecto técnico-científico da medicina, mas inclui também a qualidade do vínculo, a comunicação interpessoal e o modo como se estabelecem essas relações” (Luz, 1997). A relação médico-paciente é um dos determinantes da resolução dos problemas de saúde, segundo Luz grande parte da efetividade médica resulta da satisfação das pessoas durante o processo de tratamento.

Considerando-se as quatro dimensões da integralidade acima explicitadas, pode-se dizer que as Práticas Integrativas e Complementares contribuem para a execução do princípio da Integralidade, pois elas dão centralidade ao indivíduo elemento essencial para efetivação das dimensões da integralidade indicadas acima. A influência também se dá no sentido contrário, a adoção do princípio potencializa as possibilidades de aplicação das PIC.

Passando ao princípio da descentralização político-administrativa o impacto mais aparente se dá na direção, princípio-PIC. Ou seja, a descentralização afeta a forma como as PIC foram incorporadas na política de saúde. Houve uma valorização do nível local. Esta valorização tem aspectos positivos, pois viabiliza a adequabilidade da prática médica à realidade sociocultural viabilizando que a gestão enfatize práticas com maior aceitabilidade. Por outro lado ela significou uma diversidade de iniciativas e práticas a despeito da existência de uma política nacional. Essa diversidade dificulta a apuração do panorama nacional.

Por fim, quanto a diretriz referente à incorporação de uma cultura de promoção da saúde e prevenção das doenças verifica-se que as PIC reforçam os aspectos de atenção ao indivíduo atuando tanto no caráter preventivo como curativo. O Ministério da Saúde reconhece que as PIC “são práticas que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde e contribuem, entre outros, para a promoção da saúde,

inserção social, redução do consumo de medicamentos, melhoria da autoestima e da qualidade de vida.” (MS, 2009).<sup>14</sup> Diferentemente da medicina tradicional onde prepondera o caráter curativo de atenção ao indivíduo estas práticas se caracterizam por serem eficientes na prevenção de enfermidades de seus usuários. Assim, a adoção destas práticas contribui para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, pois além de evitar doenças que poderiam surgir, há uma significativa melhora no seu bem estar.

A adoção destas práticas no SUS cria um novo paradigma, que seria da existência de dois tratamentos diferentes, ofertados à população. Pode parecer uma contradição afirmar que estes tratamentos são distintos e, como já foi mencionado, são utilizados complementarmente. Portanto pode-se afirmar que é pela diferença nos aspectos da abordagem ao paciente é que estes dois tipos de tratamento podem ser usados complementarmente. O que é comprovado por estudos a respeito da interação entre a utilização destes dois tipos de tratamento concomitantemente, que afirmam haver somente benefícios quando são ministrados em um paciente em um mesmo intervalo de tempo.

#### **4.4.3 Diretrizes da PNPIC**

As PIC, como já foi citado, eram ofertadas por meio de iniciativas isoladas nos municípios, a PNPIC, portanto, procura garantir a homogeneidade na prestação deste serviço, por meio da definição de diretrizes que permitirão aos municípios adotarem as melhores práticas na oferta desses serviços. Assim a PNPIC contém de forma mais clara e abrangente as diretrizes para a adoção destas práticas e dá orientações de como deve ser a sua implementação. Inicialmente a PNPIC fala das diretrizes de uma forma geral depois orienta separadamente como cada uma das práticas devem ser implementadas, buscando, com isso, encontrar a melhor maneira de atender a cada uma das especificidades existentes nas práticas.

As diretrizes contêm as indicações consideradas essenciais para viabilizar que os objetivos

---

<sup>14</sup> Site ministério da saúde, Programa Saúde da Família.

estabelecidos sejam cumpridos. São elas<sup>15</sup>:

1. Estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS
2. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente.
3. Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional.
4. Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.
5. Fortalecimento da participação social.
6. Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nestes âmbitos na regulamentação sanitária.
7. Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos da PNPIC, com qualidade e segurança das ações.
8. Incentivo à pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados.
9. Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação da PIC, para instrumentalização de processos de gestão.
10. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências da PIC nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde.
11. Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Sua análise aponta para necessidade de estabelecimento de uma referência nacional construindo condições não só para impulsionar o uso da PIC, mas também para superar a fragmentação e o desconhecimento decorrentes dessa incorporação tardia. Destaca-se a preocupação com a consolidação das práticas através da difusão e ampliação do

---

<sup>15</sup> As diretrizes e as orientações para sua implementação estão presentes na íntegra na PNPIC.

conhecimento (pesquisa), e por meio da qualificação e da difusão de informação.

Como já apontado na primeira seção desse trabalho a implementação é uma fase extremamente relevante da política pública se a vemos como um processo. Ela define a efetivação de planos, ou seja, a sua concretização. A relevância dessa etapa é explicitada na PNPIC ao apresentar as orientações para a implementação das diretrizes, entrando em detalhes em cada tipo de prática. É essa a parte do documento que será tomada como principal referência para avaliar o processo de implementação da PNPIC no caso do município de Belo Horizonte.



## 5 ESTUDO DO CASO DE BELO HORIZONTE

Partindo dos pressupostos que as PIC têm muito a contribuir na consolidação do SUS, que a implementação da PNPIC é importante para que as ações do Estado nessa área da saúde rompam com a fragmentação que a caracterizou e que o governo local tem um papel primordial nesse processo, decidiu-se apurar como as PIC figuram no SUS de Belo Horizonte. Espera-se que esse caso seja ilustrativo e permita indicar elementos de maior relevância na coordenação desse processo de implementação.

### ***5.1 Metodologia e técnica de pesquisa***

O estudo de caso, segundo Lijphart (1971), permite examinar intensivamente um caso mesmo quando os recursos são escassos. O autor classificou os estudos de casos em seis tipos: (1) ateuórico; (2) interpretativo; (3) gerador de hipótese; (4) confirmador de hipótese; (5) negador de hipótese; (6) caso desviante. Nesse caso, considera-se que o estudo em questão não tem como objetivo confirmar uma teoria e, portanto, refere-se ao primeiro tipo. Ele usa a teoria como elemento justificador do estudo. Ou seja, sendo a implementação um momento relevante do processo de elaboração de políticas públicas considera-se importante estudá-la, pois ela evidencia a efetiva incorporação do tema em análise na agenda política municipal. O caso em análise tem aqui um papel ilustrativo, assim, podemos caracterizar essa pesquisa como descritiva. Parte da caracterização para buscar evidências que permitam qualificar a implementação da política e, em alguns momentos, destacar fatores importantes na sua concretização.

Sua realização implicou em análise de fontes primárias (PNPIC dentre outros documentos) e secundárias; e, pesquisa de campo realizada através de entrevista junto ao setor responsável pela implementação da política no âmbito municipal.<sup>16</sup> A pesquisa foi

---

<sup>16</sup> A realização de pesquisas junto à equipe da Secretaria Municipal de Saúde está condicionada à aprovação do comitê de ética. A incompatibilidade de prazos para tramitação do processo e finalização da pesquisa foi um dos fatos que inviabilizou a aplicação de questionários junto a um público mais amplo.

orientada por um roteiro<sup>17</sup> focado na realização de um levantamento das Práticas Integrativas e Complementares no município de Belo Horizonte. Este questionário foi estruturado de maneira a abordar os principais aspectos das diretrizes estabelecidas pela PNPIC. A entrevista foi realizada e gravada na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Foi respondida por uma técnica do PRHOAMA possibilitando uma visão mais geral. As demais técnicas do programa atenderam à solicitação do pesquisador para tirar algumas dúvidas pendentes. Além disso, buscou-se o contato com a coordenação responsável pela prática do Lian Gong, para obter informações de como esta prática é oferecida.

## **5.2 SUS BH**

O Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH) tem suas origens remontadas à década de 80, onde foram tomadas as primeiras iniciativas para a construção de uma rede própria municipal. Desde então ocorreram constantes aperfeiçoamentos, que permitiram ao município prestar um serviço de qualidade a grande parcela da população. O que é salientado nesta passagem do Relatório de Gestão (SMSA, 2007):

"A situação atual da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) é resultado de uma longa história dentro do processo de estruturação do SUS no município, começando por avançar na estruturação de uma rede própria municipal antes mesmo de iniciado o processo de municipalização no final dos anos 80."

Segundo a SMSA (2007), Belo Horizonte foi a primeira grande cidade a municipalizar as Unidades Básicas de gestão estadual em 1991 e as unidades secundárias do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) em 1992. No entanto, a efetiva estruturação do sistema municipal de saúde só teve início de fato em 1994, quando o município assumiu a então gestão semiplena do sistema.<sup>18</sup> A partir de então acelerou-se o processo de expansão da rede básica de saúde, assim como das unidades especializadas, da rede de urgência e de saúde mental. Verificou-se também a criação de estruturas de apoio

---

<sup>17</sup> O roteiro da entrevista encontra-se no Anexo.

<sup>18</sup> O sistema ficou sob comando único do gestor municipal.

que permitiram a implantação de inúmeros projetos e programas especiais, além do controle da rede contratada e conveniada. A gestão plena foi alcançada em 1996.

O SUS-BH é constituído por redes de atenção à saúde, que tem como objetivo garantir a integralidade da atenção. Estas redes atualmente são divididas em três grandes áreas, sendo denominadas pela OMS de primária, secundária e terciária. Segundo a denominação brasileira a atenção primária corresponde à Atenção Básica (AB), a secundária a prestação de serviços especializados e a terciária a prestação dos serviços de alta complexidade.<sup>19</sup>

O que se nota é que o SUS-BH tem-se desenvolvido juntamente ao processo de expansão da rede básica, sendo enfatizada a efetivação do Programa de Saúde de Família, das unidades especializadas, da rede de urgência e da montagem de estruturas necessárias ao controle da rede contratada e conveniada de prestação de serviços. Ou seja, a partir de evoluções em todos os níveis de atenção à saúde. De acordo com o documento Desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde (ADOABS) em Belo Horizonte a organização territorial estabelecida na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSA/PBH) dá-se de acordo com as necessidades e possibilidades das práticas de intervenção. Havendo para isso subdivisões<sup>20</sup> que permitem definir de uma melhor forma as estratégias de intervenção para a política de saúde do município.

### 5.2.1 Atenção básica

A Atenção Básica segundo definição do Ministério da Saúde

“(…) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe dirigidas a

---

<sup>19</sup> Como as PIC estão inseridas predominantemente no nível da AB este será privilegiado em relação aos demais nesse trabalho.

<sup>20</sup> Por ordem decrescente de importância as subdivisões são: Município, Distrito Sanitário (seguem a delimitação das Administrações Regionais e correspondem à organização administrativo-assistencial da SMSA/PBH), área de abrangência do Centro de Saúde (estabelecidas com base nos setores censitários definidos pelo IBGE, são constituídas por um agrupamento de setores contíguos definidos pelas equipes locais e distritais, tendo como base múltiplos fatores), área de equipe PSF, microárea e moradia.

populações de territórios bem delimitados, pela quais assume a responsabilidade sanitária considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações... que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social."

A declaração de Alma Ata, criada na Conferência Internacional de Cuidados Primários definiu a Atenção Básica como a "... estratégia principal de redução das desigualdades e de melhoria das condições de vida e saúde". A relevância dada a esse nível de atenção, enfatizada também em documentos nacionais, pode ser observada na política de saúde municipal como mostram a Tabela 1 e Tabela 2.

Tabela 1: Distribuição das unidades assistenciais do SUS-BH segundo tipo e natureza – Belo Horizonte - 2006-2007

<b>Tipos de Unidade</b>	<b>Ano 2006</b>	<b>Ano 2007</b>
Unidades Básicas	140	145
Demais unidades	75	77
Total	215	222

Fonte: PBH, Relatório de Gestão 2007

Tabela 2: Produção ambulatorial da rede SUS-BH: 2006-2007

<b>Procedimentos</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Atenção Básica	14.464.654	14.459.008
Especializados	15.327.631	15.450.833
Alta Complexidade	18.092.336	21.186.056
Total	47.884.321	51.095.897

Fonte: PBH, Relatório de Gestão 2007

A rede de Atenção Básica é formada pelas equipes de saúde da família (ESF) e de saúde bucal, assim como outros profissionais da área como os assistentes sociais e pediatras. A base de organização dessa rede são os centros de saúde. Implantadas em Belo horizonte no ano de 2002,

"As equipes foram implantadas nos centros de saúde do município, ficando responsáveis pela assistência à saúde das populações consideradas de maior risco

para adoecer e morrer, conforme índice de vulnerabilidade. Para estas populações a estratégia de SF viria substituir a forma de organização anterior, significando, ainda, uma mudança processual por dentro da rede de serviços, sem redes paralelas e concorrentes” (PBH, 2008).

Inicialmente as elas foram formadas pelos profissionais já existentes na rede. Como não foi possível formar todas as Equipes de Saúde da Família que estavam previstas, com esses profissionais já existentes, se deu a contratação de muitos médicos e enfermeiros, o que levou a um aumento considerável da capacidade assistencial da rede básica de saúde. Em um momento posterior se aglutinaram a estes profissionais especialistas “... os CS [que] se organizaram com "equipes de apoio", nas quais os especialistas funcionavam como retaguarda para as ESF básicas, atendendo os casos agudos ou os casos mais complexos" (PBH, 2008) formando as chamadas equipes ampliadas. Em um período posterior, como será visto mais a frente no programa BH Vida: Saúde Integral decidiu-se pela opção de não haver mais equipes no formato ampliadas, apenas básicas, organizando os médicos clínicos, pediatras e ginecologistas em equipes de apoio e referência às ESF.

Deve-se destacar a importância da estratégia Saúde da Família para a melhoria das condições de vida da população, pois foi possível aos agentes públicos conhecerem um pouco mais da realidade dos cidadãos, não somente em relação às doenças que afligem a população, mas também sobre seus aspectos familiares e as dificuldades de todos os tipos que a população enfrenta. O que é explicitado nesta passagem:

"As equipes dos centros de saúde se deslocaram até as comunidades, aproximaram-se da realidade da população e, agora, têm que aprender a mobilizar novos atores e parceiros. Na verdade, como se trata da prestação de um serviço universal e de portas abertas, o sistema de saúde vem assumindo responsabilidades que extrapolam seu campo de atuação. Isto exige cada vez mais a articulação com o conjunto das políticas públicas sociais e urbanas." (PBH, 2008).

Que demonstra que o conhecimento adquirido, pelos profissionais de saúde, por meio do contato com a população pode proporcionar outros benefícios para a população, o que ocorre por meio da articulação entre diferentes setores, que podem contribuir para a formulação de políticas públicas conjuntas para a população.

A atenção básica no SUS-BH é organizada sob o programa BH Vida: Saúde Integral. Ele

teve como um dos seus objetivos reunir os diversos atores políticos para discutir e avaliar a política de saúde da SMSA e criar um projeto para a atenção básica. Além disso, foram revistos os projetos para outros setores e houve o resgate da gestão colegiada em todas as instâncias da SMSA. Neste ambiente propício a discussão, foram identificados vários gargalos para a prestação de um serviço de maior qualidade e eficiência, que puderam em parte ser solucionadas por este programa.

A SMSA por meio do BH Vida: Saúde Integral reafirmou a Saúde da Família como principal instrumento para a organização da atenção básica. Além disso, foram reafirmadas e definidas as diretrizes para a assistência à população como o acesso universal, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização do cuidado, a autonomização do usuário, a atuação em equipe, a assistência integral e resolutiva, a atenção generalista do médico da Saúde da Família, a equidade, a participação no planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais e o acolhimento. Como já relatado uma das mais importantes diretrizes confirmadas foi à participação popular. A PBH (2007) destaca no Relatório de Gestão da SMSA que

"O desafio da implantação deste programa em Belo Horizonte imprimiu-nos não só obstáculos a serem superados, mas também estruturação do *modus operandi* que, principalmente, foca a família e as vincula a equipes de saúde com base na organização territorial. Este modelo tem mostrado considerável aceitação por parte da população belorizontina. Essa constatação nos engrandece pela tentativa de acerto e descortina a posição política da gestão em BH de não apenas ser indutor/regulador de políticas, mas, sobretudo, prestador incansável na busca pela qualidade e pela universalidade e pela integralidade de suas ações."

Na formulação do programa BH Vida: Saúde Integral foram priorizados quatro eixos fundamentais, que podem ser assim resumidos:

- Eixo Assistencial – rearticulação do processo assistencial no âmbito das unidades básicas de saúde, lembrando os pressupostos: projeto usuário centrado, acesso resolutivo, acolhimento, vinculação responsabilizadora, busca da autonomia do usuário, impacto da produção de saúde também no âmbito coletivo, integralidade e qualidade da atenção prestada.
- Eixo das Redes Especializadas – construção das redes especializadas de referência.

- Eixo Vigilância em Saúde – articulação entre as ações centradas nos indivíduos e as ações no âmbito coletivo.
- Eixo da Gestão e Controle Social – ações gestoras que busquem garantir o provimento de recursos humanos, materiais e financeiros para o funcionamento da rede assistencial e as atividades do controle social.

Além disso, a gratificação, que existia para alguns profissionais da SF, foi estendida a totalidade dos profissionais da rede básica de serviços.

A seguir alguns dos atributos da atenção básica que o SUS, por meio da implementação do Programa Saúde da Família, tentou tornar efetivos. A **longitudinalidade** pode ser entendida como a relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes, nas unidades de saúde. Acredita-se que ela gera grandes benefícios no cuidado em saúde. Essa relação mais permite que os profissionais passem a conhecer melhor os pacientes e estes, aos profissionais, gerando uma menor utilização dos serviços e o melhor manejo dos problemas de saúde. Possibilita melhor identificação das necessidades dos usuários e reconhecimento de determinados tipos de problemas. A **acessibilidade e primeiro contato** é um atributo que pode ser entendido pela “capacidade de um serviço de saúde se colocar como porta de entrada, cada vez que um novo atendimento é necessário, seja para novos ou antigos problemas de saúde. A proposta do sistema de saúde brasileiro, e implementada em Belo Horizonte, é de que o primeiro contato na atenção primária é obrigatório para o acesso aos outros pontos do sistema, por exemplo, atenção especializada. A exceção se dá as urgências e emergências que têm acesso direto nos serviços de pronto atendimento” (PBH, 2006). A **Abrangência** "pode ser compreendido como a capacidade de um serviço de atenção oferecer o maior número de recursos possíveis para atender as necessidades de saúde da população, bem como para os problemas mais frequentes” (PBH, 2006). Está, pois, relacionada ao princípio da universalidade, que já foi abordado anteriormente. A **coordenação do cuidado** "pode ser entendida como a capacidade de proporcionar o seguimento do usuário no sistema de saúde, proporcionando a integração de todos os serviços de que ele necessite, seja no âmbito da Atenção Básica ou em outros pontos do sistema" (PBH, 2006). O principal

ganho com a adoção dessa coordenação do cuidado seria a eliminação da duplicação de exames e procedimentos, bem como a não realização de exames desnecessários. A **Humanização** “entendido como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde - usuários, trabalhadores e gestores, pressupõe a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão” (PBH, 2008). E por fim, a **Responsabilização**, ou seja, responsabilidade pela atenção à saúde do cidadão, de acordo com a possibilidade de intervenção, sem burocratização ou impessoalidade.

### 5.2.2 Outros níveis de atenção

A atenção secundária compreende um conjunto de atendimentos de caráter eletivo especializados, que podem ser agendados previamente. É caracterizado pela existência de consultas e exames especializados bem como por procedimentos cirúrgicos de menor complexidade. Cabe ressaltar mais uma vez que a fragmentação das intervenções sobre o indivíduo prejudica o diagnóstico do paciente, deixando de abordar muitos dos seus aspectos. O que é relatado nesta passagem "Se por um lado é inegável a legitimidade técnica das especialidades médicas, por outro, a fragmentação tem dificultado o diagnóstico e a intervenção mais adequada em tempo hábil" (PBH, 2006). Portanto, a adoção das PIC neste nível de atenção pode ser de grande valia, pois permitiria auxiliar os demais profissionais na prestação do serviço de saúde a população.

Já a atenção terciária corresponde a atenção hospitalar, que é caracterizada pela prestação de serviços de alta complexidade e pela assistência a pacientes que necessitam de internação. No nível de atenção terciário a adoção das PIC poderia ser de grande valia principalmente para amenizar o sofrimento paciente, além de contribuir para a sua recuperação.

A rede hospitalar contratada/conveniada ao SUS-BH é constituída por hospitais de diferentes naturezas (municipal, estaduais, universitários, filantrópicos e privados), sendo somente um destes públicos municipal, o Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB),



como mostra a Tabela 3. A regulação destes centros é feita por meio da Central de Internação (CINT).

Tabela 3: Distribuição dos hospitais da rede SUS-BH segundo natureza – Belo Horizonte - 2007

<b>Tipo de prestador</b>	<b>Quantidade</b>
Próprio	1
Público Estadual	9
Fundação Pública de Administração Indireta	1
Público Federal	2
Privados – filantrópicos e privados	21
Total	34

Fonte: PBH, Relatório de Gestão 2007

### **5.2.3 Instrumentos de planejamento e monitoramento**

Nesse processo de consolidação e aprimoramento da gestão da política de saúde no âmbito municipal, instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação tiveram destaque. Contribuíram para a consecução de um projeto de saúde consistente para o município o Plano Municipal de Saúde (PMS) e o sistema de monitoramento do plano (Monitora SUS). Outro importante marco do SUS de Belo Horizonte foi o fato de ser o primeiro município mineiro a aderir ao Pacto pela Saúde. "O pacto é resultante de longo processo de negociação das instâncias que compõem o SUS, versando sobre as obrigações, indicadores e metas de estados, municípios e união no campo do financiamento e da gestão do SUS, da promoção, vigilância e assistência à saúde" (SMSA, 2007).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um instrumento definidor das estratégias de intervenção juntamente à população, que define as orientações programáticas para um período de quatro anos. No plano estão definidas metas que são posteriormente avaliadas pelo relatório de gestão. Vale destacar que o PMS-BH, no ano de 2007, sofreu uma revisão para atender as diretrizes de planejamento do Ministério da Saúde, houve uma mudança temporal para adequar o PMS-BH ao Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG)

contribuindo para um melhor funcionamento do SUS-BH. O PMS-BH de 2004 a 2008 passou a ter vigência de 2005 a 2009, para estar compatível com o PPAG. Anteriormente o PMS tinha sua vigência atrelada ao mandato do prefeito e agora corresponde ao segundo ano do mandato prefeito eleito e ao primeiro do mandato subsequente, o que contribui para a percepção de que o SUS não é um plano de determinado governo, mas sim uma política do Estado que está acima de qualquer interesse temporal ou pessoal. Nessa revisão, também foi reestruturado o PMS-BH em sua organização. A sua reestruturação definiu eixos de atuação, que são as áreas de ação do SUS-BH, assim divididos: Rede Assistencial, Vigilância em Saúde, Intersetorialidade, Valorização do Trabalho, Gestão, Informação, Infra-estrutura, e Saúde em Rede. Cada um destes eixos também foi dividido em objetivos gerais, diretrizes, objetivos específicos e metas com seus indicadores, que por sua vez foram desmembrados em operações e ações. Tudo isso para que fosse facilitado o processo de planejamento das intervenções de saúde e para que houvesse uma melhor visualização das intervenções de saúde existentes no município, que permitiu a busca de respostas mais rápidas e assertivas para a melhoria do serviço de saúde. Este programa é monitorado pelo Sistema de Monitoramento do Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MonitoraSUS).

Para verificar o cumprimento das ações dispostas no PMS-BH o SUS-BH conta com um instrumento anual de suma importância para avaliação e *feedback* dos serviços de saúde prestados à população. Este instrumento é

"O Relatório Anual de Gestão... que apresenta os resultados alcançados com a execução da programação anual de saúde. Dessa forma, este documento busca relatar a execução das ações previstas para o ano... destacando os resultados efetivamente alcançados, a partir dos indicadores selecionados e registrados no sistema informatizado de planejamento – o MonitoraSUS, como também propondo os ajustes que se fizerem necessários"(SMSA, 2007).

Ou seja, este instrumento permite fazer um controle de todas as ações de saúde do município, contribuindo para concretizar os princípios definidos nos planos de todas as esferas administrativas, além de permitir à população ter acesso a situação das ações realizadas e, com isso, verificar se os recursos públicos estão sendo gastos de uma maneira efetiva.

Outro instrumento importante é o Censo BH Social, que é o cadastro municipal dos usuários dos serviços públicos. Sendo que "este processo permite a atualização permanente das informações a respeito da população preferencialmente usuária do SUS" (PBH, 2008). Este instrumento não só permite à área de saúde acesso a informações importantes sobre o dimensionamento da prestação de serviços à população como também permite à administração pública como um todo, ter um conhecimento mais amplo e atualizado dos serviços que são prestados à população, assim como das informações socioeconômicas da população.

#### **5.2.4 Desafios**

Desde o surgimento, em 1996, da gestão plena do SUS em Belo Horizonte ocorreu um intenso processo de reorganização da rede hospitalar do SUS-BH, como, por exemplo, pelo fechamento de hospitais por má gestão e a reestruturação de serviços hospitalares, com a abertura de leitos dentro do padrão de qualidade. A rede hospitalar do SUS-BH é muito importante para grande contingente de usuários do interior que vêm em busca de um atendimento que não encontram em suas cidades, serve, portanto de referência para muitos tipos de internações. Uma das importantes contribuições para a melhoria das condições hospitalares do SUS-BH foi a criação no ano de 2003, pela SES do Programa de Qualificação da Atenção e da Gestão Hospitalar com o intuito de melhorar a atenção hospitalar no Estado. Por meio desse programa é celebrado um termo de compromisso entre o Estado, o município e o hospital estabelecendo, entre outros, metas de assistência e de gestão, plano de investimento em obras e equipamentos, planos de despesa com custeio e capacitação de gestores hospitalares.

Como pode ser visto a implantação da Estratégia de Saúde da Família, assim como das outras ações de saúde no município de Belo Horizonte proporcionaram vários avanços, que contribuíram para o reconhecimento, pela população, da melhoria dos serviços ofertados. Dentre esses avanços podemos destacar: o incremento de recursos humanos; reorganização do processo de trabalho; diversificação da oferta de ações de promoção da saúde nos CS;

ampliação do acesso aos serviços de saúde; identificação da população dependente de cuidados domiciliares; aumento na complexidade do cuidado médico e de enfermagem; estabilização de boa parte das equipes e conseqüente ampliação do vínculo entre a população e os centros de saúde e a possibilidade de se prestar cuidado continuado.

Contudo há ainda muito que se avançar na prestação do serviço de saúde no município de Belo Horizonte, seja em relação à qualidade (há áreas físicas que são inadequadas à prestação de um serviço de saúde de qualidade) ou a quantidade (ocorrência de um número incipiente de atendimentos e uma quantidade insuficiente de leitos para se os pacientes) de serviços prestados. Muitas vezes falta estrutura disponível para um serviço de qualidade, como, por exemplo, a quantidade dos leitos públicos corresponde a apenas 15% do total disponível no município de Belo Horizonte. O que mostra uma grande defasagem do serviço de saúde público, que tem que recorrer ao sistema de saúde privado, por meio de convênios, para dar conta de atender a todos os pacientes que necessitam e procuram o SUS do município. A Tabela 4 mostra a dimensão da rede conveniada.

Tabela 4: Unidades assistenciais contratadas/conveniadas da rede SUS-BH -2007

<b>Unidades contratadas/conveniadas</b>	<b>Número</b>
Apoio diagnóstico/terapêutico	84
Unidades ambulatoriais	7
Unidades hospitalares	26
Sarah Belo Horizonte	1
Total	118

Fonte: PBH, Relatório de Gestão 2007

Um outro desafio importante é em relação à integralidade, pois por mais resolutiva que seja a Atenção Básica não tem como solucionar todos os problemas da população. Um fator agravante foi que o aumento do acesso à Atenção Básica acarretou um aumento da demanda para os outros níveis de atenção, pressionando os serviços de atenção secundária e de urgência a reformularem o modelo de atenção, para ter condições de atender a toda a população da melhor maneira possível.

A Emenda Constitucional 29 prevê a aplicação mínima de recursos orçamentários na ordem de 12% e 15%, respectivamente para Estados e municípios. O SUS-BH, segundo dados de 2007, apresentou um investimento expressivamente maior do que aquele previsto por lei, sendo aplicados 19,41% dos Recursos Orçamentários do Tesouro. O que contribui, claramente, para a ampliação e melhoria dos serviços de saúde prestados à população.

### **5.3 PIC em BH**

Em Belo Horizonte as Práticas Integrativas e Complementares têm um programa específico, denominado, Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA). Criado no ano de 1994 está sob responsabilidade da Coordenação do Adulto e Idoso / Gerência de Assistência à Saúde (GAS) / SMSA. O PRHOAMA tem suas origens no Programa de Práticas Médicas Não Alopáticas do município de Belo Horizonte, de 1983, que já se utilizava de racionalidades médicas que eram "baseadas em leis e princípios imutáveis da Natureza, simplifica o acompanhamento do caso, reduzindo a demanda por propedêutica e por consultas especializadas, assim como por medicamentos de uso contínuo" (PBH, 2006).

Separadamente do PRHOAMA é oferecida à prática de Lian Gong<sup>21</sup> no sistema municipal de saúde sob coordenação do Setor de Promoção à Saúde / Gerência de Assistência à Saúde / SMSA. O Lian Gong, ou Ginástica Terapêutica Chinesa em 18 Terapias, é uma técnica que une a medicina terapêutica chinesa e cultura física para prevenir e tratar de dores no corpo e restaurar a sua movimentação natural. Para os chineses significa: o fortalecimento harmonioso do corpo, permitindo o pleno funcionamento e utilização dos músculos, tendões e ossos. Foi criado em 1974 pelo médico ortopedista chinês Dr. Zhuang Yuan Ming. A prática do Lian Gong se fundamenta nos mesmos conceitos básicos da Medicina Tradicional Chinesa que fundamentam outras práticas como a Acupuntura e a Fitoterapia chinesa. Compõe-se de duas partes, a primeira trata de desequilíbrios e dores no corpo e previne o seu aparecimento; a segunda, trata as tenossinovites e disfunções dos órgãos internos, assim como as dores nas extremidades das articulações, prevenindo

igualmente o aparecimento dessas disfunções. O Lian Gong foi introduzido no Brasil em 1987 por Maria Lúcia Lee, professora de filosofia e artes corporais chinesas. O Ministério da Saúde incluiu o Lian Gong entre as práticas da MTC a serem oferecidas à população pelo SUS, através da Portaria 971 de 04 de maio de 2006.

### 5.3.1 PRHOAMA

O PRHOAMA foi implantado em Belo Horizonte

“(…) como proposta de abordagem inovadora e abrangente aos determinantes do processo saúde-doença na Rede Pública Municipal. Desde então, vem se consolidando como importante alternativa para problemas de saúde, reconhecida tanto por trabalhadores do SUS-BH quanto pela população usuária dos serviços” (PBH, 2008).

Iniciou os seus trabalhos, de forma incipiente, no ano de 1994. Foi criado em cumprimento a Lei Orgânica Municipal (LOM) de 1990. Sendo esta uma lei mais abrangente, que continha o detalhamento e o planejamento do PRHOAMA, careceu de outros instrumentos institucionais que permitiriam estruturar de uma forma mais adequada, desde o início, as ações desse programa. Vale salientar que antes mesmo da criação do programa já havia profissionais, oferecendo este tipo de práticas no SUS-BH, contudo isto não era feito de uma forma regular e organizada. Aos poucos ocorreu uma oficialização dessas práticas viabilizando que os médicos que vinham oferecendo estas práticas, atuassem alguns dias da semana ou, em alguns casos, em o horário de atendimento com Homeopatia ou com Medicina Antroposófica.

A história do PRHOAMA é caracterizada pelo seu ineditismo, como a realização do primeiro concurso específico para Médico Antroposófica e Acupunturista no SUS, o que aconteceu no ano de 1994. Com isso a SMSA-BH foi pioneira na implementação dessas práticas em alguns dos seus aspectos. Assim pode-se dizer que a implementação das PIC no SUS-BH serviu de base para a criação de programas em outros municípios, do Estado ou da União. E o que de fato ocorreu foi que a PNPIC foi baseada, em grande parte, nas

---

<sup>21</sup> Pronuncia-se Lian Kung.

experiências de alguns municípios brasileiros para a definição de suas diretrizes. Contudo esta política abarca muito mais aspectos do que o observado em um único município seja porque a PNPIC contou com a colaboração de vários municípios, ou porque ela abarca outros aspectos que anteriormente não eram observados na prestação dos serviços à população.

O PRHOAMA é oferecido preponderantemente na Atenção Básica, sendo um dos projetos presentes no programa BH Vida: Saúde Integral. Podemos destacar como um dos objetivos do PRHOAMA a busca pela atuação efetiva na Atenção Básica, ampliando as ações junto às ESF e de apoio. Apesar do foco na atenção básica seus objetivos também contemplam os demais níveis de atenção: a ampliação da atuação na Atenção Secundária; a implantação na Atenção Terciária e a divulgação nos níveis estadual e nacional. Cabe destacar que apesar de estar presente na rede de atenção secundária, conta somente com uma profissional de acupuntura nesse nível de atenção.

As práticas do PRHOAMA têm atendido muitas demandas do PSF. Dentre elas podemos destacar: os pacientes com contra-indicação para os tratamentos habituais como, por exemplo, intolerância medicamentosa; pacientes que não obtiveram melhora com diversas abordagens terapêuticas; pacientes que preferem estas práticas; pacientes com transtornos psíquicos moderados; pacientes com transtornos relacionados à convivência familiar; pacientes com transtornos considerados psicossomáticos e pacientes com dengue.

Os atendimentos prestados aos pacientes do SUS-BH pelo PRHOAMA apresentam as seguintes características. No que é referente à população alvo adota a mesma lógica em todas as práticas. É constituída por todas as pessoas que desejam ser tratadas por estas práticas, do recém nascido ao idoso. Ou seja, não há um recorte etário e a captação dos pacientes é feita por meio da demanda espontânea ou pelo encaminhamento por outros pacientes ou por profissionais de saúde do SUS/BH (PBH, 2008). Em relação à equipe responsável temos que, em sua maioria, os profissionais atuam na atenção primária, constituindo equipes de apoio ao Programa de Saúde da Família. Há uma exceção na acupuntura, que tem uma médica Acupunturista trabalhando no CREAB Sagrada Família,

na atenção secundária. O agendamento é feito pela UBS de sua área de abrangência, por meio do acolhimento das equipes do PSF, das equipes de apoio e de outros profissionais do SUS-BH, encaminhando o paciente para a UBS de referência. Para que isso seja possível o paciente tem que preencher devidamente o guia de referência. As primeiras consultas e os retornos são agendados conforme a rotina própria da Unidade Básica de Saúde (UBS) em que ocorrerá o atendimento. O cadastramento e o arquivamento das consultas são realizados por meio de prontuários da UBS, sendo estes de fundamental importância para o bom atendimento ao usuário e para levantamentos de suma importância, como a realização de diagnósticos das práticas para tomar as medidas que forem cabíveis para a melhoria da prestação do serviço para a população.

O calendário mínimo de atendimento se dá de acordo com a análise do médico, que verifica a necessidade de retorno do paciente para avaliar a evolução do seu caso. De acordo com o documento 'Cuidado integral nos ciclos de vida', deve "o paciente ser acompanhado com regularidade, com a frequência das consultas sendo guiada por cada caso individualmente e conforme a necessidade do paciente (urgências)" (PBH, 2008). É feito o controle de faltosos para que não haja ociosidade no atendimento. Com isso foi estabelecido que se o paciente faltar a duas sessões consecutivas sem justificativa, terá seu horário preenchido por outro paciente, que poderá ser revertido conforme justificativa, dando prosseguimento ao acompanhamento. Sendo que "o tratamento depende essencialmente do desejo do paciente de se submeter a ele." (ADOABS Belo Horizonte, 2008).

O documento 'Cuidado integral nos ciclos de vida' esclarece como são realizados os procedimentos técnicos de cada prática, na consulta clínica individual. A seguir, apresenta-se rapidamente cada um deles.

Na homeopatia a anamnese é de fundamental importância, o que geralmente leva a uma consulta longa. É essencial o conhecimento minucioso das modalidades dos sintomas do enfermo (do momento e do passado), a observação cuidadosa do seu modo de ser e de sentir, seus sintomas gerais, sonhos e o registro escrito destas informações. A clareza sobre



este conjunto de observações influencia o êxito do tratamento. O exame físico é feito rotineiramente, é dirigido pelas informações da anamnese. A repertorização implica no estudo do caso, revisando os sintomas, hierarquizando-os (conforme seu valor) e freqüentemente pesquisando-os em livros específicos (repertórios) com o fim de selecionar o medicamento homeopático a ser prescrito, quando este for necessário. Por fim, se dá a prescrição homeopática. Sendo necessário ao caso, o médico prescreve e orienta o paciente sobre como obter o medicamento, como utilizá-lo, quando será o retorno e como fará para marcá-lo, além de dar outras orientações necessárias à evolução do tratamento.

Na acupuntura é feita uma anamnese médica com perguntas específicas e exame físico, visando o diagnóstico clínico de acordo com a Medicina Chinesa. Depois o médico aplica agulhas em pontos específicos do corpo, que são prescritos de acordo com o diagnóstico. Durante a sessão as agulhas permanecem no corpo entre 20 e 30 minutos. A seguir é agendado o retorno.

Na Medicina Antroposófica geralmente é uma consulta longa, porque além das queixas do paciente, vários aspectos interessam, tais como seus hábitos, o seu modo de vida, a sua postura diante do mundo e das dificuldades, a sua maneira de ser (o seu temperamento), os acontecimentos importantes do seu passado, a sua história de vida. A prescrição médica tem caráter curativo. Mas é principalmente preventivo em várias situações de vida do paciente, nas quais ele deverá lidar com mudanças de vida, adaptações, perdas afetivas etc. Faz-se inclusive puericultura de acordo com a visão Antroposófica.

#### **5.4 A implementação da PNPIC no SUS-BH**

A primeira constatação que a pesquisa possibilitou foi que a inclusão das práticas das PIC no SUS-BH se deu bem antes da definição da PNPIC em 2006. No Município de Belo Horizonte, no ano de 1990, a Lei Orgânica Municipal definiu estas práticas como uma das atribuições do município. No artigo 144, parágrafo 6, desta lei foi definido "o oferecimento aos cidadãos de todas as formas de assistência e tratamento adequados, incluídas a

homeopatia a as práticas alternativas conhecidas". O que ocorreu de fato é que a PNPIC foi formulada a partir da experiência de alguns municípios do Brasil, sendo BH um dos municípios que subsidiou a formulação desta política, por meio, por exemplo, da disponibilização de dados nos fóruns nacionais que se realizaram para a formulação desta política. Estes municípios já ofereciam estas práticas tendo como embasamento as resoluções do CIPLAN<sup>22</sup> que definiram linhas gerais para a adoção destas práticas, assim como para a implantação e implementação das PIC-SUS.

Tendo em vista a situação acima descrita organizaremos as informações obtidas sobre a implementação da PNPIC no SUS-BH por diretriz (ver item 4.4.3) destacando sempre que possível a relação temporal. As diretrizes analisadas a seguir correspondem aquelas que podem ser operadas pela gestão municipal. Ocorre que algumas das diretrizes não são analisadas em função ou de não serem seguidas pelo SUS-BH ou por estarem a cargo dos gestores estaduais e federais. Vale salientar que a SMSA ainda não conta com a estrutura necessária para que todas as diretrizes sejam efetivadas. Além disso, o último item analisado, referente ao repasse de recursos, apesar de não constar especificamente como uma das diretrizes foi inserido, pois é de suma importância para que todas as diretrizes possam ser colocadas em prática.

#### **5.4.1 Estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS**

O fortalecimento da atenção em PIC no SUS-BH é evidente. O município oferece três das cinco práticas integrativa indicadas na PNPIC (Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica) e uma prática complementar (Lian Gong).

No caso das práticas integrativas reunidas sob o PRHOAMA observa-se sua crescente demanda que, em 1994, primeiro ano do programa, totalizou 604 atendimentos, crescendo para 23.513, em 2008. O PRHOAMA conta com um total de 30 profissionais, sendo 18

---

<sup>22</sup> Estas resoluções são: Homeopatia - resolução 04/08, Diário Oficial da União (DOU) de 08/03/88 Acupuntura - resolução 05/88 -DOU de 11/03/88 e Fitoterapia - resolução 08/88, DOU de 11/03/88. Deve-se ressaltar que estas resoluções não continham orientação para a implementação como ocorre na PNPIC.

Homeopatas, 09 Acupunturistas, 03 médicos antroposóficos.

Dentro dessa produção do ano de 2008 podemos ver a seguinte proporção de atendimentos 61% homeopatia, 35% acupuntura e 4% medicina Antroposófica. Os dados a respeito das práticas do PRHOAMA se encontram disponíveis por meio de um sistema de informação, que a partir de 1999 passaram a conter dados mais detalhados dos pacientes atendidos. Como por exemplo, a divisão por faixa etária e por sexo. Contudo estas informações não se encontram disponíveis ao público em geral a não ser em situações esporádicas em que ocorre alguma publicação a respeito dos programas. A produção dos anos de existência do PRHOAMA encontra-se registrada na Tabela 5.

Tabela 5: Produção anual das PIC em BH – 1994-2008

<b>Ano</b>	<b>Quantidade</b>
1994	604
1995	2418
1996	5397
1997	9933
1998	11798
1999	13459
2000	14994
2001	12465
2002	14352
2003	15968
2004	18894
2005	21492
2006	24845
2007	23193
2008	23513

Fonte: Apresentação do PRHOAMA

Quanto ao Lian Gong, disponibilização dessa prática, de forma regular, se dá em 104 unidades básicas de saúde (71 % do total). Já foram capacitados 74 profissionais da rede para a prática do Lian Gong.

No que se refere ao nível da atenção em que as PIC estão sendo ofertadas, como já foi dito há uma predominância no nível de Atenção Básica. Houve deste o início do PRHOAMA uma clareza a respeito de que estas práticas deviam ser implementadas na Atenção Básica, até mesmo pelo fato de já existirem experiências em outros estados e municípios com a adoção destas práticas nos outros níveis de atenção, não sendo essas experiências bem sucedidas, pois não ocorreu uma evolução dos serviços e uma ampliação significativa desses. Portanto estes serviços teriam que começar a ser prestados bem próximos do paciente para que houvesse uma maior adesão por parte da população. Somente um profissional acupunturista atende em um centro de referência secundária, o centro de reabilitação da Sagrada Família. “Atualmente a SMSA tem o planejamento de adotar estas especialidades em todos os níveis de atenção, de ampliar esta cobertura no nível de atenção secundária e implantá-la na terciária, contudo ainda não conta com uma organização de sua estrutura para que isso seja possível.”<sup>23</sup>

#### **5.4.2 Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais no SUS**

Em relação ao vínculo dos profissionais do PRHOAMA temos que todos os profissionais Antroposóficos, Homeopatas e Acupunturistas são concursados. Já em relação a sua qualificação é exigido o curso de formação na especialidade. Quando este título é reconhecido pela Associação Médica Brasileira ou pela sociedade específica, como é o caso da Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (ABMA), é garantida uma bonificação na pontuação para a classificação nos concursos que são realizados para preencherem as vagas que são disponibilizadas para os profissionais desta área. No SUS-BH a acupuntura não é realizada por profissionais não médicos no PRHOAMA. Todos os homeopatas são médicos, por determinação legal. A Medicina Antroposófica por sua vez que conta com profissionais não-médicos por ter um curso específico para a sua formação. Já no caso do Lian Gong os profissionais exercem funções diversas, podem ser, por exemplo, clínicos ou pediatras, e negociam com a sua gerência, com o distrito ou com a

---

<sup>23</sup> Todos os trechos que estiverem entre aspas na análise das diretrizes foram retirados da entrevista realizada junta a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

gerência de assistência da secretaria da saúde para atuar nessa prática. Em geral dedicam algumas das horas de serviço para a realização desta prática. Poucos se dedicam a ela de forma integral.

De acordo com a entrevista realizada não existem reuniões específicas para discutir os casos clinicamente, mas ocorrem reuniões periódicas, com outras finalidades, com os profissionais do PRHOAMA, que já tiveram uma regularidade até mensal, em certa época, e que evoluíram para serem reuniões chamadas de acordo com a necessidade do serviço. No início eram mensais até mesmo para realizar a divulgação das práticas, dado o ineditismo do programa. As reuniões, atualmente, são geralmente específicas para tratar de um determinado assunto, como sobre o atendimento homeopático para pacientes com suspeita de dengue, sobre possíveis necessidades que algum profissional possa ter ou para divulgar informações que sejam necessários para o bom funcionamento da coordenação.

“A qualificação dos profissionais é uma das preocupações do PRHOAMA. O programa ainda não conseguiu realizar fóruns específicos de qualificação, apesar de já existir este tipo de serviço por meio de instituições de formação. Há projetos de qualificação que foram encaminhados ao centro de estudo de saúde da SMSA para que fosse avaliada a possibilidade de sua realização, contudo ainda não há estrutura e nem recursos no PRHOAMA para que seja possível a realização destas qualificações”. Uma forma de qualificação é por meio do tele saúde de medicina, que por meio da teleconsulta e da teleconferência possibilitam as referências do PRHOAMA auxiliarem os profissionais em dúvidas que eles tenham a respeito do atendimento a ser prestado, assim como outras indagações a respeito das PIC. Outra maneira de qualificação fica por conta dos materiais de divulgação oferecidos pela coordenação e pelos eventos que contribuem para a qualificação dos profissionais. Vários médicos foram capacitados dentro do da SMSA no programa de promoção a saúde, uma dessas capacitações foi para a prática do Lian Gong, possibilitando a disponibilização dessa prática, de forma regular.

### **5.4.3 Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS**

Como há, relativamente, um pequeno conhecimento geral das bases filosóficas e clínicas dessas práticas terapêuticas propostas pelo Programa, foram desenvolvidas uma série de materiais informativos. A coordenação do PRHOAMA preza pela divulgação de uma forma distinta para os diferentes atores envolvidos, o usuário, o profissional e o gestor, pois o último, por exemplo, tem que estar mais ciente das potencialidades do serviço, assim como da realidade do município, o que não teria muito sentido se fosse divulgado, também, para o usuário do serviço. Fôlderes de cada uma das práticas integrativas e cartaz direcionados ao usuário são disponibilizados para os centros de saúde para a ESF. Há também uma publicação, direcionada aos profissionais do PRHOAMA, contendo as bases teóricas e casos clínicos. Esta foi uma publicação comemorativa do PRHOAMA, produzida quando o programa completou 10 anos, com o fim de divulgar para os profissionais da rede e a imprensa estas práticas. Além disso, existe uma publicação virtual periódica denominada Boletim do PRHOAMA, que permite uma maior interação com o usuário e os profissionais de saúde. É realizada com frequência trimestral. Vale salientar que a publicação acima mencionada tem como objetivo divulgar o Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica do SUS-BH para os servidores da secretaria municipal de saúde, sendo preponderantemente seu público alvo as equipes do Programa Saúde da Família (PSF).

Para esta divulgação também ocorre à participação em eventos em todos os âmbitos como em jornais, seminários, simpósios e pesquisas, no sentido de realizar esta divulgação a todos os públicos.

“Quando se inicia uma PIC em uma unidade de saúde a coordenação do PRHOAMA recomenda uma reunião com o conselho regional de saúde ou com a comunidade para divulgar e tornar mais conhecido o trabalho realizado pelo programa.” Quando ocorre a divulgação do programa ela é feita como um todo abrangendo a todas as práticas, a não ser em casos específicos em que é exigido um maior aprofundamento.

#### **5.4.4 Estímulo às ações intersetoriais**

De fato ainda não ocorre a intersectorialidade das PIC com outras políticas sociais, há não ser no caso do Lian Gong que cumpriu a meta de intersectorilidade com o programa BH Vida: Saúde Integral prevista no PMS - BH. A articulação que ocorre no PRHOAMA é em relação aos profissionais, com os gestores e outros profissionais de todos os níveis de atenção. Um marco dessa articulação foi o seminário comemoração dos 10 anos do PRHOAMA que conseguiu contar com a participação de mais de 100 profissionais entre eles gestores e profissionais das equipes de Saúde da Família. Neste seminário foi entregue a publicação de divulgação do programa, citada anteriormente, onde aparece a história do programa, os casos clínicos, depoimentos de pacientes, divulgação dos fundamentos de cada prática, procurando realizar uma articulação de forma qualificada.

#### **5.4.5 Fortalecimento da participação social**

As Práticas Integrativas e Complementares já foram incluídas no sistema de saúde pelo Conselho Municipal de Saúde. Os profissionais do PRHOAMA estão presentes, com bastante frequência nesse conselho colocando as questões relativas às práticas em pauta. As questões colocadas, como, por exemplo, a ampliação dos serviços, sempre foi aprovada pela votação final. Contudo o que tem sido levado ao conselho não contempla uma mudança significativa no desenvolvimento do trabalho do PRHOAMA.

#### **5.4.6 Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos**

Não é realizada a Assistência Farmacêutica e nem a Fármaco Vigilância e Fármaco Epidemiologia, pois ainda não existe uma farmácia própria para a produção de medicamentos homeopáticos, fitoterápicos ou de plantas medicinais. Contudo, esta assistência farmacêutica já foi realizada no período de 1998 a 2002 quando, após a

realização de uma licitação, foram aprovadas farmácias para o fornecimento de medicamentos. Devido a dificuldades operacionais essas farmácias se desligaram do processo e os medicamentos pararam de ser fornecidos a partir de então. Na acupuntura as agulhas, necessárias ao tratamento com esta prática, tem sido fornecidas de uma forma regular desde a sua implementação.

De acordo com a publicação do PRHOAMA mesmo antes do conceito da atenção farmacêutica ser aplicado, o farmacêutico homeopata já realiza o processo assistencial, ou seja, não há a assistência farmacêutica no seu sentido estrito, mas em parte ela já é realizada pelo profissional homeopata do PRHOAMA. Atualmente para o fornecimento dos medicamentos há a colaboração de farmácias privadas de BH que dão desconto dos medicamentos para pacientes mais carentes e até mesmo fornecimento gratuito em situações emergenciais, como é o caso da dengue, que necessitou de intervenções com medicamentos homeopáticas em surtos que ocorreram em BH.

Por meio de experiências bem sucedidas em algumas cidades do país vê-se a necessidade da adoção de uma farmácia homeopática para o município. Além de ser possível fornecer ao paciente o medicamento necessário ao seu tratamento, o que é uma obrigação do SUS, verificou-se que por meio dessa adoção há uma considerável redução no preço gasto com a aquisição do medicamento homeopático. É provável que o município passe a ter uma farmácia em um período próximo, sobretudo pelo fato de ser sido elaborada a PEPIC, que acenou para a disponibilização de recursos estaduais para a sua construção. “BH já conta com um projeto a um bom tempo, este foi revisto, a pouco para que a concretização da farmácia seja possível”.

#### **5.4.7 Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação da PIC, para instrumentalização de processos de gestão.**

As ações de acompanhamento e avaliação são feitas ainda de uma forma bastante incipiente. Esta avaliação é feita principalmente por meio da aceitabilidade da população, que encaminha uma grande quantidade de pacientes para receberem este tipo de



tratamento, estabelecendo-se uma grande demanda. De fato no ano de 2008 20% dos encaminhamentos foram feitos pelo próprio paciente. O principal instrumento para que seja possível o acompanhamento e a avaliação dos serviços é a folha de produção, que permite fazer um levantamento a respeito dos serviços, “há um campo nessa folha que pergunta ao paciente como ele chegou ao serviço, se foi encaminhado por um outro profissional de saúde, por demanda espontânea ou por outro paciente. Outras informações que são levantadas nesta folha é a diferenciação por faixa etária, por nomenclaturas” (tipo de enfermidade) mais frequentes, sendo que por meio dos grandes grupos que foram criados dessas nomenclaturas é possível conhecer o foco da atenção destas práticas, o sexo do paciente atendido, o que o paciente destaca no seu sintoma e no seu sofrimento e outras informações, que são pertinentes para realizar esse acompanhamento e avaliação, assim como para a melhoria da qualidade do serviço. “A aceitabilidade é conhecida por meio do encaminhamento pelos pacientes e pela demanda progressiva.”

#### **5.4.8 Disponibilização de recursos financeiros**

Em relação aos recursos para a implementação das PIC, que são previstos pela PNPIC para serem disponibilizados pelos entes estadual e federal, ainda não foram disponibilizados para o município de Belo Horizonte. O que em parte explica a não adoção das outras diretrizes da PNPIC, pois a falta de recursos não permite que sejam tomadas outras medidas, como a ampliação dos serviços à população. “A disponibilização destes recursos está perto de se concretizar com a implantação da farmácia pública no município de Belo Horizonte que contaria com o repasse de recursos da SES-MG”.

Os recursos orçamentários e financeiros hoje utilizados são provenientes do próprio município, não há ainda um repasse de recursos seja por parte do Estado ou da União para a implementação das PIC. São destinadas sobretudo ao pagamento dos funcionários, a contratação de novos profissionais e a produção de materiais informativos. E como não há mais a disponibilização de medicamentos homeopáticos pelo município de Belo Horizonte a disponibilização de recursos fica reduzido aos insumos da prática da Acupuntura. Os principais aportes financeiros foram, portanto, nos anos de 1994, 1996, 2000 e 2006 em

que foram realizados os concursos e posterior contratação dos profissionais do PRHOAMA.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao terminar a análise da PNPIC, tendo como fundamento a evolução da saúde pública no Brasil e as características dos serviços que são prestados à população em Belo Horizonte, apresenta-se as considerações finais.

Inicialmente é importante destacar que a política pública de saúde já se encontra em um estágio avançado de sua formulação, estabelecendo-se, com isso, grande tendência de serem oferecidos serviços eficientes, eficazes e efetivos à população. Isso não significa que não haja desafios. É contínuo o processo de evolução do Sistema Único de Saúde, este tem passado por constantes aperfeiçoamentos na definição de suas políticas, proporcionando uma melhora permanente na prestação dos serviços de saúde à população tanto no seu aspecto qualitativo quanto quantitativo.

De fato, é esse aperfeiçoamento que tem permitido às Práticas Integrativas e Complementares, cada vez mais, uma posição de destaque na consecução dos princípios instituídos pelo SUS. Esta necessidade de aprimoramento e evolução é salientada pela PNPIC. Para que isso seja possível, estas políticas necessitam ser implementadas de uma forma correta, possibilitando que o conjunto de ações implementadas esteja, de fato, de acordo com as determinações políticas e necessidades dos cidadãos. É fato que as próprias PIC se constituem como um dos processos de implementação do Sistema Único de Saúde, pois ainda não ocorreu a efetivação de todos os objetivos e princípios instituídos por esse sistema. Estas práticas surgem como uma das soluções para que seja possível a concretização dos preceitos constitucionais e dos princípios do SUS.

Através do levantamento bibliográfico foi possível dimensionar a contribuição que as PIC trazem para a efetivação dos princípios instituídos pelo SUS, assim como para a consecução dos atributos do nível de Atenção Básica, em função destas práticas estarem preponderantemente neste nível de atenção. Pode-se dizer que as PIC têm contribuído para a integralidade, no seu conceito mais amplo, pois permite que o paciente seja visto em toda

a sua complexidade, seja tratado tanto por meios curativos quanto preventivos de saúde e em função de ser considerada a coletividade. Contudo, no que tange à integralidade dos níveis de atenção, ainda se encontra em um estágio inicial, pois as PIC praticamente não estão presentes nos níveis secundário e terciário.

Relata-se que estes tipos de práticas trazem grandes benefícios para a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população, seja quando oferecidas separadamente ou quando ministradas concomitantemente a medicina tradicional. Outros benefícios, para não fugir a tema do trabalho, não foram abordados, mas ganha destaque a redução do número de internações hospitalares para os pacientes que são tratados por estas práticas e a diminuição dos gastos públicos com saúde, pois para se tratar uma mesma doença este tipo de tratamento necessita de menos dispêndios se comparado as outras práticas de saúde.

Após destacar a diferenciação na abordagem da medicina tradicional para as PIC, verificou-se que ao adotar as PIC, há uma maior probabilidade de realização de um diagnóstico mais fidedigno do paciente, contribuindo para a sua cura efetiva, pois considera o paciente como um ser integral. Considerando estas práticas em seu caráter predominante preventivo há a redução do sofrimento do paciente. Como abordado, estas práticas podem ser utilizadas complementarmente, porém em certos casos pode haver uma priorização das PIC, pois há muitas enfermidades que não encontravam solução dentro da medicina tradicional.

Constata-se também que houve grandes avanços destas práticas no Brasil como um todo, pois há uma grande demanda e aceitabilidade destas práticas por parte da população. Assim estas práticas já se instituíram como importante abordagem na solução dos problemas de saúde e da melhoria da qualidade de vida da população. Já nos primórdios do Sistema Único de Saúde foram estabelecidas as primeiras definições de políticas de saúde no que se referem às atualmente conhecidas, Práticas Integrativas e Complementares, que estão contidos na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Contudo foi com o advento da PNPIC, a partir da PMNPC, que as intervenções de saúde para a PIC foram formuladas consistentemente. Houve uma significativa melhora na definição das

intervenções para que fosse possível garantir aos pacientes do SUS a instituição dos princípios do sistema.

Em função, sobretudo, do pouco tempo da aceitação e existência destas práticas, no âmbito público no Brasil, foi nos últimos anos que ocorreu uma guinada no processo de implantação e implementação das PIC. Foram tomadas iniciativas mais contundentes para proporcionar a efetivação de uma política consistente e coerente com os princípios estabelecidos pelo SUS. No estado de Minas Gerais, foi somente este ano que ocorreu a aprovação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, que proporcionou a elaboração de diretrizes mais específicas para as peculiaridades regionais. Esta política também será de grande valia para que possam ser adotadas as PIC em outros municípios do Estado, pois entre outros aspectos ela permitirá que estas práticas sejam mais conhecidas pelos municípios mineiros e proporcionará recursos para que os municípios venham a ofertar estas práticas em consonância com a PNPIC.

Vale salientar que não houve uma homogeneidade na prestação das PIC nos municípios do Estado de Minas Gerais e no Brasil, tanto que BH figura como um dos municípios de destaque no cenário nacional, já apresentando um significativo histórico na oferta destes serviços à população.

Para que fosse possível a SMSA colocar em prática todas as políticas determinadas pelo Ministério da Saúde no que tange as PIC não tiveram que ser criadas novas estruturas dentro desse órgão. De fato não foi criada uma coordenação específica para as PIC na SMSA, mas foram instituídas novas ações na Coordenação do Adulto e Idoso que foram denominadas de Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA). Por meio deste programa está sendo possível que haja uma institucionalização destas práticas no município de Belo Horizonte. Apesar de ser uma abordagem inovadora, no tempo de existência do PRHOAMA, assim como da prática do Lian Gong, pode-se afirmar que as PIC estão se tornando uma importante ferramenta no processo de cura dos pacientes do SUS-BH, o que é corroborado pela sua aceitabilidade e a sua eficácia junto a população.

Em relação à implementação das PNPIC, no município de Belo Horizonte, podemos falar que, de uma forma geral, não passou por grandes avanços desde o advento da PIC. Seja em função da relativa longevidade do PRHOAMA, que possibilitou a elaboração de um serviço consistente, principalmente pela experiência adquirida ao longo dos anos, seja pela dificuldade que o município encontra em ter recursos disponibilizados para a ampliação do serviço e implementação definitiva de todas as diretrizes que estão previstas pela PNPIC. Verificou-se que houve até mesmo um retrocesso na prestação das PIC para a população no caso da farmácia que parou de fornecer medicamentos para a população. É notório que estas práticas têm uma tendência de melhora ao longo do tempo, pois os profissionais de saúde e a equipe técnica têm ganho experiência, que contribui para o aprimoramento das PIC. Além de serem levados em consideração estudos referentes às práticas, que ao analisar a eficácia, eficiência e a forma como os serviços devem ser prestados contribuem para a melhoria de todos os aspectos relacionados a elas.

Estudos apontam a necessidade de serem estabelecidas políticas de saúde juntamente com outras políticas sociais, pois ao serem analisados os motivos determinantes da doença, do sofrimento e do não cumprimento de outros preceitos as condições sociais e econômicas do indivíduo foram identificadas como fatores principais. Assim, confirma-se a necessidade da busca de ações intersetorias das PIC com outras políticas sociais, pois somente assim o cidadão pode gozar de todos os seus direitos estabelecidos constitucionalmente. Verificou-se que ainda não existe a intersetorialidade do PRHOAMA com outras políticas sociais o que dificulta a solução dos problemas de saúde da população.

É de grande relevância que as políticas de saúde sejam marcadas pela intersetorialidade com as outras áreas do governo. Como foi visto ao realizar o diagnóstico do indivíduo devem ser analisados todos os seus aspectos, sejam eles pessoais econômicos ou sociais, pois todos são contributivos para que o cidadão possa gozar de um completo bem-estar físico, mental e social. Esta intersetorialidade contribui para a otimização dos recursos públicos, pois, entre outras contribuições, por exemplo, as intervenções de saúde realizam

um diagnóstico da situação da população nos seus mais variados aspectos, não sendo necessário que sejam gastos outros recursos, de outras áreas, para que seja feita uma pesquisa para levantar os mesmos aspectos que já foram identificados pelos profissionais de saúde. Pode-se até mesmo dizer que em determinados aspectos os profissionais de saúde receberiam informações mais fidedignas da população dada à proximidade como o cidadão e o relacionamento que se estabelece entre os profissionais de saúde e o indivíduo.

O que se observa no município de Belo Horizonte é a priorização de algumas práticas, quais sejam a Homeopatia, a Acupuntura e a Medicina Antroposófica, e em parte o Lian Gong, que apesar de presente na Secretaria municipal de Saúde não se encontra no PRHOAMA. Isto dificulta as intervenções que visam fortalecer as PIC no município. Em parte esta priorização pode ser explicada pelo fato de ainda não haverem muitos estudos que comprovem a eficácia e eficiência de outras PIC ou em função de não serem priorizadas pela PNPIC. Contudo duas delas que são enfatizadas na PNPIC ainda não são oferecidas pelo município de BH, quais sejam as Plantas Medicinais e Fitoterapia e o Termalismo Social/Crenoterapia o que demonstra a não efetivação das diretrizes especificadas para essas práticas.

Deve-se questionar porque o PRHOAMA apesar do nome sugestivo que defini-o como Programa de Acupuntura, Homeopatia e Medicina Antroposófica não abarca as outras práticas dispostas na PNPIC e que já são oferecidas por outros municípios sejam estaduais ou nacionais. Como relatado anteriormente, até mesmo já é oferecida a prática de Lian Gong no município de Belo Horizonte, contudo ela está sobre a responsabilidade de outra área da SMSA. Assim é dificultada a coordenação das PIC, que têm basicamente os mesmos princípios, que acabam não sendo vistas pela população ou até mesmo pelos funcionários como sendo provenientes de uma mesma lógica de atenção. Esta separação provavelmente irá dificultar a implementação da PNPIC na SMSA, pois terá que contar com a interação de diferentes atores para a adequação destas políticas as diretrizes estabelecidas pela PNPIC.

Outro motivo que ainda dificulta a ampliação das PIC é a pouca experiência que há com

este tipo de serviço nos níveis secundários e terciários de saúde. Que ainda não permitem que hajam resultados relevantes nestes níveis de atenção e, com isso, uma maior comprovação da efetividade dessas práticas na solução dos problemas de saúde que afligem a população.

Uma das principais iniciativas que permitiriam, de fato, a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares é a disponibilização de recursos estaduais e federais, que possibilitarão à adequação das intervenções municipais as diretrizes estabelecidas pela PNPIC. Atualmente os recursos municipais não permitem que sejam tomadas medidas mais efetivas na prestação das PIC.

Deve-se destacar os resultados do levantamento das PIC e da pesquisa, que já foram apresentados, eles mostram que algumas diretrizes ainda são trabalhadas de maneira incipiente e outras, ainda, nem são implementadas. O que demonstra a necessidade de haver uma priorização, pela SMSA, da efetivação da Política Nacional, pois é por meio dela, hipoteticamente, que será possível ao município de Belo Horizonte ofertar as PIC da melhor maneira possível à população.

Outro motivo dificultador da implementação da PNPIC no município de Belo Horizonte é o de que o município não tem todas as prerrogativas e capacidades para seguir as diretrizes estabelecidas na PNPIC. Isto é explicitado no escopo das responsabilidades institucionais do gestor municipal, que estabelece as prerrogativas do município, estão, também, contidas na PNPIC as prerrogativas para os gestores Estaduais e Federais. Está, pois a cargo do Estado e da União a concretização de algumas dessas diretrizes como é o caso do financiamento para a adoção das práticas, sendo que atualmente fica somente a cargo do município de Belo Horizonte custear todos os gastos com a adoção destas práticas.

Finalizamos destacando a necessidade de haver uma maior coordenação entre os três entes federados na institucionalização das PIC no SUS. Como foi visto as PNPIC foi resultado, entre outros, de iniciativas bem sucedidas na adoção das PIC em alguns municípios brasileiros. Portanto verifica-se a necessidade de haver troca de informações entre estes



municípios para que possam ser adotadas as melhores medidas possíveis na oferta desses serviços à população. Acredita-se que esse trabalho mesmo que descritivo pode contribuir para o debate sobre as Práticas Integrativas e Complementares na política de saúde nacional.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, M.A.; SIQUEIRA, K.M.; BRASIL, V.V.; BEZERRA, A.Q. **Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde**. Rio de Janeiro, 2002.

BARROS N.F. **A Construção da Medicina Integrativa: um desafio para o campo da saúde**. São Paulo: Hucitec; 2006

BRASIL. **Diretrizes para o desenvolvimento da Homeopatia no SUS**. 2004b mimeo

COHN, Amélia. **A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, July 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000700020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Jul. 2009.

CORTES, Soraya Vargas. **Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, July 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000700022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Sept. 2009.

COSTA, Bruno Lazzarotti D. **Políticas Instituições e estratégias de Implementação – elementos para a análise de políticas e projetos sociais**. Belo Horizonte. In: CARNEIRO, Carla B. L.; COSTA, B.L.D. *Gestão social: o que há de novo?* Belo Horizonte Fundação João Pinheiro 2004. Cap.2, p. 31-46

DYE, Thomas R. **Understanding public policy**. 8th ed. Englewood Cliffs, N. J.: 2008.

ESTRELA, W.L. **Trajetória da Homeopatia no SUS de Juiz de Fora**. VII SINAPIH. Anais. Rio de Janeiro, 2002

ESTRELA, W.L; TORRES, C.H.D. **Avaliação do 1º. Ano do Serviço de Homeopatia do SUS de Juiz de Fora**. In SINAPIH E ENCONTRO INTERNACIONAL DE PESQUISA, 6, 1997, São Paulo. Anais. São Paulo, 1997.

FLEURY, Sonia. **A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Apr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Jul. 2009.

GERSCHMAN, Silvia. Fórum: **O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Posfácio**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, July 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01023-11X2009000700023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01023-11X2009000700023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Sept. 2009.

LIJPHART, Arend. Comparative Politics and the Comparative Method. **American Political Science Review**, LXV, 1971.

LUZ, Madel T.. **Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX**. Physis, Rio de Janeiro, 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312005000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Jul. 2009.

MAIO, Marcos Chor; LIMA, Nísia Trindade. Fórum: **O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, July 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000700019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Jul. 2009.

MATTOS, Ruben Araujo de. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde**. Interface (Botucatu), Botucatu, 2009 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Jul. 2009.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, July 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000700021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Jul. 2009

\_\_\_\_\_. **Público e privado na política de assistência a saúde no Brasil - atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro, 2007

MINAS GERAIS. **Resolução Nº 1885, 2009**. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares

MINISTÈRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

\_\_\_\_\_. **MINISTÈRIO DA SAÚDE, Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares**, junho de 2005

NUÑES H.M.F. CIOSAK S.I. **Terapias alternativas/complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do distrito administrativo 71** – Santo Amaro – São Paulo. Rev Esc Enf USP 2003; 37 (3):11-8

PINHEIRO R, LUZ M.T. **Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão**, Belo Horizonte, 2007

\_\_\_\_\_. **Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**, Belo Horizonte, 2008

\_\_\_\_\_. **Cuidado Integral nos Ciclos de Vida**, Belo Horizonte, 2006

\_\_\_\_\_. **Boletim do PRHOAMA**, Belo Horizonte, 2009

\_\_\_\_\_. **Apresentação do PRHOAMA**, Belo Horizonte, 2009

RUA, Maria das Graças. **Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos**.2001

SANTANNA, Carolina; HENNINGTON, Élide Azevedo; JUNGES, José Roque. **Prática médica homeopática e a integralidade**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 12, n. 25, June 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jul. 2009.

SIMAN, Angela Maria. **Políticas Públicas: a implementação como objeto de reflexão teórica e com desafio prático**. p.28-51. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Departamento de Ciência Política, Faculdade de Filosofia e Ciência Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; CAMARGO JR., Kenneth Rochel. **A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 21, Apr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jul. 2009.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas uma revisão de literatura**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, 2006, p. 20-45

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice de. **Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 5, jul. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Sept. 2009.

TESSER, Charles Dalcanale. **Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, Aug. 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000800009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Sept. 2009.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. **Racionalidades médicas e integralidade**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Feb. 2008 Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Sept. 2009.

## **8 ANEXO**

**Anexo – Roteiro de entrevista**

## Anexo – Roteiro de entrevista

Sobre a inserção das PIC no sistema de saúde municipal

1. Foram elaboradas normas técnicas para inserção da PNPIC na rede municipal de saúde?
2. As Práticas Integrativas e Complementares estão inseridas em quais níveis de atenção?

PIC	Saúde da Família	Centro de Saúde	Centro de especialidade	UPA	Hospitais (UTI)
-Acupuntura (MTC)					
-Homeopatia					
-Plantas Medicinais e Fitoterápicas					

3. Há dados referentes à oferta destas práticas? Quais são? Caso existam estes dados eles se encontram separados por unidade de atendimento e por nível de atenção? (solicitar acesso aos dados)
4. Há ações que visem o acompanhamento e a avaliação dos serviços prestados à população? (é possível conhecer a avaliação, especialmente a aceitabilidade).
5. Foram estabelecidos instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/ implementação da Política.
6. Foram definidos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política?
7. Realizam assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e homeopáticos?

Sobre os profissionais

8. Qual a qualificação exigida dos profissionais que prestam atendimento na área das Práticas Integrativas e Complementares?
9. Qual o vínculo desses profissionais com o sistema de saúde municipal?
10. Ocorrem reuniões para discutir os casos clinicamente? E para outros fins? Caso haja Quais são?
11. Há iniciativas para promover articulação intersetorial para a efetivação da PNPIC? Quais?
12. Houve/há iniciativas para promover a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde. Se sim, qual o tipo de metodologia e formatos utilizados (ex. ensino a distância e a formação em serviço)

Sobre a promoção das PIC:

13. Quais iniciativas tomadas para divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS?
14. Foi feito algum trabalho de divulgação das PIC:

PIC	Usuário	Profissional	Gestor
-Acupuntura (MTC)			
-Homeopatia			
-Medicina Antroposófica			

Se sim indicar qual a amplitude

15. Realizam a vigilância sanitária no tocante a esta Política, em especial à assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e homeopáticos, e suas ações



decorrentes na sua jurisdição? <sup>24</sup>

16. Há ações de incentivo ao desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação?

Sobre o controle social

17. Foi apresentada e aprovada proposta de inclusão da PNPIC no Conselho Municipal de Saúde?

18. O tema é objeto de discussão e acompanhamento constante por parte do conselho?

---

<sup>24</sup> De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), farmacovigilância é a ciência relativa à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos.