

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

EVELINE MASSA RIBEIRO

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: OS DESAFIOS DA
INSTITUCIONALIZAÇÃO EM UM MUNICÍPIO MINEIRO**

Varginha/MG
2017

EVELINE MASSA RIBEIRO

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: OS DESAFIOS DA
INSTITUCIONALIZAÇÃO EM UM MUNICÍPIO MINEIRO**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública e Sociedade pela Universidade Federal de Alfenas, *campus* Varginha. Área de concentração: Gestão Pública e Sociedade.

Orientador: Luiz Antônio Staub Mafra.

Varginha/MG
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca *campus* Varginha

R484p Ribeiro, Eveline Massa.
Práticas integrativas e complementares : os desafios da
institucionalização em um município mineiro / Eveline Massa Ribeiro.
- Varginha, MG, 2017.
108 f. : il. -

Orientador: Luiz Antônio Staub Mafra.
Dissertação (mestrado em Gestão Pública e Sociedade) -
Universidade Federal de Alfenas, *campus* Varginha, 2017.
Bibliografia.

1. Medicina alternativa. 2. Terapias alternativas. 3. Promoção da
saúde. 4. Políticas públicas - Saúde. I. Mafra, Luiz Antônio Staub. II.
Título.

CDD – 615.53

Ficha Catalográfica elaborada por Natália Maria Leal Santos
Bibliotecária-Documentalista CRB6/2734

EVELINE MASSA RIBEIRO

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: OS DESAFIOS DA
INSTITUCIONALIZAÇÃO EM UM MUNICÍPIO MINEIRO**

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública e Sociedade pela Universidade Federal de Alfenas, *campus* Varginha. Área de concentração: Gestão Pública e Sociedade.

Aprovada em: 04 de outubro de 2017.

Prof. Dr. Luiz Antônio Staub Mafra

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Assinatura:



Prof. Dra. Giovanna Tereza Abreu de Oliveira

Instituição: Universidade José do Rosário Vellano

Assinatura:



Prof. Dr. Weslley Carlos Ribeiro

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Assinatura:



Dedico esse trabalho à minha querida Vó Zozó, que sempre me incentivou, torcendo por minhas vitórias. Se hoje acredito que sou capaz de vencer um desafio como esse, foi muito graças a você, que sentava ao meu lado para me ensinar e acreditar que aprender é divertido. "Os que amamos não morrem, só partem antes de nós."

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir essa jornada e por me dar forças para concluí-la.

Meus pais pelo apoio e condições para realizar esse trabalho.

À Larissa, por incentivar o início e me acompanhar por todo o processo. Sem você não seria possível.

À Deysianne, por sua amizade, que sempre esteve presente, mesmo distante.

Aos colegas de mestrado, pela parceria.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luiz Mafra, por aceitar o desafio, pela paciência e dedicação.

Ao Prof. Dr. Wesllay, por acreditar que eu conseguiria.

Aos professores do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Alfenas, de Varginha, pelos ensinamentos e confiança.

Ao Marcel, pela gentileza e prestabilidade.

À Universidade Federal de Alfenas, por permitir esse trabalho, sobretudo pela oferta da bolsa de estudos PIB-PÓS, que me possibilitou maior dedicação.

Ao Leonardo Monteiro, pelo apoio no município de estudo. Aos gestores e profissionais entrevistados, gratidão pela confiança e atenção.

Aos amigos e familiares pela torcida.

À Prefeitura Municipal de Varginha, por permitir minha dedicação e por hoje estar colhendo frutos desse trabalho.

Aos meus pacientes, por serem inspiração para melhorar cada vez mais meus conhecimentos.

A todos meu muito obrigada!

O caminho dos homens é aquele que leva da insalubridade para a salubridade, da doença para a cura verdadeira.

(DETHLEFSEN; DAHLKE, 2003, p. 19)

RESUMO

Este trabalho visa compreender o processo de institucionalização de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e desenvolve um estudo de caso no município de Belo Horizonte, para visualizar os desafios e potencialidades no processo de implantação em municípios. O referencial teórico traz o debate entre o modelo biomédico e o modelo integral de saúde defendido pelas PICs; a influência da Reforma Sanitária Brasileira e conferências mundiais e nacionais de saúde; a criação do SUS, da atenção primária e como isso afeta as políticas atuais de implantação das PICs, sobretudo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). São destacados ainda outros estudos sobre atuação das PICs em outros municípios brasileiros. Como metodologia foi utilizada a análise de políticas públicas de Baptista (2011), analisando entrevista semiestruturadas de gestores e profissionais de saúde executores dos três programas atuantes em Belo Horizonte. Foi observado a partir da análise das entrevistas que é importante uma política municipal de PICs para orientar os programas, sensibilização dos profissionais de saúde para encaminhamentos e colaboração, informação e divulgação das práticas para a comunidade, utilização de um sistema de dados para quantificar os impactos dos programas na qualidade de vida da população e necessidade de valorização das práticas em relação ao modelo biomédico. Essas pontuações são comuns aos três programas, enquanto cada um deles também apresenta questões específicas. Espera-se que o levantamento desses dados ajude na compreensão da institucionalização das PICs e seus impactos na saúde da população.

Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares. Institucionalização de política pública. Análise de Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the process of institutionalization of Integrative and Complementary Practices (PICs) in the city of Belo Horizonte, as a case study to understand the challenges and facilitators of the implementation process in municipalities. The theoretical composition brings the debate between the biomedical model and the integral health model advocated by the PICs, the influence of the Brazilian Health Reform and global and national health conferences, the creation of the SUS, primary health care and how this affects current policies implementation of PICs, especially the National Policy of Integrative and Complementary Practices (PNPIC). Other studies on the performance of PICs in other Brazilian municipalities are also highlighted. As a methodology was used the analysis of public policies of Baptista (2011), analyzing semi-structured interview of managers and executor health professionals of the three programs operating in Belo Horizonte. It was observed from the interviews analysis that a municipal policy of PICs is important to guide the programs, awareness of health professionals for referrals and collaboration, information and dissemination about the practices to the community, the use of a data system to quantify the impacts of the programs in the life quality of the population, the necessity of valorization of the practices in relation to the biomedical model. These scores are common to all three programs, while each of them also has specific questions. It is hoped that the collection of these data will help in understanding the institutionalization of PICs and their impacts on the health of the population.

Keywords: Integrative and Complementary Practices. Institutionalization of public policy. Analysis of Public Health Policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Modelo piramidal.....	19
Figura 2	- Níveis de Atenção da Rede de Atenção em Saúde	19
Gráfico 1	- Número total de consultas realizadas entre 2009 e 2014 pelo PRHOAMA.....	57
Gráfico 2	- Número total de atendimentos por ano do PRHOAMA de 1994 a 2012.....	70
Quadro 1	- Síntese dos dados coletados nos trabalhos sobre a implantação em municípios brasileiros	25
Quadro 2	- Síntese das fases de análise de Políticas Públicas.....	51
Quadro 3	- Potencialidades e Obstáculos do PRHOAMA.....	74
Quadro 4	- Potencialidades e Obstáculos do Lian Gong.....	87
Quadro 5	- Potencialidades e Obstáculos da Terapia Comunitária Integrativa.....	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Comparativo Vigitel de 2006 e 2016.....	81
----------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABMA	- Associação Brasileira de Medicina Antroposófica
ABRATECOM	- Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa
ACE	- Agente de Combate a Endemias
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
Acu 1 e 2	- Acupunturista
APS	- Atenção Primária em Saúde
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CERSAM	- Centros de Referência em Saúde Mental
CIPLAN	- Comissão Interministerial de Planejamento
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CREAB	- Centro de Referência
DOU	- Diário Oficial da União
DST/AIDS	- Doenças Sexualmente Transmissíveis/
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
FUNASA	- Fundação Nacional de Saúde
GEMED	- Gerência de Assistência terapêutica da Secretaria Municipal de Saúde
GLiG	- Gestão do Lian Gong em 18 Terapias
GPrh	- Gestão PRHOAMA
GTCI	- Gestão da Terapia Comunitária Integrativa
Hom 1 e 2	- Homeopata
IMC	- Índice de Massa Corporal
LiG 1 e 2	- Instrutor de Lian Gong
LG18T	- Lian Gong em 18 Terapias
MA	- Medicina Antroposófica
MA 1 e 2	- Médico Antroposófico
MTC	- Medicina Tradicional Chinesa
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	- Norma Operacional Básica
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PEPIC	- Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares
PICs	- Práticas Integrativas e Complementares

PNPIC	- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares SES-MG Secretaria Estadual de Saúde
PRHOAMA	- Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica
PSF	- Programa Saúde da Família
PST	- Projeto de Saúde no Território
PTS	- Projeto Terapêutico Singular
QVT	- Qualidade de Vida do Trabalhador
REMUME	- Relação Municipal de Medicamentos
SAS	- Secretaria de Atenção Básica
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCI	- Terapia Comunitária Integrativa
TCI 1 e 2	- Terapeuta Comunitário Integrativo
UBS	- Unidades Básicas de Saúde
UCIS	- Unidade de Cuidados Integrados em Saúde Guilherme Abath
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	- Unidades de Pronto Atendimento
VIGITEL	- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	DESAFIOS NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PICS	17
2.1	CONTRASTES ENTRE O MODELO BIOMÉDICO E MODELO INTEGRAL	17
2.2	DESAFIOS APONTADOS NA IMPLANTAÇÃO DAS PICS EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS	21
3	A SAÚDE COMO DIREITO BÁSICO E INTEGRAL	30
3.1	AS INFLUÊNCIAS DO MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA SOBRE O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PICS	30
3.2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS IMPACTOS PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PICS	35
3.3	A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	41
4	METODOLOGIA	44
4.1	ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	45
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO	53
5.1	PRHOAMA - PROGRAMA DE HOMEOPATIA, ACUPUNTURA E MEDICINA ANTROPOSÓFICA	54
5.1.1	Acupuntura - Medicina Tradicional Chinesa	57
5.1.2	Homeopatia	58
5.1.3	Medicina Antroposófica	60
5.1.4	Atenção Farmacêutica no PRHOAMA	61
5.1.5	PRHOAMA - Reconhecimento de um problema/montagem da agenda	61
5.1.6	Formulação da política e tomada de decisões	62
5.1.7	Implementação da política	62
5.1.8	Avaliação da política	64
5.2	LIAN GONG EM 18 TERAPIAS	77
5.2.1	Reconhecimento de um problema/montagem da agenda	80
5.2.2	Formulação da política e tomada de decisões	80
5.2.3	Implementação da Política	81
5.2.4	Avaliação da Política	84

5.3	TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA	88
5.3.1	Reconhecimento de um problema/montagem da agenda	89
5.3.2	Formulação da Política e Tomada de Decisões	89
5.3.3	Implementação da Política	91
5.3.4	Avaliação da Política	92
6	CONCLUSÃO	97
	REFERÊNCIAS	102

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho visa contribuir para que as potencialidades e obstáculos enfrentados pelos programas do município de Belo Horizonte possa orientar a implantação de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) em outros municípios.

O problema de pesquisa foi a compreensão de como ocorreu o processo de institucionalização dos programas de PICs em Belo Horizonte, suas influências e impactos. O objetivo geral do trabalho é compreender a institucionalização de PICs no município de Belo Horizonte. Os objetivos específicos são questionar o contraste entre o modelo biomédico e integral de saúde e como isso afeta a institucionalização das PICs em municípios. Além disso, conhecer como o Sistema Único de Saúde influencia essa institucionalização e os impactos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Diante das dificuldades em se institucionalizar as PICs no sistema de saúde, tanto público quanto privado, se fazem necessárias pesquisas que explorem o processo de implantação das PICs nos municípios onde elas existem, para que se conheçam os desafios que as equipes de saúde enfrentam.

Minas Gerais é o estado brasileiro com maior número de municípios, num total de 853. A Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC), em Minas Gerais, foi aprovada pela Resolução SES-MG nº 1.885, em 27 de maio de 2009, para adequar a realidade de Minas Gerais à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (MINAS GERAIS, 2009a, 2009b).

O município de Belo Horizonte foi escolhido como objeto de estudo por conta de seu pioneirismo na introdução de PICs em seu sistema público de saúde, e continuidade dos programas até os dias atuais.

Assim, o objetivo desse trabalho é fazer um estudo de caso, que analisa os desafios à institucionalização das PICs, em um município de Minas Gerais. Segundo Alves-Mazzotti (2006), estudo de caso tem como princípio a pesquisa de um caso específico, podendo ser qualitativos ou quantitativos. Precisa se configurar numa unidade delimitada e específica com partes integradas.

O método utilizado foi a análise de políticas públicas de Baptista e Rezende (2011), e ainda auxiliado por Cruz (2012) e Draibe (2001). Para se conhecer os desafios enfrentados pelos

gestores e profissionais de saúde, na implantação das PICs no município em questão, foram realizadas entrevistas semiestruturadas.

Após essa introdução, segue o capítulo 2, que trata dos desafios na institucionalização das PICs, trazendo a questão do contraste entre modelo biomédico e modelo integral. São apresentados exemplos de estudos sobre o tema em outros municípios brasileiros. O capítulo 3 traz a questão da saúde como direito básico e integral, colocando as influências do movimento de reforma sanitária e conferências mundiais e nacionais de saúde. É descrito ainda os impactos do Sistema Único de Saúde (SUS) na institucionalização das PICs, a organização do sistema em níveis de atenção, sendo que as PICs se encontram sobretudo na atenção básica. Também é destacado o papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como facilitador para a introdução das PICs, e a importância da formação profissional para a realização de trabalhos dentro das PICs. Esse processo culmina em políticas públicas como a PNPIC, que será tratada no capítulo 3. No capítulo 4, é apresentada a metodologia do trabalho, baseada na análise políticas públicas, sobretudo segundo Baptista e Rezende (2011). Por fim, no capítulo 5, é desenvolvida a análise e discussão dos dados coletados em entrevistas, apontando os desafios enfrentados pelo município estudado na institucionalização de seus programas de PICs (PRHOAMA, Lian Gong em 18 Terapias e Terapia Comunitária Integrativa).

Para compreensão do processo de implantação e implementação das PICs, se faz necessário conhecer a trajetória histórica dos movimentos de saúde, que passaram a surgir a partir da segunda metade do século XX, através de reformas e Conferências de Saúde que vieram a influenciar as políticas públicas que defendem uma medicina 'não' biomédica, que hoje culmina na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS.

2 DESAFIOS NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PICS

Segundo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2012), as PICS são consideradas abordagens que visam o trabalho de prevenção de agravos e recuperação de saúde através de tecnologias consideradas eficazes e seguras, que defendem uma escuta acolhedora, ênfase no vínculo terapêutico e na concepção integral do ser humano envolvendo o meio ambiente e a sociedade. Também destaca uma visão ampliada do processo saúde-doença e uma promoção global do cuidado humano.

Segundo Andrade e Costa (2010), Práticas Integrativas e Complementares (PICs) é o nome dado a ações de cuidados relativos à saúde que não se encontram dentre as práticas do modelo biomédico ocidental, e podem ser utilizadas tanto com o intuito preventivo, paliativo ou, em alguns casos, resolutivo.

São diversos os desafios para a institucionalização das práticas integrativas e complementares no setor público.

O Sistema Único de Saúde é tripartite (federal, estadual e municipal), e no caso das PICS é facultativa sua implantação. Essas práticas necessitam da análise da gestão, hoje, no âmbito municipal, que detém o poder de decisão para sua implantação. Existe a ressalva de que essa política não tem um recurso financeiro indutor, que poderia incentivar sua implantação nos municípios.

Outro ponto importante a ser discutido é o desafio do modelo de atenção no sistema público atual, ainda muito focado no chamado biomédico ocidental, em contrapartida ao integral e holístico proposto pelas PICS.

2.1 CONTRASTES ENTRE O MODELO BIOMÉDICO E MODELO INTEGRAL

O modelo biomédico pode ser definido conforme De Marco (2006) como sendo o referencial técnico-instrumental composto pelas biociências, e que não leva em conta o aspecto biopsicossocial, o qual considera uma visão integral do ser e do adoecer, envolvendo as dimensões física, psicológica e social do ser humano.

Segundo Cutolo (2006), o modelo biomédico se baseia, primeiramente, na explicação que coloca a doença como sendo provocada por uma única causa, chamada unicausalidade, sendo que o agente gerador da doença deve ser identificado e combatido. Esta acaba sendo uma perspectiva reducionista, pois somente trabalha em uma relação causa-efeito imediata.

Também Foucault (1979) considera que a medicina dita moderna enfatiza a anatomia patológica, também individual, ligada a uma economia capitalista, desconsiderando uma dimensão mais global, coletiva e social. Isso porque a partir da Revolução Industrial, a preocupação passa a ser a força de trabalho oferecida pela população, e o estado de saúde, afeta essa produção.

Ainda para Cutolo (2006), a outra base do modelo biomédico citado é o biologismo, caracterizado por focar na natureza biológica das doenças, considerando somente o biológico como responsável pelas patologias.

Também para Foucault (1979), ocorre esse predomínio do biologismo, no contexto capitalista, e considera que existe essa demanda de manter a população saudável, não pensando em uma melhora da qualidade de vida, mas sim na diminuição do absenteísmo, que reduz a produção de larga escala, na lógica industrial. Segundo ele, a ênfase de tratamento se mantém no cuidado hospitalar.

Para Cutolo (2006), o terceiro fator é a especialização. Partindo do princípio de que o ser humano é uma máquina complexa, como pressupõe o mecanicismo cartesiano, para ser estudado, o corpo humano deve ser fragmentado em partes. A partir do conhecimento dessas partes, permitiria a compreensão do todo. Todos esses aspectos não incluem a perspectiva holística que considera além do biológico, também as questões emocionais, sociais e até mesmo espirituais.

A especialização fragmenta a compreensão do estado de saúde, e uma visão mais holística não é considerada, e chega a cair em descrédito. O autor considera ainda que a medicina mais próxima ao indivíduo, considerando seu contexto social, seria importante, dividindo o sistema de saúde em complexidades (FOUCAULT, 1963), como ocorre hoje no modelo brasileiro (atenção primária, secundária e terciária). Essa rede de cuidados era organizada em modelo piramidal, como na Figura 1.

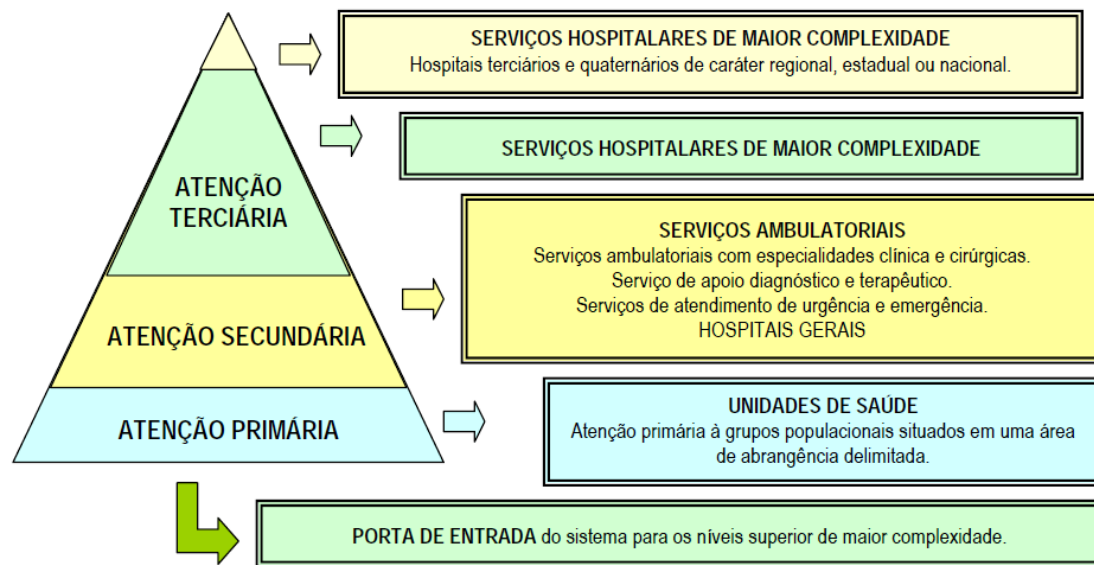


Figura 1 - Modelo piramidal.
Fonte: SUS (2016).

A forma de apresentação da rede atualmente deixa de ser piramidal para se tornar uma rede, conforme apresentada por Hêider Aurélio Pinto, Diretor do Departamento de Atenção Básica DAB/SAS/MS, em 2011. A mesma encontra-se na Figura 2.



Figura 2 - Níveis de Atenção da Rede de Atenção em Saúde.
Fonte: PINTO (2011).

A Figura 2 demonstra como se faz a referência e contra referência no SUS. Os encaminhamentos de nível menos complexo para mais complexo (da atenção básica para a secundária, e então para a terciária) são a referência, e de nível mais complexo para o menos

complexo, é a contra referência. O nível quaternário, que ainda não havia sido mencionado, diz respeito ao gerenciamento em relação a transplantes de órgãos. Esse fluxo é tanto de indivíduo, quanto de informações sobre os casos.

Foucault (1963) considera que seria necessária uma medicina ligada ao Estado, para que juntos pudessem oferecer uma política constante e geral, em diversos níveis de assistência. E ainda ressalta que uma medicina de assistência familiar, em domicílio, com percepção individual, só seria possível se for estruturada e controlada coletivamente e com a cobertura total do espaço social. A medicina mais complexa seria deixada a cargo dos hospitais.

Baseada na percepção de outras práticas, além do modelo biomédico, a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde o final da década de 70, considera as práticas médicas pertencentes a esse modelo, como Medicina tradicional, enquanto as ações que não se enquadram nesse modelo biomédico, são consideradas Medicina Complementar ou Alternativa, por seguirem aspectos religiosos (xamanismo, orações) e de outros fundamentos desenvolvidos na cultura de outros países (medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica) (ANDRADE; COSTA, 2010).

Segundo Fontanella et al. (2007), as ações da OMS chegaram à elaboração de um documento normativo que incentiva políticas para que os sistemas nacionais utilizem as terapias não ortodoxas de modo racional e integrado, além de promoverem pesquisas para acompanhar a eficácia, segurança e qualidade dessas práticas no processo de saúde. Para Otani e Barros (2011), o atual modelo biomédico, tem muitas resoluções para os problemas de saúde e doença, mas vem sendo questionado por parte da população e pesquisadores, que se mostra insatisfeita por sua evidente dicotomia e superespecialização. Ainda para Otani e Barros (2011), outros pontos de insatisfação desse modelo são: crítica na relação assimétrica entre médico e paciente, não fornecendo informações suficientes para tratamento e cura; deficiência na resolução de determinadas doenças, sobretudo as patologias crônicas; listas de esperas para atendimento e restrições financeiras; danos causados pelos efeitos colaterais e intervenções cirúrgicas.

Essas críticas observadas colocam em questão o modelo biomédico e abrem a possibilidade de debate para outros modelos de cuidado em saúde. Para Cutolo (2006), a extrapolação de um novo conceito ampliado de saúde envolve ir além dos limites do modelo biomédico, ou seja, ir além da ideia de saúde como contrário de doença.

Os modelos biomédico e integral se contrastam quando o primeiro, investe em diagnósticos e na ênfase biológica, enquanto o segundo se propõe a trabalhar a terapêutica,

observando o estilo de vida e ambiente do paciente (OTANI; BARROS, 2011). Esse questionamento também passou a ser feito no contexto brasileiro.

Segundo Andrade e Costa (2010), as PICs, no caso brasileiro são a denominação para o termo Medicina complementar/alternativa que a OMS propõe. Esse campo de saberes e cuidados envolve métodos diagnóstico-terapêuticos, tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas, em estratégias sensíveis de vivência corporal e de autoconhecimento. São ainda consideradas terapias nutricionais e corporais, massoterapia, práticas xamânicas¹, estilos de vida ligados ao naturalismo e à ecologia.

Para a OMS (2008), a racionalidade biomédica em contrapartida, enfatiza os atendimentos individualizados e especializados, com tratamento dentro da medicação alopática, diagnóstico através de exames complexos e intervenções cirúrgicas em larga escala. Essas práticas geram alto custo de tratamento para os sistemas de saúde. Cuidados de saúde voltados para as pessoas e comunidades tendem a oferecer menos riscos, pois visam minimizar a exclusão social e a comercialização de produtos e serviços desregulamentados.

Essa dualidade entre medicina biomédica e medicina alternativa ainda atua no sistema de saúde brasileiro, com predomínio do modelo biomédico. Ainda é um desafio que as PICs sejam reconhecidas pelo Estado, pela sociedade, pelos gestores e trabalhadores da área de saúde.

2.2 DESAFIOS APONTADOS NA IMPLANTAÇÃO DAS PICS EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Foram pesquisados outros trabalhos que buscaram compreender em outros municípios brasileiros potencialidades e desafios na institucionalização de PICs. Alguns avaliaram a implantação de programa de práticas, enquanto outros analisaram de uma única prática no município.

¹ O termo “xamã” é um construto social que descreve uma pessoa que atende às necessidades psicológicas e espirituais de uma comunidade. [...]Estes praticantes tipicamente relatam que são canais para o poder dos espíritos e afirmam atuar involuntariamente quando “possuídos” pelos espíritos. Por outro lado, os xamãs frequentemente interagem com os espíritos e algumas vezes os “incorporam”, mas permanecem no controle do processo, apenas suspendendo temporariamente o controle voluntário das ações (KRIPPNER, 2007, p. 18).

Santos (2010) analisou a institucionalização de PICs no município de Recife, Pernambuco. No trabalho constatou que o processo de implantação é favorável, já que as práticas continuam em atuação nesse município, apesar de sua formulação ter tido pouca participação popular, verificada pela análise das atas do Conselho Municipal de Saúde entre 2004 e 2009. Recife iniciou o desenvolvimento de práticas alternativas em 2004, tendo como referência a Unidade de Cuidados Integrals em Saúde Guilherme Abath (UCIS).

Ainda segundo Santos (2010), a elaboração da política foi realizada por gestores considerados do alto escalão, *top-down*, ou seja, de cima para baixo. A política foi avaliada como tendo certa fragilidade institucional, pois ainda não havia uma rede fortalecida em torno das práticas; e falta de regulamentação, sem uma política municipal.

O autor considera que para legitimar e fortalecer as PICs no município seria necessário a discussão do tema entre a sociedade, profissionais de saúde e gestores e avaliar o impacto da implantação da UCIS na qualidade de vida da população que se utiliza desses serviços. Os profissionais entrevistados mostraram que não havia integração da UCIS com a rede de serviços municipais de saúde, sendo esse um dos principais dificultadores da implantação do serviço no município. Outro dificultador foi a formulação da política de forma *top-down*, sem se atentar para as questões de referência e contrarreferência, dentro da rede de atenção, que poderia ter sido sanada, segundo o autor, caso a formulação tivesse sido *bottom-up* (de baixo para cima), com a participação dos profissionais e implementadores, juntamente com os gestores (SANTOS, 2010).

Em Tubarão, Santa Catarina, foi realizada pesquisa por Fontanella et al. (2007), para verificar o conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares de uma comunidade do município, onde não há esse tipo de prática implantada formalmente. Foi destacado que é comum o uso de práticas não convencionais, sem acompanhamento de profissional especializado. A população entrevistada demonstrou grande interesse e aceitação pela implantação de PICs no município.

Outro fator discutido foi de que as principais práticas citadas pelos entrevistados foi o uso de chás e cura espiritual, que não são realizadas por um profissional especializado. Os autores perceberam que o uso de algumas PICs não é informado ao profissional de saúde de referência, o que pode comprometer o tratamento tradicional que está sendo utilizado. O uso dessas práticas demonstra uma busca por tratamento paralelo ao biomédico, que costuma utilizar medicamentos de alto custo e que podem produzir efeitos colaterais, levando a uma

insatisfação do atendimento médico, muitas vezes despersonalizado, burocrático e desumanizado, segundo os autores (FONTANELLA et al., 2007).

Esses dados podem servir de base para a implantação de PICs no município de Tubarão, que demonstrou a carência de informação pela população, apesar de fazer uso de algumas práticas, e o interesse da mesma para que essas práticas sejam oferecidas no SUS por profissionais especializados. A pesquisa prévia com a população é um fator importante para embasar e facilitar a implantação, pois ajuda a gestão a nortear quais são os pontos vulneráveis e as necessidades da comunidade.

No município de Florianópolis, a fim de promover a expansão e fortalecimento das PICs, através de Oficina de Sensibilização, foi organizado um plano de ação focal para cada unidade de saúde, entre funcionários e comunidade, com um tutor da Comissão Multidisciplinar, para desenvolver as ações, monitoramento e avaliação (SANTOS et al., 2012).

A partir de então foi constatado por Santos et al. (2012), aumento no número de atendimentos em PICs, chegando em 2011 a 30% dos Centros de Saúde oferecendo acupuntura e 20% homeopatia, dentro da Estratégia de Saúde da Família, e mais duas referências exclusivas em atenção secundária, também em acupuntura e homeopatia.

Ainda segundo Santos et al. (2012), outras práticas também foram registradas como: Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Antroposófica, Fitoterapia; além de atividades coletivas, tais como: yoga, biodança e terapia comunitária. Continuam sendo realizadas atividades de educação para profissionais, gestores e comunidade, ligadas às PICs. Com isso, percebe-se a ampliação da atenção integral à saúde e a mudança de percepção dos interessados, através desse processo de coparticipação.

Nagai e Queiroz (2011) realiza estudo em Campinas, São Paulo, para avaliar as condições, problemas e obstáculos na implementação de PICs no município. Dentre os fatores favoráveis observou: a disposição da clientela, que solicita e apoia o serviço; a determinação de médicos sanitários, para realizar o projeto; o apoio de profissionais não médicos para ampliar e valorizar as práticas e a perspectiva das PICs em consonância com os princípios do SUS. Porém, também foram identificados obstáculos à implantação: planejamento insuficiente e uma visão simplificadora, que manteve as práticas dentro dos princípios da medicina biomédica, atuando como técnicas simplesmente.

A experiência de implantação das PICs no município de Campinas iniciou-se ainda em 1989 com a inauguração do primeiro ambulatório de homeopatia. Facilitaram esse processo também a Norma Operacional Básica (NOB) em 1996, que direcionou aos municípios os

recursos antes federais para seleção de seus investimentos e o Projeto Pandéia em 2002, na própria prefeitura (NAGAI; QUEIROZ, 2011).

Com o Projeto Pandéia, que defende uma visão ampliada de saúde, colabora para a introdução das PICs além da homeopatia, como fitoterapia (instituída em 2001, com medicação distribuída para toda a população), Lian Gong (também inclusa em 2001) e Medicina Tradicional Chinesa (a acupuntura passou a fazer parte das ofertas em 2003, com expansão em 2004 para os postos de saúde e ambulatório de especialidades de um hospital municipal). No caso da homeopatia a Portaria nº 7, de 25/11/2003, estabeleceu a oferta em todas as unidades e hospitais do município, além da distribuição gratuita dos medicamentos homeopáticos (NAGAI; QUEIROZ, 2011).

Foram destacados pela autora outros desafios para a institucionalização das PICs em Campinas: recursos humanos insuficientes, falta de adequação física das unidades e de insumos, necessidade de capacitação profissional e sensibilização das equipes de saúde.

Em geral, o trabalho apontou que as PICs estão sendo bem aceitas pela população (Fitoterapia, Homeopatia, Lian Gong e Medicina Tradicional Chinesa) e pelos profissionais de saúde, mas ainda necessita de uma equipe para coordenar e planejar a gestão do programa, e ainda destaca o cuidado em não estender as práticas somente como técnicas, dentro de um princípio mecanicista, com atendimentos individualizados e especializados, e não como uma nova visão integral de saúde, envolvendo ações integradas de cuidado.

No município de Teresina, Piauí, foi realizado estudo por Fontenele (2013), para avaliar a institucionalização da prática de fitoterapia no município. Neste estudo foram entrevistados profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e gestores do setor de saúde. Dentre os aspectos observados que muitas vezes deixa de ser oferecida a fitoterapia em consultas foram: falta de conhecimento técnico, receio de que o paciente deixe de tomar o medicamento alopático e agravar o quadro, o pouco tempo de consulta. Quanto aos fatores que reforçam a orientação ao uso da fitoterapia são: acreditar na eficácia da prática; esclarecer os cuidados de preparação, uso racional e efeitos tóxicos; e a oportunidade de ofertar uma alternativa ao uso excessivo de medicamentos convencionais. Os gestores ainda destacaram como facilitadores: discussão com o Conselho de Saúde, parceria com universidades e a capacitação dos profissionais sobre o tema. Dentre os desafios, se destacam: a formação profissional; agrupamento de atores e instituições capacitados para a inserção da fitoterapia no município e sensibilização dos gestores para a implantação. O autor coloca que é necessário o envolvimento de todos, profissionais, gestores e comunidade para uma implantação efetiva.

Outro estudo, realizado por Lima (2012), em um município da região metropolitana de Belo Horizonte evidencia alguns desafios e facilitadores da implantação de PICs em um serviço municipal de saúde.

Neste local são oferecidas diversas práticas como acupuntura, dança sênior, oficina de memória e relaxamento. Essas práticas ora se mostram dentro de um modelo vitalista, ora ainda no modelo biomédico, através de consultas individualizadas. Mas também é afirmada a vantagem do uso dessas práticas como forma de estimular o autocuidado, a autonomia e responsabilização dos usuários em seu processo de cura (LIMA, 2012).

Ainda segundo Lima (2012), são apontados como desafios o fato das PICs ainda não estarem como primeira opção de cuidado em saúde, mesmo como opção ao tratamento convencional, e ainda se mostram dentro do modelo biomédico como sistema de cura. Outro dificultador no caso, é que o Centro de Saúde ainda está de certa forma isolado ao setor de saúde, na rede de serviços oferecidos à comunidade, necessitando de melhorar o contexto intersetorial. Segue Quadro 1 com a síntese dos aspectos observados nos municípios citados:

Quadro 1 - Síntese dos dados coletados nos trabalhos sobre a implantação em municípios brasileiros.

(continua)

MUNICÍPIO	ASPECTOS DAS PICS NOS MUNICÍPIOS
RECIFE – PE	<ul style="list-style-type: none"> • Início em 2004 • Pouca participação popular na implantação (top-down, de cima para baixo, realizada pelos gestores) • Fragilidade institucional (sem regulamentação e sem política municipal, falta de integração da unidade que oferece as práticas e demais setores)
TUBARÃO – SC	<ul style="list-style-type: none"> • Verificação do conhecimento, acesso e aceitação das PICS • Uso de práticas não convencionais, sem acompanhamento de profissional especializado. • Principais práticas citadas pelos entrevistados foi o uso de chás e cura espiritual.

Quadro 1 - Síntese dos dados coletados nos trabalhos sobre a implantação em municípios brasileiros.

(continuação)

MUNICÍPIO	ASPECTOS DAS PICS NOS MUNICÍPIOS
TUBARÃO – SC	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de algumas PICS não é informada ao profissional de saúde de referência, o que pode comprometer o tratamento tradicional. • A população entrevistada demonstrou grande interesse e aceitação pela implantação de PICS no município.
FLORIANÓPOLIS - SC	<ul style="list-style-type: none"> • Foi organizado um plano de ação focal para cada unidade de saúde, entre funcionários e comunidade, com um tutor da Comissão Multidisciplinar, para desenvolver as ações, monitoramento e avaliação (Oficina de Sensibilização). • Aumento no número de atendimentos em PICS. • Continuam sendo realizadas atividades de educação para profissionais, gestores e comunidade, ligadas às PICS. • Ampliação da atenção integral à saúde e a mudança de percepção dos interessados, através desse processo de coparticipação.
CAMPINAS – SP	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das condições, problemas e obstáculos na implementação de PICS no município. • Projeto Pandéia, que defende uma visão ampliada de saúde, colabora para a introdução das PICS além da homeopatia, como fitoterapia, Lian Gong e Medicina Tradicional Chinesa.

Quadro 1 - Síntese dos dados coletados nos trabalhos sobre a implantação em municípios brasileiros.

(continuação)

MUNICÍPIO	ASPECTOS DAS PICS NOS MUNICÍPIOS
CAMPINAS – SP	<ul style="list-style-type: none"> • Fatores favoráveis à implantação: a disposição da clientela, que solicita e apoia o serviço; a determinação de médicos sanitaristas, para realizar o projeto; o apoio de profissionais não médicos para ampliar e valorizar as práticas; e a perspectiva das PICS em consonância com os princípios do SUS. • Obstáculos à implantação: planejamento insuficiente e uma visão simplificadora que manteve as práticas dentro dos princípios da medicina biomédica, atuando como técnicas simplesmente, recursos humanos insuficientes, falta de adequação física das unidades e de insumos, necessidade de capacitação profissional e sensibilização das equipes de saúde.
TERESINA – PI	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre a Avaliação da institucionalização da prática de fitoterapia no município, foram entrevistados profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e gestores do setor de saúde. • Aspectos que dificultam a oferta da Fitoterapia: falta de conhecimento técnico, receio de que o paciente deixe de tomar o medicamento alopático e agravar o quadro, o pouco tempo de consulta • Quanto aos fatores que reforçam a orientação ao uso da fitoterapia são: acreditar na eficácia da prática; esclarecer os cuidados de preparação, uso racional e efeitos tóxicos; e a oportunidade de ofertar uma alternativa ao uso excessivo de medicamentos convencionais.

Quadro 1 - Síntese dos dados coletados nos trabalhos sobre a implantação em municípios brasileiros.

(conclusão)

MUNICÍPIO	ASPECTOS DAS PICS NOS MUNICÍPIOS
TERESINA – PI	<ul style="list-style-type: none"> • Os gestores destacaram como potencialidades: discussão com o Conselho de Saúde, parceria com universidades e a capacitação dos profissionais sobre o tema • Gestores destacam como obstáculos: a formação profissional; agrupamento de atores e instituições capacitados para a inserção da fitoterapia no município e sensibilização dos gestores para a implantação.
MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE - MG	<ul style="list-style-type: none"> • Desafios e facilitadores da implantação de PICS em um serviço municipal de saúde • São oferecidas as práticas: acupuntura, dança sênior, oficina de memória e relaxamento • Práticas ora se mostram dentro de um modelo vitalista, ora ainda no modelo biomédico, através de consultas individualizadas • É afirmada a vantagem do uso dessas práticas como forma de estimular o autocuidado, a autonomia e responsabilização dos usuários em seu processo de cura • Outro dificultador é que o Centro de Saúde ainda está de certa forma isolado ao setor de saúde, na rede de serviços oferecidos à comunidade, necessitando de melhorar o contexto intersetorial.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Lima (2012).

A partir dos estudos desses autores é possível perceber que os diversos municípios apresentam facilidades e obstáculos para implantação de PICS. Isso varia com a fase de implantação na qual o município se encontra, como foi a formulação dos programas, se com ou

sem participação da comunidade e dos profissionais implementadores, a sensibilização dos demais profissionais e gestores, o envolvimento das redes de cuidados da população intersetorialmente e a manutenção das práticas dentro do modelo biomédico. Mas ainda é necessária a institucionalização das PICs partindo da compreensão da saúde como direito básico e integral.

3 A SAÚDE COMO DIREITO BÁSICO E INTEGRAL

A partir da Reforma Sanitária Brasileira, por volta de 1960, influenciada por movimentos mundiais de contrarreforma e de incentivo à promoção da saúde, se inicia no Brasil o questionamento sobre o modelo de atenção em saúde. Desde as conferências nacionais ocorre interesse em incluir práticas integrativas como homeopatia, acupuntura e fitoterapia, tendo como marco inicial para se concretizar, a criação do SUS, com a Constituição Federal de 1988 CF/88. Essas práticas anteriormente, estavam praticamente restritas ao setor privado de saúde.

Através de movimentos da comunidade organizada, em 1999, são inclusas na tabela de pagamento por serviço no SUS a homeopatia e a acupuntura. Em 2003, ocorre a oportunidade de incluir formalmente essas práticas no sistema público de saúde e é tomada a decisão política através de grupos de trabalho, que já faziam parte do Ministério da Saúde, no Departamento de Atenção Básica, para elaborar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006. A PNPIC vem para consolidar as práticas que já aconteciam mesmo antes do SUS.

Para Andrade, Bezerra e Barreto (2005), a Atenção Básica é então eleita o local mais propício para essas ações por ter maior capilaridade e ser a porta de entrada do sistema. Dessa forma, se faz necessária a capacitação no modelo atual, chamado Estratégia de Saúde da Família, atendendo o princípio da Integralidade do SUS.

Para melhor compreender como foi o processo de institucionalização das PICs no Brasil e os desafios para a sua implantação nos municípios, segue uma análise dos movimentos e mudanças no sistema de saúde.

3.1 AS INFLUÊNCIAS DO MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA SOBRE O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PICS

Para efeitos de análise dessa dissertação, é estudado o movimento de Reforma Sanitária Brasileira, pois a partir de então diversos questionamentos sobre as políticas públicas e das práticas de saúde são discutidos. O movimento é inspirado por outros movimentos de

contracultura semelhantes em outras partes do mundo, e fortalece a necessidade de se repensar na forma como o Estado define suas políticas públicas, como a PNPIC.

Segundo Magalhães et al. (2012), nas décadas de 1960 e 1970, o termo "alternativo" passou a fazer parte das denominações de práticas que não se enquadravam no modelo biomédico, ou medicina ocidental. Grupos de médicos, outros profissionais de saúde e acadêmicos, preocupados com a saúde pública, defendiam essa forma alternativa de encarar não só a medicina, mas também a economia, a educação, a organização social, a política e os comportamentos.

Para Teixeira (2011), as mudanças ocorridas na concepção de saúde durante o século XX, promoveram o modelo de atenção à saúde que culminou no atual SUS, foram proporcionadas devido ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que se baseou na Medicina Preventiva e Medicina Comunitária.

De acordo com Lima e Paim (2007), esses dois campos, a Medicina Preventiva e a Comunitária, no Brasil, se uniram para gerar o campo da Saúde Coletiva, considerado tanto um campo científico, pois possibilita uma alternativa à saúde pública institucionalizada (vinculada aos interesses econômicos internacionais), quanto um campo de práticas, pois contribuiu para a Reforma Sanitária Brasileira com a produção de conhecimentos ligados à Saúde Coletiva, conhecimentos estes que chegaram até os movimentos sociais, favorecendo a democratização da saúde. Ainda segundo Lima e Paim (2007), a Reforma Sanitária defende também os ideais libertários e a emancipação dos sujeitos em busca de modos de vida mais saudáveis.

A Saúde Coletiva passa a influenciar o modo de pensar em saúde, buscando privilegiar o social, como as condições de vida das famílias e comunidades, na teoria, método e política. É defendida por profissionais da saúde pública e da medicina preventiva e social. Sendo considerado um modelo alternativo aos demais, valorizando a determinação social nos processos de saúde/doença, além dos aspectos biológicos e subjetivos (CAMPOS, 2000).

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira originou-se com a discussão de professores universitários dos departamentos de Saúde Pública, de intelectuais da FIOCRUZ, de sanitaristas do Ministério da Saúde e de movimentos populares. Dentre as propostas defendidas estão a reorganização do modelo de atenção em saúde para integrar práticas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, além do trabalho em equipe e a participação popular nas decisões sobre as políticas públicas de saúde (CUTOLO, 2006).

No Brasil, outras reformas que integravam o movimento de redemocratização da época, na década de 1980, após o período ditatorial. Estas contribuíram para fortalecer a Reforma

Sanitária, influenciando a prestação de serviços públicos para consolidar a democracia, no intuito de elevar o bem-estar da população (ARRETCHE, 1996).

Segundo Balestrin e Barros (2009), essas mudanças nacionais, juntamente com influências internacionais, trouxeram uma nova possibilidade de conceito para a saúde, que passou a ser difundido universalmente, considerando o bem-estar físico, mental e social, assim como defende a Organização das Nações Unidas (ONU).

Outra influência externa foi a advinda da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga URSS), em 1978 (CUTOLO, 2006). A Conferência se deu a partir da Assembleia de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Junta Executiva do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e se tornou um marco histórico na realização das Conferências Mundiais de Saúde² (OMS, 1979). Iniciou-se, a partir de então, um processo de incentivo à pluralidade e mudanças nas políticas dos sistemas de saúde nos países participantes, sobretudo na prevenção e promoção de saúde da população, proporcionando uma nova visão para os profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2011).

Em paralelo a este cenário mundial, no Brasil, desde a segunda metade da década de 1970, passou-se a destacar o uso de formas simplificadas e não invasivas, e o consumo de medicamentos derivados de produtos naturais, a fim de ativar uma proposta de promoção da saúde nas terapias e práticas de medicação e cuidado. Além de reduzir custos, evitam que doenças se instalem ou se tornem mais graves (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012). Essas práticas estão coerentes com os desejos populares manifestados nas Conferências Nacionais de Saúde³, a partir da década de 1980.

Segundo Paim (2008), um exemplo de movimento ocorrido na citada década, foi a VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, quando iniciou-se um discurso voltado para ações mais democráticas e sociais, buscando reforçar a atenção primária. Visava também ampliar o acesso ao serviço público de saúde, já que até então somente os trabalhadores com carteira assinada usufruíam do serviço, além de pretender a reorganização do sistema de saúde e melhorar a oferta do abastecimento de água e outras melhorias sanitárias.

² As Conferências Mundiais de Saúde são reuniões de grupos representativos de diversas partes do mundo que realizam discussões acerca das ações de saúde. No final de cada uma delas é redigido documento oficial, para que os países que concordam com as decisões se tornem signatários e busquem a materialização das ideias defendidas (MENDES, 2004).

³ As Conferências Nacionais se baseiam nas Conferências Estaduais, que por sua vez resultam das propostas das Conferências Municipais. Com isso, busca-se a legitimidade do evento pela representação dos diversos segmentos.

Ainda de acordo com Paim (2008), os temas discutidos, na citada conferência, demonstraram a importância da participação e acolhida dos profissionais de saúde nas propostas que foram se revelando, visando a democratização da saúde, e veio à tona tanto o direito à saúde como a participação da comunidade. Ainda como proposta da citada conferência, pode-se apontar a descentralização da gestão dos serviços, a participação popular, universalização da oferta dos serviços de saúde, equidade de acesso e integralização das ações (CUTOLO, 2006).

Para Ischkanian e Pelicioni (2012), porém, percebia-se a barreira do complexo médico-empresarial para o avanço na redefinição das políticas de saúde, que passaram a defender a saúde como direito do cidadão, a descentralização gerencial, melhoria da qualidade de vida população e a democratização da sociedade brasileira. Esses temas chegaram à discussão através de temas encomendados por acadêmicos, intelectuais e especialistas para embasar os debates. Até a Reforma Sanitária Brasileira que embasou a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a saúde no Brasil não era considerada um direito social, predominando os atendimentos pelo setor privado, pagos por quem tinha condições financeiras ou trabalhadores formais assegurados pela Previdência (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012).

Ainda em 1986, foi aprovada a proposta como subsídio a Constituinte, no I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, levando a Comissão Nacional da Reforma Sanitária a apresentar texto para a saúde na nova Constituição, contando inclusive com representantes do setor privado. As modificações defendidas vão além de uma reforma administrativa e financeira, defendendo a mudança no conceito de saúde, e com isso a mudança institucional necessária, revisando a legislação no que se refere à proteção e recuperação de saúde (PAIM, 2008).

Em paralelo, no âmbito internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1986, na Conferência de Ottawa, formulou a base da "promoção de saúde", sendo um processo no qual as pessoas são estimuladas e capacitadas a controlar e melhorar sua própria saúde, observando seu cotidiano, sua vida social e economicamente ativa. Buscava-se ainda a redução da desigualdade social, construindo uma comunidade ativa e empoderada de seus direitos e deveres (OLIVEIRA, 2005).

Para Candeias (1997), a promoção em saúde considera os diversos determinantes de saúde (fatores genéticos, serviços de saúde, estilo de vida e ambiente), além da chamada educação em saúde, que visa facilitar ações intencionais e voluntárias do próprio indivíduo em busca da melhoria de seu estado de saúde. As circunstâncias políticas, econômicas, organizacionais e sociais também são levadas em consideração nas intervenções ou fontes de

apoio oferecidas pelas equipes de saúde à população, e não só as questões biológicas comumente tratadas no modelo biomédico.

Para Heidmann et al. (2006), a importância da educação em saúde foi observada na carta redigida após a Conferência de Ottawa. Tal discussão reforçou a necessidade de capacitar a população para melhorar sua qualidade de vida e saúde. O autocuidado passou a ser defendido como o cuidado em relação à comunidade através de "[...] políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais." (HEIDMANN et al., 2006, p. 353).

Além da Conferência de Ottawa, outras Conferências Internacionais e Regionais reforçaram os princípios da promoção à saúde como mudanças de estilo de vida, prevenção de doenças, educação em saúde.

As discussões sobre a Promoção da Saúde se tornaram mundiais, envolvendo diversos países na busca da solução de problemas e condições de saúde de sua população. Sendo o Brasil signatário das cartas dessas conferências, se mostrou em concordância com as ideias discutidas. A partir da apresentação do modelo de atenção primária, realizado nessas reuniões, como uma esfera responsável pela promoção da saúde, abrem-se também as portas para a reflexão em torno das PICs, objeto de pesquisa deste trabalho.

No Brasil, tivemos reflexos dessas conferências de promoção da Saúde sobretudo na formatação da Atenção Primária que faz parte da estrutura do SUS. Segundo Heidmann et al (2006), tal formatação também teve a influência do documento conhecido como "Informe Lalonde" que foi divulgado em 1974, no Canadá, para buscar soluções para os aumentos do custo da saúde. Esse documento também influenciou os demais países a estruturarem seus sistemas de saúde dando ênfase a esse nível de atenção. Foi o primeiro movimento de promoção à saúde, baseando-se no conceito de "campo da saúde" e "determinantes de saúde", que envolve a decomposição dessa área em: biologia humana (genética e função humana), o ambiente (natural e social), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e organização dos serviços de saúde.

Em relação às PICs, a partir de discussões e recomendações em diversas conferências nacionais de saúde e da Organização Mundial de Saúde, em junho de 2003, representantes dos segmentos de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica se reuniram com o ministro da saúde da época para elaborar a política nacional, discutir e implementar as práticas, e foi instituído por este um grupo de trabalho, sob a coordenação do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção Básica (SAS), pela Secretaria-Executiva, além de

representantes das secretarias de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Gestão do trabalho e Educação na Saúde, do Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e associações brasileiras de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (BRASIL, 2006a).

No caso das PICs, diversas conferências influenciaram e defenderam sua implementação: as Conferências Nacionais de Saúde; a 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (2001); 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica (2003), que defendeu o acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, e a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2004) (BRASIL, 2015).

Com esses movimentos no Brasil e no mundo, o conceito e o sistema de saúde passaram por modificações, como por exemplo, a introdução da atenção primária, incentivo à participação popular nas políticas de saúde, a universalização da oferta de serviços, equidade de acesso, integralidade das ações, que se tornaram mais democráticas e sociais, em contraste com o que ocorria antes, quando os serviços eram basicamente oferecidos pelo setor privado, e o embate com o complexo médico-empresarial, em contraste com o direito social, defendido nesses movimentos e conferências. Assim, juntamente com a Constituição Federal de 1988, que apresentou um modelo mais democrático e abrangente em relação ao período ditatorial, através do SUS, houve a possibilidade de implantação de políticas públicas como a PNPIC.

3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS IMPACTOS PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PICS

Em 1988, a partir da Constituição Federal é implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), que teve como princípio norteador em seu artigo 196, que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988). O SUS também considera as necessidades da população usuária e dos profissionais atuantes, considerando as seguintes diretrizes, em seu artigo 198: "descentralização, comando único em cada esfera do governo, atendimento integral, equidade e participação comunitária" (BRASIL, 1988). Essa configuração tem potencial para facilitar a institucionalização das PICs. Com a

descentralização, os municípios passam a ter maior autonomia e também responsabilidade pelos chamados cuidados primários de saúde, que seria a porta de entrada do sistema, mais próxima dos usuários e buscando conhecer melhor as especificidades do território no qual o centro de saúde se localiza (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012).

O atendimento integral envolve ações de todos os níveis de complexidade (prevenção, promoção, recuperação e proteção de saúde), com destaque para as ações preventivas.

A participação da comunidade ocorre através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, definidos pelas Lei 8124/90 (BRASIL, 1990b).

Apesar dessa lógica proposta, segundo Fontes et al (2010), os modelos tradicionais baseados na medicina curativa trouxeram problemas que foram evidenciados com a implantação do SUS, ou seja, a medicina curativa que tem o caráter individual passou a contrastar com o princípio do atendimento universal do SUS. Os custos de atendimentos individualizados e especializados são altos, e com isso o atendimento extensivo a toda população fica comprometido, pois a quantidade de profissionais e recursos são limitados.

A efetivação de práticas de prevenção e promoção de saúde poderia ser a estratégia necessária para evitar gastos excessivos com a saúde terciária, também conhecida como hospitalar. Como o modelo vigente ainda é o hospitalocêntrico, baseado na medicina biomédica, essas políticas ainda são tímidas para atender o total de contingente da população que demanda maior atenção. Isso sem falar da necessidade da prevenção e promoção em toda população, melhorando a qualidade de vida e evitando o adoecimento (YAMAKAWA; BUGULIN; CAMPOS, 2006). A lógica hospitalocêntrica dificulta a entrada das PICs, já que tem enfoque curativo, ou seja, a pessoa só busca pelo serviço de saúde quando já está doente e não para evitar o adoecimento.

Segundo Cotta (1998), a predominância do modelo curativo pode estar também presente na ação das equipes de saúde, que podem priorizar os atendimentos individuais em detrimento dos coletivos e, com isso, o modelo hospitalocêntrico se manteria e a visão de reconhecimento das comunidades atendidas de forma mais holística acabaria se perdendo. Assim,

[...] o não-conhecimento da clientela usuária dos serviços de saúde pública, [...] reforça a constatação de que a implantação do SUS se tem dado pela simples transferência de funções, antes executadas por hospitais privados, para os postos de saúde públicos. [...] O hospital deixa de ser o centro das atividades de saúde, conforme idealizado pelo projeto da Reforma Sanitária, mas não altera a lógica da atenção à saúde (a assistência continua a ser curativa e individual, ao invés de preventiva e coletiva) (COTTA, 1998, p. 119).

Apesar dessa predominância do modelo biomédico, o SUS propõe uma rede de atenção com níveis de complexidade para organizar e otimizar os atendimentos, que pode facilitar a implantação das PICs. Esses níveis são especializados em determinados tipos de ações para garantir a integralidade em saúde, ou seja, que indivíduos e grupos possam receber cuidados necessários, seja através de prevenção, promoção ou recuperação de saúde.

O nível no qual predomina a atuação das PICs no SUS, em cerca de 80% dos casos, segundo diagnóstico do Ministério da Saúde, é a atenção primária, também conhecida como Atenção Básica, por conta da proposta dessa esfera de atuação. A Atenção Básica é o centro do modelo e porta de entrada do sistema. A não ser em casos de urgências e emergências, o usuário deve, primeiro, buscar a atenção básica para ser atendido, e só então se necessário passar para níveis mais complexos (BRASIL, 2006b).

Atenção básica à saúde é aquele nível em um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não à enfermidade) no decorrer do tempo e todas as situações de saúde, exceto as incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 1998; VUORI, 1984). É o tipo de atenção à saúde que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Em resumo, pode ser compreendida como uma tendência, relativamente recente, de se inverter a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005, p. 330).

A rede de atenção básica coordena a assistência em saúde, sendo considerado o Centro de Comunicação da Rede de Atenção em Saúde, identificando quando há necessidade de atendimentos mais especializados, encaminhando para os profissionais adequados, e acompanha os resultados terapêuticos e a evolução clínica dos pacientes. Trabalha com a prevenção de patologias de ordem epidemiológica e na resolutividade direta da demanda comunitária, em até 90%, ou seja, as questões de saúde não precisam ir para outro nível de complexidade do sistema. Esse modelo visa a diminuição do desperdício de recursos, evita a duplicação da oferta de serviços, aumenta a estabilidade e a confiança entre os usuários e o sistema de saúde e proporciona assim, maior eficácia nos resultados (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005).

Em outras palavras,

[...] os cuidados primários de saúde propõem ainda uma tecnologia simplificada em vez de tecnologias sofisticadas; ambulatórios no lugar de grandes hospitais; médicos generalistas antes do especialista; uma lista básica de medicamentos no lugar de um grande arsenal terapêutico (BALESTRIN; BARROS, 2009, p. 31).

O serviço de Atenção Básica é de responsabilidade dos municípios, enquanto os estados são responsáveis pelos hospitais⁴, atendendo os casos de maior complexidade, disputando sua demanda com os estabelecimentos filantrópicos e privados (CALIPO; SOARES, 2012). Como dito anteriormente, também podem ser realizados convênios com instituições privadas, sem fins lucrativos, para atender a população através de financiamento público, previsto na saúde complementar.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) eram o modelo de Atenção Básica até o início da implantação das equipes de Saúde da Família em 1994. As UBSs possuem equipes com médicos (clínicos, pediatras e ginecologistas-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico. Podem ainda ter especialistas, distribuídos irregularmente pelas unidades, ou seja, nem todas terão os mesmos especialistas. A demanda pode ser espontânea ou por encaminhamento. A delimitação da área é de acordo com a Vigilância à Saúde, sem adstrição da clientela⁵ (ELIAS, 2006).

Essa estruturação não tem uma análise mais profunda da comunidade atendida, já que os serviços são ofertados nas unidades, sem que se faça um diagnóstico das necessidades da comunidade, sobretudo das condições de saúde e doença que não chegam até a unidade de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), obedece a delimitação de abrangência, com adstrição de clientela em conformidade com as normas do Ministério da Saúde.

Os dois modelos funcionam concomitantemente na maior parte dos municípios brasileiros, porém a indicação do Ministério da Saúde hoje é de privilegiar a implantação de equipes de Saúde da Família por possuírem caráter mais integral de atendimento. Com isso, pode haver uma maior abertura para a implantação de ações dentro do escopo das PICs.

Neste sentido, a inserção das PIC na ESF alinha-se à ampliação do cuidado, reconhecendo o pluralismo terapêutico presente na realidade brasileira, no qual convivem diferentes sistemas e práticas de cura, crenças e itinerários terapêuticos (TESSER; SOUSA, 2012, p. 345).

A tradição cultural e as influências grupais também devem ser levadas em consideração ao se trabalhar o conceito de saúde numa determinada população. Há uma relação entre a prática

⁴ Algumas vezes os municípios assumem a administração de hospitais, já que possuem autonomia para manter essa esfera de serviço, podendo implantá-los ou fazer convênios com os estados.

⁵ Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade (RODRIGUES; RAMIRES, 2008, p. 49).

que será realizada e o traço cultural, como hábitos e atitudes. Em todas as faixas etárias é preciso compreender esse valor social para vencer resistências culturais já cristalizadas em atitudes, a fim de que os sujeitos se permitam conceber a nova prática oferecida pelos profissionais de saúde (RIOS, 1953).

A dificuldade nesse contexto é que, até hoje, a saúde curativa se sobrepõe, tanto no setor público, quanto no setor privado, o que acaba por deixar as ações oferecidas por políticas de saúde, como as PICs, em segundo plano (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Essa cultura ainda prevalece na maior parte dos atendimentos, tanto pelo modelo de gestão, da própria demanda das comunidades que não estão conscientizadas das vantagens da prevenção e promoção da saúde, como do perfil e oportunidade de ação dos profissionais de saúde.

Como é fundamental que os profissionais de saúde estejam envolvidos para a realização e ampliação da oferta de PICs, um dos dispositivos disponíveis são os chamados Núcleo de Apoio à Saúde da Família. São grupos de profissionais de diversas áreas que contribuem para o trabalho das equipes de Saúde da Família.

O foco principal das equipes de NASF são: o acolhimento (recepção de casos para verificação de encaminhamento ou absorção); as ações coletivas (grupos terapêuticos, educação em saúde, entre outros); as clínicas ampliadas (construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas ou tratamento); o apoio matricial ou matriciamento (discussão de casos de atendimento em comum); capacitação dos profissionais da ESF; a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), propostas e terapêuticas discutidas coletivamente de forma interdisciplinar para o planejamento das ações; o Projeto de Saúde no Território (PST), através de discussão coletiva das necessidades de saúde do território são orientadas e organizadas as ações das equipes de saúde; e as visitas domiciliares.

O NASF possibilita a contratação de profissionais que já se configuram dentro das PICs como médicos homeopatas e acupunturistas, além disso, os profissionais do NASF têm que atuar numa perspectiva de promoção da saúde. Isso pode contribuir para que se realizem capacitações dentro do sistema e para que se possa oferecer as práticas integrativas à população (AZEVEDO; PELICIONI, 2012).

Assim, a formação dos profissionais que atuam na atenção básica, inclusive os componentes de NASFs, tem potencial para contemplar práticas no âmbito das PICs para estender as possibilidades de cuidados em saúde à população.

Os profissionais que atuam com práticas integrativas, podem chegar ao setor público já formados, ou receber essa formação dentro do sistema. Isso depende de como cada município organiza a implantação das PICs.

Uma das dificuldades para se efetivar as PICs é que poucas instituições formam profissionais praticantes segundo os princípios do SUS e da Saúde Coletiva, bem como para outras formas de racionalidade médica ou tradições de cura (AZEVEDO; PELICIONI, 2012).

São ainda poucas as iniciativas educacionais para dialogar sobre o uso das PICs no SUS. Mesmo aquelas existentes ainda não foram capazes de romper com o modelo biomédico dominante, de enfatizar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, defender a humanização das práticas médicas e resgatar os saberes tradicionais e as práticas de baixo custo econômico, que também devem ser ajustadas cultural e ambientalmente, que a Saúde Coletiva defende (AZEVEDO; PELICIONI, 2012).

É ainda um desafio encontrar docentes que ofereçam disciplinas nas universidades que trabalhem amplamente os conceitos de Saúde Coletiva, prevenção e promoção de saúde, sobretudo no setor público, mas também no privado. Esse perfil de disciplinas é fundamental para que as novas gerações de profissionais de saúde sejam formadas conscientes dessa maneira de encarar a saúde (AZEVEDO; PELICIONI, 2012). A formação de especialidade médica então pode dificultar a institucionalização das PICs.

No âmbito do encontro clínico, diversos fatores apresentam uma positividade favorável, tais como: o ambiente terapêutico, a formação holística do terapeuta, a abordagem integral do ser humano e da cura, o relacionamento terapeuta/paciente e a subjetividade dos usuários. De outro lado, o processo de comunicação, a resistência de profissionais e corporações, a seletividade no acesso a esses tratamentos, o irregular apoio institucional dos governos e o próprio ceticismo com os resultados constituem obstáculos não apenas a essas práticas terapêuticas, como ao seu potencial para aprofundar a integralidade da atenção em saúde (ANDRADE; COSTA, 2010, p. 506).

Para o sucesso na implantação das PICs é preciso tanto a formação de profissionais qualificados na área, assim como o fornecimento e aquisição de insumos utilizados em algumas práticas. As PICs ainda não têm ocupado o papel que deveriam dentro do SUS e das políticas de promoção da saúde como a Agenda de Compromissos pela Saúde. Percebe-se ainda uma resistência e a dificuldade de ampliar os cuidados para além da hegemonia do modelo biomédico (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012).

Por isso, em 2006, o Ministério da Saúde, junto aos grupos de defesa das PICs, legitimaram a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), para reforçar que conheçam e se beneficiem das PICs no SUS.

3.3 A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

No intuito de regulamentar e expandir o uso dessas práticas foi institucionalizada a Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC⁶) aprovada em 2006, e que pode beneficiar a população se gestores, profissionais e usuários decidirem aderir efetivamente às práticas (AZEVEDO; PELICIONI, 2012).

Para que seja possível essa nova legislação, são necessárias reformas administrativas e financeiras, assim como a mudança da operacionalização das práticas de política de saúde e sua correspondente ação institucional, segundo os preceitos da Reforma Sanitária (OLIVEIRA, 2011). A PNPIC vem então para estimular a institucionalização dessas práticas nos municípios, pois na época de sua promulgação, a decisão de implantação já era descentralizada, a cargo dos municípios.

A introdução das Práticas Integrativas e Complementares percorreu um caminho até ser incorporada na legislação brasileira em 2006. Sua trajetória se iniciou no Brasil após a discussão sobre estudos de medicinas e práticas tradicionais e complementares, que considera outros valores, crenças e representações diferentes da racionalidade biológica hegemônica da medicina ocidental ortodoxa (LUZ, 2009).

Com a institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no SUS através da PNPIC os serviços oferecidos anteriormente sobretudo pelo setor privado passam a ter maior possibilidade de serem ofertados no setor público (AZEVEDO; PELICIONI, 2012).

Para Ischkanian e Pelicioni (2012, p. 4), além das diretrizes, é importante destacar pontos para a implantação das PICs:

Em fevereiro de 2011, a Coordenação Nacional de PIC ligada ao Ministério da Saúde, elaborou um relatório de gestão 2006/2010 das PIC no SUS no qual consideraram

⁶ Segundo Barros (2006), dentre as diretrizes da PNPIC, podemos destacar: a) a busca de estruturação e fortalecimento das PICs no SUS, com destaque para a atenção básica, de modo multiprofissional; b) qualificação em PIC, de acordo com os princípios da Educação Permanente, de modo a capacitar os profissionais de saúde do SUS; c) divulgação e orientação para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; d) ações intersetoriais, com parcerias para o desenvolvimento integral; e) participação social; f) ampliação da produção pública de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos; g) acesso aos insumos estratégicos das PICs; h) pesquisa em PICs, na busca de eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos serviços prestados; i) acompanhamento e avaliação das PICs; j) cooperação nacional e internacional das ações de atenção, educação e pesquisa; e k) monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

extremamente relevantes para implantação da Política Nacional: (i) a formação e qualificação de profissionais em número adequado para atuarem no SUS; (ii) o monitoramento e avaliação dos serviços, considerando as diretrizes gerais da política, a institucionalização da avaliação da atenção básica, as especificidades de cada componente e os níveis do sistema; (iii) o fornecimento dos insumos (medicamento homeopático/fitoterápicos/agulhas para acupuntura); (iv) a estruturação dos serviços na rede pública; (v) o desenvolvimento/adequação de legislação específica para os serviços no SUS e (vi) o investimento em pesquisa e desenvolvimento para integrar saberes e práticas nas diversas áreas do conhecimento, desenvolvendo assim projetos humanizados, integrais e transdisciplinares (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012, p. 4).

O grupo gestor dividiu o plano de ação em subgrupos para a elaboração do documento técnico único relativo à política nacional. Os subgrupos tiveram autonomia para adotar suas estratégias. Os de Homeopatia, Fitoterapia e Medicina Antroposófica realizaram fóruns de abrangência nacional, enquanto o de Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura promoveu reuniões técnicas, a partir dos documentos da OMS, entre outras fontes (BRASIL, 2006a).

Foi então realizado um diagnóstico da situação das práticas no SUS, levantando a capacidade instalada, a inserção das práticas, número e perfil dos profissionais, capacitação de recursos humanos e a qualidade dos serviços.⁷

Com a finalização dos trabalhos dos subgrupos foi elaborada a proposta de Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares, a qual foi levada para avaliação das Câmaras Técnicas dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de saúde e pactuada na Comissão Inter Gestores Tripartite, em fevereiro de 2005.

Após diversas reuniões entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) o texto foi revisado e foi incluída a prática do termalismo social/crenoterapia, de acordo com relatório do Grupo de Águas do CNS.

Finalmente, em fevereiro de 2006, foi aprovado por unanimidade o documento da política, após as devidas alterações, e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS foi publicada, pelas portarias ministeriais n° 971, em 3 de maio de 2006 e n° 1.600, de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2006a).

⁷ O Ministério da Saúde, para compreender a realidade das práticas implantadas ainda antes da PNPIC, realizou como amostra para um diagnóstico nacional, em 2004, para avaliação da proposta da política nacional, foi elaborado um questionário e enviado para os estados e municípios brasileiros. No total de 5.560, sendo que desses, foram devolvidos 1.340. Essa amostra foi considerada satisfatória para o diagnóstico nacional (BRASIL, 2006a). E ainda, segundo Andrade e Costa (2010), foram observados métodos terapêuticos nos 26 estados, em 19 capitais e em 232 municípios.

A criação e publicação dessa política passam a atingir os âmbitos econômico, técnico e sociopolítico, emergindo práticas que estavam somente no discurso e passa a evidenciar o domínio do mercado de produtos e serviços da racionalidade biomédica (BARROS, 2006).

Estados e municípios, por terem opção de ofertar ou não as PICs, mesmo depois da criação da PNPIC, em geral, realizam essas práticas de maneira desigual e descontínua, a depender da forma que são institucionalizadas em cada localidade (BARROS; SIEGEL; SIMONI, 2007).

No Brasil, essas práticas ainda não se encontram como prioridade no sistema de saúde, sendo aplicadas somente em alguns municípios e mesmo assim, nem sempre de maneira estruturada e eficaz. Normalmente se encontram na atenção básica, sobretudo na Estratégia de Saúde da Família, que tem como objetivo a prevenção e promoção de saúde, mas também são encontradas nas demais esferas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Analisando a PNPIC, presente em Brasil (2006a) não tem claro, em sua composição, incentivos financeiros, inclusive de insumos e medicamentos, ou a organização da capacitação dos recursos humanos o que pode comprometer a efetiva institucionalização das PICs.

Como política pública de saúde é importante que seja realizada uma análise da institucionalização das práticas integrativas e complementares, antes e depois da introdução da PNPIC, para que se conheça como está sendo sua implantação, implementação e avaliação, visando identificar assim aquilo que ela já contribui para a população brasileira e o que precisa avançar para que efetivamente consiga alcançar os objetivos propostos em sua legislação. Como as PICs são implantadas por municípios, a análise de política pública com as fases de reconhecimento do problema/montagem da agenda, formulação da política e tomada de decisão, implementação e avaliação foi o método utilizado para investigar a situação do município selecionado, no caso, Belo Horizonte, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um estudo de caso, porque se delimita no estudo dos programas de PICs do município de Belo Horizonte e não procura generalizações em seus resultados.

Os dados foram coletados por meio de pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas (GODOY, 1995), e sua apreciação foi feita tendo como base o modelo de ciclo de políticas públicas segundo Baptista e Rezende (2011), com suporte de Cruz (2012), Menicucci (2007), Georges et al. (2014) e Draibe (2001).

O caso estudado foi o de um município de Minas Gerais, e como foi realizada a institucionalização de seus programas de PICs. O município possui três programas já consolidados dentro da PNPIC: Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PROHAMA), Lian Gong em 18 Terapias e Terapia Comunitária Integrativa. Belo Horizonte foi um dos municípios pioneiros na implantação de PICs.

As entrevistas foram realizadas com os gestores responsáveis pela coordenação das PICs e com profissionais responsáveis pelos grupos e atendimentos em PICs. Essas entrevistas foram realizadas entre os meses de fevereiro e março de 2016. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos no caso dos profissionais de saúde e média de 60 minutos para os gestores.

Foram 10 profissionais de saúde entrevistados, 2 de cada prática desenvolvida no município (Lian Gong em 18 Terapias, Terapia Comunitária Integrativa, PRHOAMA) e 3 gestores responsáveis pelas mesmas. São omitidos os nomes e são substituídos por iniciais, de acordo com o cargo exercido (como MA para Médico Antroposófico). Essa pesquisa foi submetida ao comitê de ética da Universidade Federal de Alfenas e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. O Número do CAAE foi 48495315.2.0000.5142, de 22 de dezembro de 2015.

A aplicação das entrevistas foi feita em diversas localidades, no caso dos profissionais de saúde, em postos de saúde da atenção primária e Centros de Referência de Reabilitação, na atenção secundária. No caso dos gestores, as entrevistas se realizaram na Secretaria Municipal de Saúde.

Os dados coletados foram organizados e analisados seguindo o método de análise de processos de política pública composto pelas seguintes fases, segundo Baptista e Rezende (2011):

- a) reconhecimento do problema/montagem da agenda;
- b) formulação da política e tomada de decisão;

- c) implementação da política;
- d) avaliação de políticas (de processo, de resultados, da política, de políticas públicas, eficácia, eficiência, efetividade, formativa e somativa).

4.1 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Para Sampaio e Araújo Júnior (2006), as políticas públicas são aqueles problemas que tiveram relevância suficiente para chamar a atenção de um órgão fomentador de políticas (estatal ou não). A partir de então vão entrando em discussão até que se pode chegar a sua implementação como política.

Ainda segundo Sampaio e Araújo Júnior (2006), a análise de políticas públicas entra como uma técnica de estudo para gerar uma melhor compreensão de determinada política. Essa análise pode ocorrer em várias etapas, seja ainda na formulação, ou já na fase de implementação e até na fase de avaliação, pós implementação. Na avaliação de políticas públicas em saúde é importante reconhecer quem são os atores interessados na intervenção e avaliação, assim como a definição de critérios e padrões de julgamento. Devem estar presentes a melhoria nas ações de saúde, a prestação de contas e a produção de conhecimentos para a melhoria da qualidade de vida dos atores envolvidos. A maioria das avaliações ainda são realizadas pelo próprio governo, ainda de forma descontínua e não permanente (CRUZ, 2012).

Neste trabalho, esse recurso foi utilizado para verificar a institucionalização das PIC de um município de Minas Gerais. Assim, observou-se as etapas de reconhecimento de agenda, formulação, implementação e avaliação dessa política pública. O foco foi compreender os desafios dessa institucionalização, segundo a percepção dos gestores e profissionais de saúde.

As avaliações de políticas do SUS necessariamente devem buscar articular, além dos indicadores tradicionais das ações e dos serviços, individuais e coletivos, também os indicadores de desigualdades e iniquidades, de determinantes da saúde, de ações intersetoriais, culturais, ambientais e de participação social, entre outros, quantitativos e qualitativos, abertos às dimensões da ética, do conflito, da subjetividade e da micropolítica, que sirvam ao trabalho local e à aferição e mudança permanente das práticas (SCHNEIDER, 2009 apud CRUZ, 2012, p. 19).

Pode-se ainda considerar que a própria avaliação já é um tipo de intervenção, pois gera reflexão e influências, que provêm conhecimentos e aprendizagens para futuras iniciativas, para

a orientação dos gestores, executores e usuários e demais interessados pela intervenção e avaliação (CRUZ, 2012).

Neste trabalho, é importante verificar as diferenças entre a percepção do modelo biomédico, tem indicadores mais objetivos, que reforçam as ações curativas, enquanto no enfoque das práticas integrativas e complementares, são também considerados os aspectos sociais e ambientais envolvidos como benefícios observados na população, condições para atendimento, fluxo de encaminhamentos, valorização profissional.

No estudo de políticas públicas, pode-se utilizar as contribuições de Pierson (1993, 1994 apud MENICUCCI, 2007), denominado modelo analítico, que busca considerar a vertente histórica do novo institucionalismo. Considera-se a contingência histórica e a dependência da trajetória. Acabam sendo identificadas as lutas políticas mediadas pelo arcabouço institucional nas quais estão inseridas, inclusive verificando as estratégias e forças políticas entre os grupos, e como isso afeta as escolhas de políticas públicas. No caso, da atual política de saúde, o SUS, foi possível por conta do contexto de democratização, que permitiram que novos atores propusessem alternativas para a saúde (MENICUCCI, 2007).

A análise de políticas públicas em saúde tem potencialidades e limites, e para compreender esse processo, é preciso conhecer sua construção histórica, para chegar ao ponto de entrar no processo político e ser analisada em fases.

A pesquisa de avaliação de políticas públicas verifica desafios e ajuda a orientar medidas de correção e mudança nos programas para melhorar a qualidade do processo de implementação e desempenho da política.

Em relação à natureza da pesquisa, podem ser realizadas a avaliação de resultados (qualidade e abrangência dos objetivos) e de processo (características organizacionais e desenvolvimento do programa). Neste trabalho, usamos a pesquisa de processo que busca detectar os fatores que ao longo da implementação facilitam ou atrapalham que a política alcance seus objetivos (DRAIBE, 2001).

Os atores envolvidos no processo de implementação devem ser reconhecidos para a identificação de matrizes político-institucionais de cooperação ou conflito, que podem sustentar, ou resistir à política (DRAIBE, 2001).

A análise de políticas públicas então passa a avaliar os componentes de estrutura, processo e resultado, questionando a qualidade através da: eficácia, efetividade, eficiência, equidade, acessibilidade, otimização e legitimidade (CRUZ, 2012).

Baptista e Rezende (2011) inicia as etapas de análise de política pública de saúde com a fase chamada *Reconhecimento de um problema/montagem da agenda*. Um dos aspectos desse primeiro passo é a relevância pública, como ponto de partida. Existem três tipos de agenda, de acordo com seu momento de decisão e importância política e social: agenda sistêmica ou não-governamental (questões que ainda não despertaram a atenção do governo e formuladores de políticas públicas, apesar de já estarem sendo discutidos na sociedade); agenda institucional ou governamental (ainda não estão na mesa de decisão, mas já foram observadas pelo governo); e agenda decisória ou política (já serão trabalhadas nos processos decisórios).

A formulação da agenda pública, que pode ser precedida da agenda social, vai evidenciar a produção e confronto de alternativas, os processos de filtragem, a formulação e decisão e as definições da implementação que os diferentes grupos vão discutir (DRAIBE, 2001).

Segundo a análise de políticas públicas de saúde, nem todos os problemas conseguem chamar a atenção e ser analisados pelos formuladores de políticas públicas e entrar na agenda decisória. Algumas vezes podem ser combinados, quando duas ou mais propostas se unem para ganhar força em sua efetivação, e com isso trazer mudanças inesperadas, através dos fluxos: de problemas (*problem stream*), de soluções e alternativas (*policy stream*) e da política (*politics stream*).

Normalmente esses fluxos se manifestam de maneira independente, mas pode haver convergência entre eles, proporcionando as chamadas "janelas de oportunidade" (*policy windows*), que podem gerar uma condição favorável para a entrada de novos temas, por conta das alterações nas agendas governamentais (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

A etapa seguinte é a *Formulação da política e tomada de decisão*. Após a entrada do problema na agenda governamental, será feito o diálogo entre intenções e ações que poderão ser efetivadas para a solução ou alternativa da questão, e então, a formulação da política. Em seguida, a tomada de decisão será delineada levando em conta como o governo vai escolher solucionar o problema, sendo estabelecidas metas, analisados os recursos que serão utilizados e o tempo de intervenção da ação (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

A formulação e a implementação de políticas ou programas de saúde requer um saber sobre se o que foi planejado (teoria da intervenção) foi executado conforme o esperado e se as ações implementadas levaram aos resultados esperados (CHAMPAGNE et al., 2011b), ou seja, se a estratégia escolhida é a adequada ou se precisa ser reformulada. A questão é que o gestor, que em geral é quem demanda avaliações, parte do pressuposto que dá para avaliar a intervenção em si e isso, por si só, marca um desafio metodológico pela fragmentação do objeto (CRUZ, 2012, p. 11).

Dentre os condicionantes e determinantes de saúde podemos citar: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990a).

O próximo passo é a *Implementação da política*, na qual a solução deverá ser colocada em prática. Esse processo abarca diversos setores da administração pública (sistema gerencial e decisório, sistema de informação, agentes implementadores, sistema logístico e operacional), em busca da garantia da implantação das políticas. Essa divisão do trabalho, porém, aponta muitas vezes a falta de acesso aos executores na elaboração das propostas, que ficam a cargo daqueles que estão no comando político, levando o bônus pelos acertos principalmente para os gestores, e os ônus por erros para os executores e para a sociedade que não terá suas necessidades atendidas (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

O momento de implementação está diretamente relacionado à fase de formulação da política, onde há uma tendência de se constituir pactos políticos abrangentes, sem uma especificação da política a ser implementada, ou dos pré-requisitos que a sustentam. Os autores argumentam que se o resultado da negociação no momento de formulação de uma política é o desenho de uma política ruim, com um diagnóstico impreciso e inconsistente da realidade política e institucional, a chance de implementação dessa política é pequena. Portanto, se a política é “boa”, mas a perspectiva de execução é ruim, pela falta de capacidade técnica ou falta de recursos, também existirão problemas na implementação. Consideram, também, que uma política está sujeita a fatores externos diversos, que não estão necessariamente associados ao momento de formulação da política e que dificultam sua implementação (BAPTISTA; REZENDE, 2011, p. 152).

A implementação inclui as atividades-meio que vão viabilizar a política, assim como as atividades-fim, que promovem a execução em si. Envolve sistemas ou subprocessos: sistema gerencial e decisório (inscrição institucional), processos de divulgação e informação (para agentes executores e população interessada), seleção (agentes implementadores ou beneficiários), capacitação (agentes ou beneficiários), monitoramento e avaliação interna (regularidade, contribuições, socializações), e sistemas logísticos e operacionais (atividade-fim) que fazem levantamento de financiamento e gasto, provisão de recursos materiais (medidas e de suficiência e qualidade) (DRAIBE, 2001).

Após o processo de Implementação, temos a *Avaliação de políticas*. Avaliação de políticas pode ser considerada tanto uma área específica, quanto parte do processo de tomada de decisões. É uma fase na qual se busca uma pesquisa social aplicada, de maneira sistemática, planejada e dirigida. Visa ainda identificar, obter e proporcionar dados e informações de diferentes componentes de um programa, em suas diversas fases: diagnóstico, programação e execução. As avaliações se subdividem em: *ex-ante* (antes da implantação), *ex-post* (depois da

implantação), de processo, de resultados, política, de políticas públicas, de eficácia, de eficiência, de efetividade e formativa (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Nesse trabalho, a avaliação é considerada *ex-post*, já que a política já foi implantada, e tem características de verificação de eficiência, eficácia (resultados, impactos e efeitos) e efetividade da política.

As fases de avaliação da implantação ou implementação são conhecidas como avaliações de processo. Consideram as variações entre o pretendido e o esperado como: cobertura, nível, extensão, qualidade e recursos necessários, na estrutura e processo das políticas públicas (CRUZ, 2012).

As avaliações *ex-ante* produzem orientações, parâmetros e indicadores para melhorar a compreensão do projeto e de suas estratégias de metodologia e implementação. Buscam ainda, uma base de tempo, desde uma linha de partida, para observações futuras (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

As avaliações *ex-post* ocorrem durante ou após a implementação do projeto. Entre elas temos as avaliações de processo, que buscam "identificar os atores estratégicos a serem mobilizados, fatores facilitadores e obstáculos, a estratégia, subprocessos e estágios pelos quais se desenvolve a implementação" (BAPTISTA; REZENDE, 2011, p. 154). Já a avaliação de resultados, tem a intenção de verificar se os programas alcançaram seus objetivos, até que ponto e com qual qualidade, através de estudo de resultados antecipados (expectativa dos formuladores); de resultados não- antecipados; e a análise de impacto (tempo e se os beneficiários receberam a ação adequadamente) (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Desempenho ou resultados (no sentido estrito da palavra) – refere-se aos 'produtos' do programa, previstos em suas metas e derivados do seu processo particular de 'produção' (p.ex.: número de pessoas vacinadas); Impactos – são as alterações ou mudanças efetivas na realidade sobre a qual o programa intervém e por ele são provocadas (p.ex.: variação da taxa de incidência da doença relacionada a tal vacina); Efeitos – dizem respeito a outros impactos do programa, esperados ou não, que afetam o meio social e institucional no qual se realizou (p.ex.: melhora do nível de informação em saúde da população) (BAPTISTA; REZENDE, 2011, p. 155).

A *avaliação política*, onde se faz a elucidação dos critérios de determinada política, que a tornaram preferível a outra. Neste momento pode ser evidenciado o processo decisório quanto a seus valores e critérios políticos. Essa etapa pode ocorrer antes do exame da operacionalidade concreta ou da análise de implementação do programa (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Já a *análise de políticas públicas* aborda tanto da engenharia institucional, quanto a constituição do programa, como são formulados e implementados, nos diversos estágios da

ação política. Não tem uma preocupação com os resultados, focando nos fatores facilitadores e obstáculos no processo de implementação. Por isso, aproxima-se da avaliação de processos (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Quanto à *avaliação de eficácia*, a intenção é que a produção de resultados seja feita em menor tempo, e com a maior qualidade e quantidade possível, nos processos e sistemas de implementação de uma política. O foco é dado nos fatores facilitadores, contornando os obstáculos (BAPTISTA; REZENDE, 2011). Essas facilidades são as circunstâncias que contribuíram para o sucesso da atividade, enquanto as barreiras são aquelas que dificultaram a execução e o alcance dos resultados. Deve-se considerar ainda as externalidades, que são os aspectos que dificultam ou influenciam as ações, mas que estão fora do controle do projeto e da governabilidade (CRUZ, 2012).

Quando se refere ao custo e aos resultados empregados, essa fase é chamada de *avaliação de eficiência*, também pensando em menores custos e produção máxima, no menor tempo, focando na estratégia técnica das atividades e processos. Enquanto isso, na *avaliação de efetividade*, verifica-se a relação entre "objetivos e metas" e "impactos e efeitos", e como se dá a quantidade e qualidade das alterações que o programa visa provocar (BAPTISTA; REZENDE, 2011). A efetividade tem a ver com os níveis de qualidade e a quantidade com que a política chega aos impactos esperados e a promoção dos efeitos (sociais ou institucionais), que podem ter sido previsíveis ou não (DRAIBE, 2001).

Por fim, a *avaliação formativa* tem como objetivo detectar os problemas durante a fase de implementação da política, para adequar e superar esses aspectos, através de *feedback* aos atores envolvidos. A *avaliação somativa*, contudo tem como base os resultados, e através das informações fornecidas por esses, questiona a continuidade do programa, ou encerramento ou ampliação, ou se deve ser assumido por outros gestores ou adiada para ser retomada em outro momento, de acordo com o alcance dos objetivos propostos (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

A seguir a apresentação dos programas de práticas integrativas e complementares de um município mineiro. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os gestores dos programas e com profissionais executores das práticas. O roteiro de entrevistas foi baseado sobretudo nas fases de análise de políticas públicas de Baptista e Rezende (2011).

Segue Quadro 2, com síntese das fases do ciclo de análise de políticas públicas, baseado em Baptista e Rezende (2011) e Draibe (2001):

Quadro 2 - Síntese das fases de análise de Políticas Públicas

(continua)

FASES DO CICLO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS	ASPECTOS DAS FASES
Reconhecimento de um problema/montagem da agenda	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da relevância pública. • Agenda sistêmica ou não- governamental (questões que ainda não despertaram a atenção do governo e formuladores de políticas públicas, apesar de já estarem sendo discutidos na sociedade); • Agenda institucional ou governamental (ainda não estão na mesa de decisão, mas já foram observadas pelo governo); • Agenda decisória ou política (já serão trabalhadas nos processos decisórios) • "Janelas de oportunidade" (<i>policy windows</i>): podem gerar uma condição favorável para a entrada de novos temas, por conta das alterações nas agendas governamentais.
Formulação da política e tomada de decisão	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo entre intenções e ações que poderão ser efetivadas para a solução ou alternativa da questão, e então, a formulação da política. • A tomada de decisão será delineada levando em conta como o governo vai escolher solucionar o problema, sendo estabelecidas metas, analisados os recursos que serão utilizados e o tempo de intervenção da ação.
Implementação da política	<ul style="list-style-type: none"> • Esse processo abarca diversos setores da administração pública (sistema gerencial e decisório, sistema de informação, agentes implementadores, sistema logístico e operacional), em busca da garantia da implantação das políticas. • A implementação inclui as atividades-meio que vão viabilizar a política, assim como as atividades-fim, que promovem a execução em si. • Envolve sistemas ou subprocessos: sistema gerencial e decisório (inscrição institucional), processos de divulgação e informação (para agentes executores e população interessada), seleção (agentes implementadores ou beneficiários), capacitação (agentes ou beneficiários), monitoramento e avaliação interna (regularidade, contribuições, socializações), e sistemas logísticos e operacionais (atividade-fim) que fazem levantamento de financiamento e gasto, provisão de recursos

Quadro 2 - Síntese das fases de análise de Políticas Públicas

(conclusão)

FASES DO CICLO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS	ASPECTOS DAS FASES
Implementação da política	materiais (medidas e de suficiência e qualidade). (DRAIBE, 2001).
Avaliação de políticas	<ul style="list-style-type: none"> • Visa ainda identificar, obter e proporcionar dados e informações de diferentes componentes de um programa, em suas diversas fases: diagnóstico, programação e execução. • As avaliações se subdividem em: <i>ex-ante</i> (antes da implantação), <i>ex-post</i> (depois da implantação), de processo, de resultados, política, de políticas públicas, de eficácia, de eficiência, de efetividade e formativa.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Baptista e Rezende (2011) e Draibe (2001).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

O primeiro programa em Práticas Integrativas e Complementares deste município mineiro, iniciou-se bem antes da PNPIC. O Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA) está no SUS do município desde 1994. Um dos fatores que possibilitou essa implantação foi a Lei Orgânica do Município de 1990, que já previa em seu artigo 144, parágrafo 6: “[...] oferecimento aos cidadãos de todas as formas de assistência e tratamento adequado, incluídas a homeopatia e as práticas alternativas conhecidas”. Nesse contexto, o “Programa de Práticas Médicas não Alopáticas” foi inserido no SUS do município (BELO HORIZONTE, 1990).

Outra influência para a criação do PRHOAMA, antes mesmo da Lei Orgânica, no ano de 1988, no âmbito federal, uma comissão técnica federal do CIPLAN (Comissão Interministerial de Planejamento) formulou resoluções para sua implantação e implementação nos serviços públicos de saúde (Homeopatia – Resolução no 04/88, DOU de 08/03/88, Acupuntura – Resolução no 05/88, DOU de 11/03/88, Fitoterapia – Resolução no 08/88 – DOU de 11/03/88) (SANTOS et al., 2015).

Essas propostas estavam em consonância com as Conferências Sanitaristas Internacionais, e, no Brasil, com as VIII, IX e X Conferências Nacionais de Saúde, citadas neste trabalho anteriormente, que defendem a implantação de práticas médicas alternativas nos sistemas públicos de saúde. Os artigos 136, 167 e 170 da IX Conferência Nacional de Saúde, preconizaram a incorporação dessas práticas (SANTOS et al., 2015).

Em 2006, no texto das Diretrizes da PNPIC, Belo Horizonte teve destaque como um município que teve a iniciativa de implementação das PICs mesmo antes da política nacional.

As experiências de saúde pública têm oferecido contribuições aos campos da educação popular, arte, cultura e desenvolvimento social. No SUS, são em pequeno número, destacando-se o serviço das “práticas não alopáticas” de Belo Horizonte, em que a medicina antroposófica, com a homeopatia e a acupuntura, foi introduzida oficialmente na rede municipal. Em 1996, a secretaria Municipal de saúde de Belo Horizonte realizou o primeiro concurso específico para médico antroposófico no SUS. Em novembro de 2004, o serviço comemorou dez anos de existência, com número de atendimentos sempre ascendente (BRASIL, 2006a).

Além do PRHOAMA, Belo Horizonte conta com mais dois programas que ofertam PICs: Lian Gong em 18 Terapias e Terapia Comunitária Integrativa (TCI). O Lian Gong teve sua implantação em 2008 com a primeira capacitação de profissionais, enquanto a TCI iniciou-se em 2009 também com uma capacitação de profissionais.

5.1 PRHOAMA – PROGRAMA DE HOMEOPATIA, ACUPUNTURA E MEDICINA ANTROPOSÓFICA

Nesse primeiro momento, a pesquisa visa compreender o Reconhecimento de um problema/ montagem da agenda da política pública. A intenção é compreender a relevância pública da política e em que momento ela se encontra. Sobre esse assunto, somente os gestores atuais dos programas foram questionados, pois apesar de não terem participado da implantação dos mesmos, possuem informações sobre o início das ações.

Segundo Santos et al. (2015), a Lei Orgânica do município de Belo Horizonte de 1990, em seu artigo 144, parágrafo 6, incentiva a oferta de homeopatia e práticas alternativas de assistência e tratamento à população, e com essa proposta, ganha força a organização de programas para que os cidadãos tenham acesso a essas práticas.

Essa lei reflete a intenção que o município já dispunha nessa época para a implantação de PICs.

Em 1994, um conjunto de médicos iniciou o Projeto de Implantação de Práticas não Alopáticas para o município de Belo Horizonte, a fim de promover no sistema público de saúde princípios filosóficos e técnicas terapêuticas com uma visão ampliada dos processos de saúde-doença e dos modos de intervenção sobre esses.

O PRHOAMA iniciou-se a partir de um diagnóstico realizado na rede municipal de saúde de Belo Horizonte em 1994, verificando ações já realizadas por profissionais de saúde na área das PICs. Foi identificado que clínicos e pediatras já faziam atendimento em Homeopatia e Medicina Antroposófica em Centros de Saúde, na Atenção Primária, uma a duas vezes por semana.

Ainda em 1994 deu-se um importante passo no sentido do fortalecimento institucional do programa: a realização do primeiro concurso público (introduzindo a acupuntura) para médicos acupunturistas, homeopatas e antroposóficos, e para farmacêuticos homeopatas da Prefeitura de Belo Horizonte. Vale citar o pioneirismo do SUS/BH em território nacional. Em 1996 os médicos foram nomeados e também neste ano houve novo concurso. Em 2000 e 2006 realizaram-se o terceiro e quarto concursos, respectivamente, e o último concurso, em 2015,

que trouxe três vagas para médicos de cada uma dessas Racionalidades Médicas⁸: foram aprovados 13 acupunturistas, sete homeopatas e dois médicos antroposóficos, que aguardam nomeação.

Durante a implementação do PRHOAMA, os Centros de Saúde, que já ofereciam extraoficialmente a homeopatia e a medicina antroposófica, continuaram a prestar esses atendimentos após a oficialização de tal programa.

A partir de 2001, o programa passou a atuar junto à Saúde da Família, dando apoio às equipes. Em 2004, na efervescência dos encontros da Comissão de técnicos que organizaram o Seminário comemorativo dos 10 anos de implantação do programa e a primeira publicação nestes moldes, optou-se pela mudança do nome para “Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica” (SANTOS et al., 2015).

De acordo com Santos et al. (2015), atualmente, há 36 médicos, distribuídos em 23 Unidades Básicas de Saúde, dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte e em três unidades secundárias: Centro de Reabilitação Centro Sul, Leste e Noroeste. Todos os profissionais: 12 acupunturistas, 21 homeopatas e três antroposóficos, estão vinculados ao NASF.

A homeopatia, a acupuntura e a medicina antroposófica têm em comum a avaliação e o acompanhamento da totalidade do indivíduo enfermo: a anamnese pesquisa suas características mentais, psíquicas e físicas, sua suscetibilidade e suas reações, pois nesta perspectiva a enfermidade é entendida como um desequilíbrio vital, dinâmico, manifesto por sensações e funções perturbadas. As intervenções terapêuticas buscam estimular as forças curativas naturais a recuperar a harmonia física, afetiva, espiritual e social, em síntese, a restabelecer a saúde. Elas oferecem ainda 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.

Favorece ainda a ampliação da visão dos profissionais de saúde para utilização de práticas complementares, e possibilitam que usuários que desejam utilizar terapêuticas não convencionais as usufruam no SUS (SANTOS et al., 2015).

⁸ Racionalidades médicas é uma ferramenta conceitual que permite examinar e/ou comparar diferentes sistemas médicos em suas várias perspectivas, como: teórica, analítico-descritiva, ou empírica, de modo global ou compartimentado. "Portanto, essa ferramenta teórica abriu um campo fecundo de conhecimento que permite estudar as relações entre distintos sistemas médicos e suas representações de corpo, saúde, doença e tratamento e a aplicabilidade das práticas integrativas nos serviços públicos de saúde" (MOTTA; MARCHIORI, 2013, p. 835). Possuem morfologia, cosmovisão, sistema de diagnose, sistema terapêutico próprios.

Segundo Santos et al. (2015), a aplicação prática destas Racionalidades Médicas, 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.

Estas terapêuticas têm auxiliado pacientes com as mais diferentes nosologias: insônia, fobias, síndrome do pânico, depressão, ansiedade, psicoses, drogadição, distúrbios de aprendizado e conduta, Hipertensão Arterial Sistólica, diabetes, asma, infecções de repetição, dengue, AIDS, alergias, dores crônicas (enxaquecas, lombalgias, fibromialgias, etc.), colagenoses, anemias, dismenorréia, distúrbios do climatério, etc. (SANTOS et al., 2015, p. 15).

De modo geral, o tempo para restabelecimento da saúde guarda relação com o tempo de doença, ou seja, uma enfermidade de início recente é curada mais rapidamente do que a mais antiga.

Em relação aos encaminhamentos para os atendimentos no PRHOAMA, seguem o mesmo modelo dos encaminhamentos para o NASF, de acordo com a área de abrangência dos Centros de Saúde e CREABs e com as guias de encaminhamento preenchidas. Os encaminhamentos podem ser por indicação do profissional que atendeu o paciente em um primeiro momento, ou pelo matriciamento do NASF. No caso da Homeopatia e Medicina Antroposófica, o paciente também pode procurar por demanda espontânea.

Ainda hoje, a maioria dos médicos atende na atenção primária, diretriz esta reafirmada pela Coordenação desde suas origens e que se mostrou acertada no decorrer do trabalho: o paciente tem acesso mais fácil ao médico, permitindo o esclarecimento de dúvidas e o atendimento de urgências, condições essenciais à adesão da população a racionalidades médicas que ainda não estão disponíveis em todos os níveis de atenção, nem ao menos são universalmente conhecidas pelos servidores públicos de saúde. Com isso, o acesso da população aos serviços do PRHOAMA se tornou mais fácil, proporcionando agilidade em casos de urgências, esclarecimento de dúvidas e fica mais visível e disponível para que mais pessoas façam uso e se beneficiem com as práticas.

De acordo com Santos et al. (2015), os atendimentos tiveram um progressivo aumento, no primeiro ano, em 1994, foram 604, chegando a 15.980 em 2003, com a proporção de 65% homeopatia, 30% acupuntura e 5% medicina antroposófica. Esses dados foram obtidos e analisados através de sistema de informação próprio do PRHOAMA. Sendo que o número de atendimentos continuou aumentando, conforme Gráfico 1, com dados até 2014.



Gráfico 1 - Número total de consultas realizadas entre 2009 e 2014 pelo PRHOAMA

Fonte: Santos et al. (2015).

A seguir, a descrição das racionalidades médicas oferecidas pelo PRHOAMA.

5.1.1 Acupuntura – Medicina Tradicional Chinesa

A primeira racionalidade médica apresentada é a Medicina Tradicional Chinesa (MTC)/Acupuntura, que se baseia na observação dos fenômenos da natureza e nos princípios que regem a harmonia e o equilíbrio nela existentes. Considera que todos os seres seguem as mesmas leis e princípios naturais. A energia circula livremente pelo organismo, e quando se percebe uma doença é porque houve alteração desse fluxo por estagnação, excesso, deficiência da Energia Vital (Chi), pelos Meridianos Principais, canais por onde passa a energia, num total de 12 meridianos. O Chi condensado se acumula no físico, e quando se dispersa, se torna mais sutil (RIBEIRO; SILVA FILHO, 2011).

Nas PICs, a MTC vem contribuir com a análise complexa que faz da condição de saúde da pessoa. Normalmente é oferecida a acupuntura, que promove melhora na circulação da energia, aumentando a vitalidade do indivíduo, com a estimulação dos pontos pela inserção das agulhas filiformes ou pontos metálicos (BARBOSA; SILVA, 2011).

A acupuntura está dentro da Medicina Tradicional Chinesa, que surgiu há mais de 5000 anos. Como uma de suas referências, o Nei Ching, datado de 500 anos a.C., é considerado o primeiro livro de medicina do mundo, e considera o ser humano em sua relação com seus

hábitos de vida, a natureza, enfermidades e seus tratamentos. A Medicina Chinesa é ainda recente no ocidente, aparecendo primeiramente na França, no século XIX. Na América do Sul, primeiro veio para a Argentina, para depois chegar ao Brasil, sendo hoje representada pelo Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura (SANTOS et al., 2015).

De acordo com Santos et al. (2015), a Medicina Tradicional Chinesa tem como premissa que o adoecimento ocorre antes mesmo das manifestações orgânicas, que ainda nem conseguem ser detectadas por exames. Pode então beneficiar aqueles pacientes que são considerados sem um diagnóstico pela medicina ocidental.

Em geral, a melhora vai sendo sentida progressivamente, podendo haver até mesmo uma piora no começo do tratamento, para uma posterior melhora mais duradoura. O tempo de tratamento varia de acordo com o estágio da gravidade, sendo que em fase inicial são mais rapidamente tratadas. Normalmente a frequência das sessões é semanal ou quinzenal (SANTOS et al., 2015).

Ainda segundo Santos et al. (2015), os atendimentos de acupuntura têm demanda crescente e ainda poucos profissionais atuantes. Com isso, há uma espera para início do tratamento, já que a demanda para atendimentos é muito grande. Com isso, foram limitados os atendimentos de doze a quinze sessões, em casos de patologias dolorosas para que outros pacientes possam se beneficiar.

5.1.2 Homeopatia

A próxima racionalidade médica a ser exposta é a homeopatia que se iniciou na Europa com os estudos de Hahnemann, no século XVIII. Ele se baseou nos estudos de Hipócrates do princípio da cura pelo semelhante, quando aquilo que foi causado por determinada substância também será curado por essa substância (SANTOS et al., 2015).

No Brasil, o médico francês Benoit Mure, iniciou seus trabalhos no Rio de Janeiro, em 1844. Após ter sido curado de tuberculose por tratamento homeopático se dedicou a difundi-lo pelo mundo (SANTOS et al., 2015).

Na década de 70, a homeopatia voltou a chamar a atenção dos médicos, e foi reconhecida como especialidade médica em 1980, tendo como entidade representativa a Associação Médica Homeopática Brasileira (SANTOS et al., 2015).

Ainda segundo Santos et al. (2015), a homeopatia é considerada uma medicina vitalista, que utiliza a força vital do organismo, e o médico escolhe uma única medicação, conforme os sintomas expostos pelo paciente, que se aproximam do medicamento, que será administrado em "doses homeopáticas", ou seja, a quantidade é pequena, mas extremamente potente, preparados em um processo de dinamização, que aprimora o poder medicamentoso da substância.

A homeopatia traz uma reflexão sobre o conceito de saúde, já que o enfoque é o paciente e não a doença, analisando suas particularidades. Para o tratamento são utilizadas substâncias dos diversos reinos naturais, preparadas pelo processo de “dinamização” ou “potencialização”, onde sucessivas diluições e succussões (agitações) são feitas no medicamento indicado pelo médico, baseado na semelhança da experimentação em pessoas sadias, em comparação ao sintoma do paciente tratado (GUIMARÃES; CAVALCANTI, 2011).

A enfermidade é um desequilíbrio da energia ou força vital, que se manifestam em funções ou sensações alteradas. A doença é considerada como única e pode se desenvolver de diferentes maneiras e épocas da vida. Com o uso da medicação esse equilíbrio vai se reestabelecendo, com a melhora dos sintomas e estimulando a vitalidade do paciente. Assim como na acupuntura, o tempo de tratamento vai depender de quanto tempo a patologia já está instalada. Sintomas recentes são tratados mais rapidamente, e os antigos, mais lentamente (SANTOS et al., 2015).

O PRHOAMA conta com 20 médicos homeopatas, distribuídos em 18 centros de saúde, nos nove distritos sanitários do município de Belo Horizonte. O número de atendimentos também foi progressivo, sendo atendidos 17.692 em 2013 e 18.519 em 2014, segundo informações do protocolo PRHOAMA⁹

⁹ O protocolo PRHOAMA foi apresentado durante a pesquisa e está disponível no site da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&lang=pt_br&pg=5571&tax=50131. Acesso em: 20 jan. 2017.

5.1.3 Medicina Antroposófica

Sobre a Medicina Antroposófica (MA), Santos et al. (2015) tem uma história mais recente. Iniciando-se em torno de 1920 na Europa Central, sob os estudos da médica Ita Wegmann, como um ramo prático da Antroposofia, fundada pelo filósofo austríaco, Rudolf Steiner, como uma ciência espiritual.

A MA chegou ao Brasil há mais ou menos 70 anos, sendo que em 1982 a Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (ABMA), passou a representar e regulamentar a formação e atuação dos médicos antroposóficos, além de organizar congressos, pesquisas e publicações sobre o tema (SANTOS et al., 2015).

Essa medicina leva em consideração, além dos aspectos físicos, também os psicológicos e espirituais. Propõe um método de pesquisa científico-espiritual, no intuito de resgatar a espiritualidade, independente de religiões, como algo a ser reconhecido. Com essa concepção, busca-se orientar o melhor diagnóstico.

A MA tem como uma de suas técnicas a Biografia Humana, que estuda as etapas do desenvolvimento humano, e busca-se compreender os acontecimentos, crises e frutos do momento biográfico do indivíduo. Os problemas de saúde devem ser encarados como momentos de aprendizado para gerar o amadurecimento do Eu espiritual. O desafio da cura ativa o corpo vital, o corpo emocional e a organização do Eu. Com isso, cada um vai elaborar esse processo de cura, encarando ou evitando esse momento. Essa cura é auxiliada por medicamentos (homeopáticos, fitoterápicos e antroposóficos especificamente) e terapias não medicamentosas (banhos, massagens, terapia artística entre outros) (SANTOS et al., 2015).

Também no caso da Medicina Antroposófica o tempo de tratamento vai variar de acordo com o tempo que a doença já está instalada. Isso vai depender da evolução de cada pessoa.

Neste momento, no PRHOAMA, três profissionais de Medicina Antroposófica fazem os atendimentos à população. Estão lotados em Centros de Reabilitação da cidade, ou seja, na atenção secundária. São realizadas ainda dinâmicas com os trabalhadores dessas unidades, beneficiando a Saúde do Trabalhador (SANTOS et al., 2015).

5.1.4 Atenção Farmacêutica no PRHOAMA

Em relação à atenção farmacêutica no município, relativa às PICs, de acordo com Santos et al. (2015), houve por um breve período o fornecimento dos medicamentos à população através de convênio com farmácias privadas. Hoje está em fase de construção a Farmácia Pública de Manipulação e Dispensação dos medicamentos Homeopáticos, Antroposóficos e Fitoterápicos, que irá fornecer os insumos necessários para garantir o acesso aos pacientes do programa.

Dentre as dificuldades para sua abertura está a ausência desses medicamentos na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e a não integração entre a assistência farmacêutica das PICs e a Gerência de Assistência terapêutica da Secretaria Municipal de Saúde (GEMED) (SANTOS et al., 2015).

Para verificar como ocorreu o processo de implantação e implementação das Práticas Integrativas e Complementares no município de Belo Horizonte, segue a descrição e análise das entrevistas realizadas com os gestores dos programas e com dois profissionais de cada prática.

5.1.5 PRHOAMA - Reconhecimento de um problema/montagem da agenda

A primeira fase de reconhecimento do problema e montagem da agenda, visa compreender a relevância pública da política. No caso do PRHOAMA, são precedentes a própria constituição federal de 1988, com a implantação do SUS e no caso do município a sua Lei Orgânica de 1990, já citada anteriormente.

O PRHOAMA, primeiramente foi conhecido como "Programa de Práticas Médicas não Alopáticas". Antes de sua implantação foi realizado um diagnóstico da rede de saúde para verificar quais profissionais já atuavam e tinham formação acadêmica em uma dessas áreas e quais se desejariam migrar para o programa. Após esse diagnóstico, os profissionais identificados foram transferidos para o programa. Para ampliar a equipe foi organizado em 1994 o primeiro concurso público para médicos homeopatas e antroposóficos, e em 1996 para acupunturistas.

5.1.6 Formulação da política e tomada de decisões

A gestão do PRHOAMA considerou como justificativa para implantação do programa o perfil dos idealizadores, que se identificavam com as três práticas presentes até hoje no programa. Na entrevista disseram não terem se baseado em indicadores para essa escolha.

O momento da formulação da política é aquele em que se discute entre as intenções e ações de uma política (BAPTISTA; REZENDE, 2011). Neste caso, a discussão se deu entre os profissionais envolvidos e entre eles foi decidido quais ações seriam as escolhidas para serem implantadas.

Em relação às metas, o gestor do PRHOAMA relatou que, inicialmente, não houve uma meta quantitativa, mas que atualmente a meta é a de um profissional em cada centro de saúde.

Relativo aos recursos disponíveis, o PRHOAMA conta com 34 médicos, sendo 18 homeopatas, 13 acupunturistas e 3 médicos antroposóficos na rede, segundo entrevista com a gestão do PRHOAMA. Em relação a ampliar o programa para outros setores, a gestão do PRHOAMA relatou que havia um grupo intersetorial com a educação, mas que foi suspenso. Consideram que uma Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares ajudaria a reforçar os programas já existentes. E tem se esforçado para incluir a fitoterapia no programa como mais uma opção para a população.

5.1.7 Implementação da política

Após o levantamento dos profissionais que já executavam PICs no município, esses foram convidados a atender nessas especialidades integrativas exclusivamente, e não no cargo de origem (sendo que a maioria atuava como clínicos gerais). A partir de então, iniciou o processo de concurso público, específico para as especialidades de homeopatia, medicina antroposófica e acupuntura.

Sobre o método escolhido para a implantação da política no município, segundo a gestão do PRHOAMA, foi por conta do trabalho que anteriormente era feito isoladamente. Com o programa, isto foi organizado e os profissionais têm uma mesma coordenação e orientação.

Sobre o quadro gerencial do programa, o PRHOAMA tem em sua estrutura os seguintes

órgãos: Gerência de Assistência, gerência de Atenção Primária em Saúde (APS), núcleo de controle dos NASFs, os programas das PICs - BH e a gestão do programa é composta por: 1 farmacêutico, 1 médico antroposófico, 1 médico homeopata, 1 médico acupunturista e 1 enfermeiro. (GPrh)

A gestão do PRHOAMA se reúne semanalmente e são discutidos os dados coletados nas unidades de saúde.

Em relação à tomada de decisões, segundo a gestão, os profissionais do PRHOAMA estão inseridos no NASF através da Gerência de Assistência (APS). São realizados matriciamentos, com discussão dos casos e necessidades de cada setor, com as equipes de saúde. A construção da Farmácia Pública Municipal e Medicamentos homeopáticos, fitoterápicos e antroposóficos é uma meta que a gestão está voltada para permitir o acesso da população pela rede pública aos medicamentos, sendo que está localizada junto à UPA Norte. Há o incentivo da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) e o incentivo financeiro vem pelo Plano Municipal de Saúde (GPrh¹⁰).

No caso do PRHOAMA, os dados são levados ao conhecimento da epidemiologia, para então serem analisados pela Gestão do SUS/BH.

Acerca da organização dos dados de controle e sistema de informações da política, no caso do PRHOAMA, os dados do programa estão vinculados à epidemiologia, e são avaliados pela Gestão SUS, conforme mencionado na entrevista com a gestão. Segundo Last (1988), a epidemiologia trata da análise da distribuição e determinantes de situações de saúde de uma população definida, e como este conhecimento pode contribuir na resolução dos problemas apresentados neste território. Com a disposição dos dados trazidos pelo PRHOAMA é mais um fator para avaliar e otimizar as condições de vida da população.

Sobre a organização dos atendimentos, foi identificado no período da pesquisa que os atendimentos do PROHAMA são feitos a partir da agenda de Gestão SUS, para isso tem que haver disponibilidade para a primeira consulta que dura entre 45 min a 1h, e as subsequentes tem duração média de 30 min. São ainda previstos atendimentos de urgência que duram em média 30 min. São 10 primeiras consultas por semana, e no mais são urgências ou retornos. Essa informação é relevante já que dentro da fase de implementação é importante saber como se organiza os atendimentos, e disponibilidade de vagas para a população.

¹⁰ Gestão PRHOAMA.

No caso do PRHOAMA, é necessário que o paciente entre na agenda da Gestão SUS para ter sua consulta agendada, após o encaminhamento de algum outro profissional de saúde.

O município não tem despesa com formação inicial do profissional, que já tem que estar formado na área, e com isso a despesa é com a folha de pagamento do profissional. Ainda em relação à capacitação, segundo a percepção de alguns profissionais nas entrevistas, a sensibilização do restante da equipe é muito importante, pois ainda existe certa desconfiança, por parte dos outros colegas, da capacidade de cura de técnicas não convencionais, como no caso das do programa.

Alguns dos profissionais do PRHOAMA, selecionados para a entrevista, responderam que continuam se capacitando nas práticas, porém por conta própria, já que o município não fornece ajuda de custo para esses cursos, mas que eles são liberados nas datas para participar dos mesmos. Para eles a reunião mensal também tem um intuito de grupo de estudos, quando cada especialidade médica prepara material para os demais, e inclusive são convidadas as outras PICs (Lian Gong e TCI) para apresentarem sobre suas práticas. Esse tipo de iniciativa, de articulação entre os profissionais, além da capacitação, é importante para fortalecer o movimento de institucionalização e universalização das PICs.

5.1.8 Avaliação da política

Na fase de avaliação, foi levantada a questão sobre as metas de atendimento. Segundo MA1, tanto nos atendimentos individuais quanto nos coletivos, existe uma meta anual de atendimentos. Os materiais utilizados nas oficinas são fornecidos pelo próprio profissional, já que não há uma verba para tal. Apesar de nem todos os profissionais da unidade onde atua encaminharem pacientes, considera que todos respeitam a prática.

Para MA1, a média são 6 pacientes por dia, três vezes na semana, totalizando entre 60 a 70 atendimentos por mês.

Para MA2, não existe um número fixo de atendimentos, já que a maioria dos casos que chegam ao atendimento de medicina antroposófica são considerados complexos, e demoram para ter alta. A média é de 4 pacientes por dia, chegando a 80 por mês. O profissional também participa de reuniões com outros setores e na discussão de casos. É um trabalho multidisciplinar para que o paciente consiga melhora de seu quadro. Normalmente o paciente chega

encaminhado, apesar de ser possível que chegue por demanda espontânea. Ainda segundo MA2:

Às vezes o paciente recebe medicação pela rede, então fica mais barato para ele. Mas a longo prazo para o sistema, como aquele paciente não deixa de tomar o medicamento, vai ficando mais caro, fora os riscos de dependência que pode causar. Assim como aqueles pacientes somatizam muito, cada hora tem um sintoma e ficam fazendo exames e não encontram a causa. E a medicina antroposófica como tem uma maneira diferente de atendimento e diagnóstico, costuma desmontar o que seria a causa da somatização. Então para o sistema de saúde se é investido no medicamento antroposófico, que é até mais caro a princípio, mas no todo consegue ser mais efetivo no tratamento do problema da pessoa, sai no final das contas, muito mais barato.

Assim como discutido anteriormente sobre o contraste entre o modelo biomédico e o modelo integral, uma das dificuldades da institucionalização das PICs seria enquadrar as mesmas em estruturas gerenciais que não consideram o tempo de cura do paciente. Com isso, práticas que demandam mais tempo para alcançar uma solução, apesar de muitas vezes mais resolutiva, porém mais demorada, nem sempre é valorizada.

Nas duas entrevistas, percebe-se uma diferença de percepção quanto ao número de atendimentos que cada profissional realiza, sendo que um considera que existe uma meta e o outro não, somente uma média de atendimentos. E tem a questão da medicação, que ainda não é oferecida pelo município e causa uma dificuldade no tratamento. A medicina antroposófica tem medicamentos específicos, mas que por questões financeiras o médico tenta adaptar para medicamentos homeopáticos que em geral têm valor mais acessível.

A média de atendimento nos dois casos é próxima. A lógica dos atendimentos na perspectiva das práticas integrativas é mais voltada para a qualidade do atendimento e não para a quantidade.

Segundo Hom1, não existe uma meta específica. Em média são atendidos 7 pacientes por dia, sendo duas primeiras consultas, 4 retornos e uma urgência, que normalmente é usada como retorno.

No caso de Hom1, são realizados de 120 a 140 atendimentos por mês. O que atrapalha mais é o número de faltas, que chega a 20% das marcações. Mas as pessoas retornam depois para remarcar.

Já Hom2, tem uma previsão de quatro atendimentos por dia, já que a anamnese é demorada, pois avalia caso a caso. Considera que onde atua é um ambiente tranquilo para a realização da prática. Reforça a necessidade da oferta de medicação homeopática no sistema público, mas que a farmácia que será inaugurada está parada devido a crise, até o momento da entrevista. Considera que a longo prazo saia mais barato utilizar a medicação homeopática do

que alopática, já que a melhora do quadro é mais duradoura, evitando o uso prolongado de medicação e internações. A homeopatia pode ainda ser utilizada como prevenção, como no caso da dengue, que ainda não tem vacina, mas tem medicamento homeopático que ajuda na prevenção, mas que ainda é uma prática subutilizada. Considera que ainda existe um preconceito sobretudo por parte dos profissionais, e que isso impede alguns encaminhamentos, apesar da boa aceitação da população.

Ainda segundo Hom2, esse apontamento sobre a dificuldade de encaminhamento pelas outras especialidades é recorrente nas entrevistas, isso demonstra a importância de que as PICs não fiquem isoladas das demais especialidades, nem mesmo dentro do sistema de saúde municipal como um todo.

Hom2 relata atender 100 pacientes por mês em média. Também se queixa das faltas, chegando a 10% dos agendados. Acredita que a crise atrapalha até mesmo o deslocamento, o transporte dos pacientes até o posto de saúde. No seu caso, a maior procura é para atendimento infantil.

Em ambas entrevistas, é considerado que o local de atendimento é tranquilo para a prática. Hom2 questiona ainda os encaminhamentos que deixam de ocorrer por certo preconceito que ainda existe entre os profissionais de saúde, mas que não é observado geralmente na própria população. A questão da medicação, assim como apareceu na medicina antroposófica é outro dificultador, já que a farmácia ainda não iniciou seus trabalhos e a população não consegue receber a mesma.

A média de atendimento nos dois casos é semelhante, e a queixa é a mesma, as faltas dos agendados. É necessário compreender porque isso ocorre, já que se a pessoa deixa de ir, além dela não receber o atendimento ela atrapalha outra pessoa que gostaria de ser atendida pois a vaga está reservada.

Para Acu1, o número de primeiras consultas é reduzido, já que o tratamento é mais longo, de 12 a 16 sessões semanais, durante 3 a 4 meses. Ainda sobre os atendimentos,

[...] não dá pra calcular por volume, é diferente. Cada paciente que vem aqui fica de 30 a 50 minutos, são de 10 a 15 minutos para colocar as agulhas, para fazer os procedimentos. A gente até tem um espaço bom, mas enquanto um está aqui, eu estou com outra anotando. Para justamente ter um pouco de fluxo, rodar um pouquinho. Não tem faltado material. O eletroestimulador e as ventosas eu trago os meus. Por que são materiais de outra natureza, mas tem as agulhas que é o município que fornece. A implantação no setor foi possível graças ao apoio do gestor local, e hoje é tranquila a realização da prática.

Acu2, atende por volta de 7 pacientes por dia, 30 por semana. Recebeu material suficiente e ainda não teve que solicitar mais, e sabe que se necessário existe orçamento para

isso. Na unidade demorou para ter um local próprio para atender, mas após uma reforma estrutural, hoje tem um espaço próprio.

No caso de Acu1, são oferecidos oito atendimentos por dia, sendo que às quartas e sextas são 6 pacientes, porque também dedica 2 horas ao Lian Gong, que no caso atende 36 pessoas. Acu2 diz que faz em média 120 atendimentos por mês.

A média de atendimentos está próxima da praticada pelos outros profissionais do programa. A associação de outra prática integrativa enriquece o trabalho e aumenta as possibilidades de tratamento para os usuários.

No caso da acupuntura, ambos profissionais relataram não ter problema com a oferta de material e consideram que hoje em dia é tranquila a realização da prática onde atuam. Também relatam que o tempo de tratamento é mais prolongado o que reduz a quantidade de vagas oferecidas. E como já exposto em tópico anterior, uma das questões é o número reduzido de profissionais para a execução da prática.

Sobre os desafios na implantação da prática, na entrevista com MA1¹¹, foi colocado que os pacientes gostam do atendimento e da abordagem. Mas considera que é necessário melhorar o acesso, e proporcionar mais informação sobre as PICs, sobretudo no caso da medicina antroposófica que ainda não é muito conhecida pela população e pelos profissionais. Algumas práticas possuem divulgação por meio de panfletos informativos e cartazes ou são realizadas capacitações com os profissionais das unidades.

Para MA2, não houve dificuldades na implantação da prática, mas é necessário que a barreira e o preconceito relativo às práticas deixem de ocorrer. Para MA2, quem executa as práticas tem que se mostrar, para que os demais indiquem a prática na qual é responsável para os pacientes, discuta casos com os colegas, e esteja inserido no fluxo de atendimento da unidade como estão as outras modalidades.

No caso da medicina antroposófica, percebe-se que ainda há uma resistência, sobretudo entre os profissionais de saúde. Para isso, a capacitação para informar os benefícios e indicações, assim como a aproximação do profissional com o restante da equipe, colocando seu trabalho em evidência são percepções que os entrevistados sugerem.

Na entrevista com Hom1¹², foi colocada a necessidade de melhor integração entre os profissionais da unidade. Um dos fatores apontados que prejudica o encaminhamento é a

¹¹ Médico Antroposófico.

¹² Médico Homeopata.

rotatividade dos profissionais. Isso é perceptível pelo fato de que os profissionais que são concursados e permanecem mais tempo na unidade são os que mais encaminham.

Já Hom2 entende que se o atendimento é realizado na atenção secundária ele acaba sendo mais valorizado, enquanto quando está na atenção primária, o acesso da população é melhor. Sugere que apesar de já existir uma reunião mensal para discussão do programa, essa deveria ter uma frequência mais próxima, porém é muito difícil sincronizar a agenda de todos os profissionais.

No caso da homeopatia, as dificuldades encontradas estão relacionadas com os encaminhamentos e com a reflexão através das reuniões que são realizadas. A dificuldade com a rotatividade dos profissionais contratados e não concursados dificulta a integração das equipes, já que aqueles que receberam capacitação em dado momento, podem não continuar no serviço para dar continuidade aos encaminhamentos. Em ambas situações, há a questão do reconhecimento da prática para ser valorizada e que os outros profissionais a compreendam e encaminhem os pacientes para se beneficiar.

Na entrevista com Acu1¹³, um dos quesitos a ser melhorado é o aumento no número de profissionais que oferecem a prática. Considera que o fluxo de atendimento deveria ser definido pelos próprios profissionais que executam a prática, para melhor avaliar os casos de maior necessidade. Também questiona a rotatividade dos demais profissionais, sobretudo os que ficam nas equipes de PSF, e que dificulta os encaminhamentos.

Para Acu2, apesar de alguns avanços na divulgação das práticas, é necessário que os outros profissionais de saúde, sobretudo de outras especialidades médicas, estejam mais conscientes do que cada prática integrativa oferece e sua eficácia. Essa falta de integração também atrapalha o matriciamento dos casos.

Novamente a questão da capacitação e integração com os outros profissionais ganha destaque. O fluxo também é questionado para que o próprio profissional o defina, assim como a quantidade ainda insuficiente de profissionais para atender a demanda da população, destacada aqui no caso da acupuntura.

No caso do PRHOAMA, segundo os gestores, no início não havia metas iniciais, mas agora na fase de avaliação, é a de colocar um profissional por posto de saúde. Os recursos financeiros se restringem à folha de pagamento dos médicos e não há qualquer perspectiva de interrupção do programa. Além da meta, a necessidade de aumento do número de profissionais

¹³ Médico Acupunturista.

é uma percepção de alguns médicos do programa, que já estão sobrecarregados com a demanda de atendimentos já existente.

Os profissionais ainda sugerem que seja estimulada a discussão entre os colegas, para que haja um maior número de encaminhamentos e melhor matriciamento. Para isso, sugerem uma capacitação de todos para conhecerem melhor as práticas e seus benefícios, assim como informar a população. Também colocam que as reuniões do programa sejam realizadas com mais frequência para discutir as necessidades. E ainda, a melhora no fluxo de acesso da população, que segundo alguns deles deveria ser realizado pelo próprio executor da prática.

No caso da avaliação de resultados, a gestão do PRHOAMA colocou que esses dados são secundários e forneceram tabelas de atendimentos de algumas das práticas. No caso da acupuntura em 2015, o total de atendimentos foi de 12.659, em média 1.054 por mês. A medicina antroposófica, de janeiro a outubro de 2015 atendeu 837 pacientes, média de 83 por mês. E a produção anual geral das três práticas foi de 30.693, média de 2.557 atendimentos por mês.

Os profissionais do PRHOAMA colocam, segundo sua percepção em relação aos benefícios: MA1 relata que os pacientes indicam melhora dos sintomas. A sensação de acolhimento e observação do aspecto emocional reforça o incentivo ao autocuidado, como atividade física, boa alimentação e conscientização dos processos.

MA2 reforça que um dos benefícios é a mudança de foco do sintoma inicial para outros aspectos que passam a ser trabalhados. A conversa e o acolhimento fazem parte do processo, e o medicamento antroposófico não será utilizado indefinidamente.

Nos dois casos há um destaque para um acolhimento que permite o autocuidado e a observação de outros aspectos que não a queixa inicial.

Hom1 diz que os pacientes são antigos. A resposta a problemas crônicos é positiva com o tratamento da homeopatia. Muitos deixam de comparecer às consultas porque se sentem melhor.

Para Hom2 o retorno da população é positivo. As crianças gostam de usar os glóbulos, que têm sabor adocicado. As mães retornam mesmo quando num primeiro momento não conseguiram comprar o remédio, mas em um momento posterior, quando é possível, compram.

No caso da Homeopatia, os dois profissionais consideram que o retorno da população é positivo. Hom1 destaca os benefícios em pacientes crônicos, enquanto Hom2 enfatiza a boa aceitação do público infantil.

Acu1 diz que os pacientes relatam melhora do estado geral, do humor, do sono, do apetite, redução de dor e dos sintomas. A idade e a falta de atividade física podem desacelerar o processo de cura. O trabalho com atividade física é fundamental em relação aos problemas músculo esqueléticos.

Para Acu2, os benefícios são diversos, de acordo com a sensibilidade ao tratamento, sendo que essa variação de resultados acontece até quando ocorre com procedimentos cirúrgicos. A grande maioria relata melhoras, que podem ser de sintomas secundários (insônia, enxaqueca, chegando neste caso a uma melhora de quase 98%) e não do que chegou como queixa. Quanto mais orgânico o problema mais difícil de alcançar resultados, mas também são atingidos, mesmo que demorem ou não cheguem aos 100% de cura.

Nos dois casos, os relatos dos acupunturistas falam que a melhora dos pacientes é grande, mas fatores como idade, sedentarismo e doenças já instaladas organicamente dificultando a melhora dos sintomas. A melhora de sintomas secundários pode chegar a 98% como é o caso da enxaqueca, o que se for o caso, já melhora muito a qualidade de vida dos pacientes.

Acerca das facilidades e obstáculos para implementar essa política e para alcançar suas metas e objetivos, segundo a gestão do PRHOAMA, as facilidades são: no quesito da legislação têm como respaldo a PNPIC e a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, a Lei Orgânica Municipal, que defende desde 1990 a oferta das práticas; a adesão da população com resultados positivos, através de propaganda boca a boca, e a verificação de que os encaminhamentos de outros profissionais aumentou (GRÁFICO 2); a satisfação dos profissionais, graças ao sucesso nos tratamentos; o fornecimento de insumos regulares na acupuntura, percebendo que os gestores estão motivados pelo conhecimento das PICs.

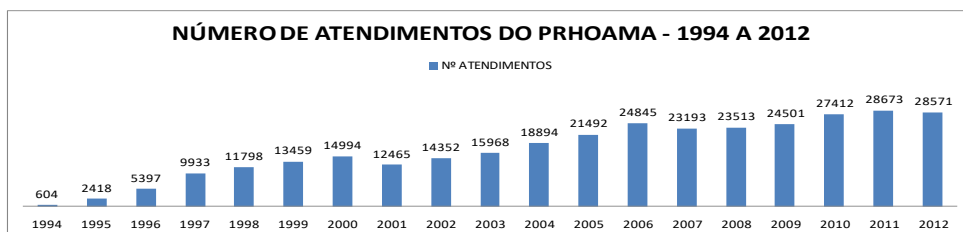


Gráfico 2 - Número total de atendimentos por ano do PRHOAMA de 1994 a 2012

Fonte: SANTOS, 2016.

No caso da Homeopatia, os dois profissionais consideram que o retorno da população é positivo. Hom1 destaca os benefícios em pacientes crônicos, enquanto Hom2 enfatiza a boa aceitação do público infantil.

Acu1 diz que os pacientes relatam melhora do estado geral, do humor, do sono, do apetite, redução de dor e dos sintomas. A idade e a falta de atividade física podem desacelerar o processo de cura. O trabalho com atividade física é fundamental em relação aos problemas músculo esqueléticos.

Para Acu2, os benefícios são variáveis, de acordo a sensibilidade ao tratamento, sendo que essa variação de resultados ocorre até com procedimentos cirúrgicos. A grande maioria relata melhoras, que podem ser de sintomas secundários (insônia, enxaqueca) e não do que chegou como queixa. Quanto mais orgânico o problema mais difícil de alcançar resultados.

Nos dois casos, os relatos de melhora são grandes, mas fatores como idade, sedentarismo e doenças já instaladas organicamente dificultam a melhora dos sintomas. A melhora de sintomas secundários pode chegar a 98% como é o caso da enxaqueca, o que se for o caso, já melhora muito a qualidade de vida dos pacientes. Essas pontuações foram expostas pelos profissionais acerca de suas percepções em relação à sua rotina de trabalho.

São considerados obstáculos, para os gestores do PRHOAMA: alguns gestores locais não envolvidos, o que gera uma dificuldade de gerenciamento, pois a gestão do programa não consegue "forçar" que esses gestores se comprometam e incentivem as práticas; a falta de fornecimento de medicamentos; preconceito e falta de conhecimento pelas equipes e população (tabus); falta de verba da PNPIC (a política não prevê incentivo financeiro para a realização das práticas); ampliação lenta do programa, pois não abriu mais vagas para os profissionais como é necessário (até o momento da entrevista existiam profissionais aprovados no último concurso que ainda não tinham sido efetivados); reconhecimento e valorização das práticas; falta dessas racionalidades médicas na graduação dos profissionais de saúde; uso das práticas em casos de epidemia como homeoprofilaxia¹⁴, como pode ser usado na medicação da dengue.

Em relação aos desafios, para MA1, como muitos funcionários são atendidos pela medicina antroposófica, isso se tornou uma boa estratégia para criar um vínculo com os mesmos. A gerência do CREAB e do Padre Eustáquio apoiam e respeitam a prática. Considera que a permanência da prática vai depender da população.

¹⁴ Uso de medicação homeopática a partir de nosódios (germes que causam doenças) para educar o sistema imunológico a fim de preparar o organismo em caso de uma doença.

Para MA2, o que vai ser um fator para a manutenção da prática é a questão da medicação. A farmácia do estado já está pronta, mas ainda não tem condições de manter nem os profissionais ou os medicamentos por causa da crise. Quando abrir, pelo menos se terá acesso ao medicamento homeopático. Considera ainda que outras terapias antroposóficas também deveriam estar inseridas no SUS como a massagem e a terapia artística, que são as mais utilizadas.

Para Hom1, é importante melhorar a integração entre o conjunto de profissionais. Também precisa ser trabalhada a questão da ausência dos pacientes, a comunicação com o paciente, pois alguns são encaminhados sem nem saber o que é a homeopatia. Parte da população tem resistência e acaba preferindo o remédio alopático. Outra questão é a espera pela implantação da farmácia homeopática, pois houve uma época que tinha um convênio com uma farmácia particular, mas não foi renovado. Assim, os pacientes precisam comprar o medicamento, e isso gera mais resistência por conta da questão financeira. Mesmo que seja mais caro, tratar com o medicamento homeopático ainda é uma vantagem em relação ao alopático, pois o efeito do homeopático dura por mais tempo.

Para Hom2, a questão da estrutura física não aparece tanto, e fica parecendo que outras coisas são mais urgentes, o que acaba levando às vezes a atender em lugares inadequados. Apesar disso, a gerência é acessível e apoia a homeopatia. Há um bom número de encaminhamentos, mesmo de outros postos de saúde de referência.

Segundo Acu1, é difícil que ocorra um retrocesso da prática, pois considera que já houve a conquista do espaço. O que precisa acontecer é a contratação de mais um profissional acupunturista para que a lista de espera não fique tão longa. Ainda segundo, Acu1, os pacientes crônicos se beneficiam com um ciclo anual. Mesmo em casos de artrose grave, fibromialgia, se percebe uma boa melhora. Aqueles que podem retornar, que são os pacientes do segundo, terceiro e quarto ciclo, no espaço de 1 a 2 anos, voltam bem melhores. Como tem um NASF em cada micro área, seria muito bom ter um profissional de acupuntura em cada um, sendo que os profissionais das PICs (no caso do PRHOAMA) são na verdade parte da equipe de NASF.

Para Acu2, existem desafios para aperfeiçoar o atendimento. Se disponibilizasse mais uma sala, poderia otimizar o atendimento e receber mais pacientes, mas existe uma limitação da estrutura física. Fora isso não tem outras queixas. Considera que o maior ônus é o deslocamento do paciente, e para facilitar tenta marcar junto com consultas das outras especialidades oferecidas onde atua.

Apesar do otimismo para a efetivação do programa, há o reconhecimento de que não é prioridade na gestão municipal. Em questão de números, estes são ainda tímidos quando se pensa no tamanho da demanda do SUS-BH e no número de profissionais disponíveis para atendimento.

Sobre as estratégias para sanar os desafios que existem para aprimorar a política, para a gestão do PRHOAMA, o matriciamento ajuda na integração com equipes e NASF. Também tem a Participação no Fórum GEAS, semanalmente. Tem o estímulo do Plano Municipal de Saúde. E membros do PRHOAMA participam do Grupo de Promoção de Saúde e também participaram do seminário e publicação dos 21 anos do programa. Foram estabelecidas metas para o período de 2014 a 2017.

A participação nos matriciamentos é importante para reavaliar constantemente as necessidades da população. A participação nos fóruns e grupos de discussão também contribui para a compreensão de como a gestão de atenção básica está acontecendo e como o programa se enquadra na mesma.

No quesito da avaliação da política, segundo a gestão do PRHOAMA, se questiona sobre o porquê de uma política ter sido escolhida, ao invés de outra. Essa decisão tem valores e critérios políticos que podem ocorrer antes do início das atividades ou durante a implementação.

Sobre a relação de custo-benefício, a gestão do PRHOAMA considera que o custo de atendimento é mais baixo e que a ação do programa diminui demanda de atendimentos nas unidades de saúde. Apesar de não haver dados concretos que embasem, essa é uma percepção da gestão do programa.

Um sistema de avaliação dos efeitos das práticas é muito importante para comparar os dados tanto de quantidade como de qualidade dos atendimentos. Evidencia se as práticas estão contribuindo ou não com o estado de saúde da população.

Para fins deste trabalho, pretende-se conhecer se os programas no município de Belo Horizonte possuem esse tipo de sistema, para que seja mais evidente o que pode ser melhorado e o que já está funcionando bem. Essa questão foi levantada para os profissionais de saúde.

Segundo MA1, não existe esse sistema. Tem sido feito um trabalho acadêmico com a acupuntura e a medicina antroposófica, e que já foi feito com a homeopatia.

Para MA2, não existe um sistema formal, também relata a pesquisa que estão fazendo, mas enfatiza que é uma pesquisa qualitativa. Considera que uma avaliação quantitativa em relação às PICs é mais complicada.

Segundo Hom1, o trabalho que já foi realizado com a homeopatia, de uma pesquisadora da UFMG, a conclusão foi de que o trabalho é positivo, mas não existe uma metodologia regular de avaliação. Essa pesquisa foi feita em 2010.

Já Hom2 diz que não existe nenhum instrumento padronizado do PRHOAMA, mas que seria interessante que tenha. O paciente poderia responder enquanto aguarda na recepção.

Segundo Acu1, existe essa pesquisa em andamento. "É um questionário sobre qualidade de vida. Os profissionais não sabem muito os detalhes pois é um estudo cego".

Acu2 diz que até onde sabe não existe nenhum sistema de avaliação, e que ela mesma não o faz.

Após análise da percepção de gestores e profissionais do PRHOAMA, pode-se observar fatores facilitadores e obstáculos em suas fases de análise de políticas públicas conforme Quadro 3.

Quadro 3 - Potencialidades e Obstáculos do PRHOAMA.

(continua)

PROGRAMA	PRHOAMA			
Fases de análise	Reconhecimento	Formulação	Implementação	Avaliação
Potencialidades	Constituição Federal de 1988, com a implantação do SUS	Gasto atual do município restrito à folha de pagamento dos profissionais do programa	Organização das especialidades antes isoladas e agora num mesmo programa	Boa aceitação das práticas pelas gerências locais e pela população
	Lei Orgânica do Município de Belo Horizonte em 1990		Programa ligado ao NASF (matriciamentos)	Boa oferta de material e insumos no caso da acupuntura
	Diagnóstico de profissionais já atuantes nas práticas na rede de saúde		Reunião semanal da equipe gestora	Atuação na atenção primária facilita acesso da população
	Concursos públicos para especialidades médicas integrativas		Reunião mensal com todos os profissionais do programa	Percepção pelos profissionais dos benefícios alcançados pela população com a atuação do programa
			Incentivo da PEPIC	
			Construção da Farmácia Pública Municipal e Medicamentos homeopáticos, fitoterápicos e antroposóficos	Aumento do número de encaminhamentos para atendimentos no programa

Quadro 3 - Potencialidades e Obstáculos do PRHOAMA.

(continuação)

PROGRAMA		PRHOAMA		
Fases de análise	Reconhecimento	Formulação	Implementação	Avaliação
Obstáculos	Organização dos dados para efetivação do programa	Falta de embasamento por indicadores de saúde	Farmácia ainda não está em funcionamento	Falta de dispensação de medicamentos homeopáticos, antroposóficos e fitoterápicos pela rede municipal de saúde
		Não houve meta inicial, atualmente é de um profissional do programa em cada posto de saúde	Necessidade de sensibilização do restante das equipes para aumentar e otimizar os encaminhamentos	Falta de valorização das práticas em contraste com modelo biomédico
		Falta de uma política municipal de PICs	Não são disponibilizados recursos para capacitação dos profissionais fora da rede SUS/BH	Número significativo de faltas nas consultas
	Esforço para implantação da Fitoterapia			Dificuldade inicial de alguns profissionais para organização estrutural de seus atendimentos
				Necessidade de maior divulgação das práticas
				Rotatividade de outros profissionais de saúde não concursados
				Necessidade do aumento do número de profissionais no programa
				Falta de incentivo financeiro da PNPIC

Quadro 3 - Potencialidades e Obstáculos do PRHOAMA.

(conclusão)

PROGRAMA		PRHOAMA		
Fases de análise	Reconhecimento	Formulação	Implementação	Avaliação
Obstáculos				<p>Baixa frequência das racionalidades médicas presentes no programa na graduação dos profissionais de saúde</p> <p>Falta de um sistema padrão para avaliação do programa tanto quantitativo quanto qualitativo</p>

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas.

No caso do PRHOAMA, os facilitadores para sua implantação foram a legislação: Constituição Federal e Lei Orgânica do Município, além do diagnóstico realizado de profissionais já atuantes, e da abertura de concurso público para as especialidades médicas do programa. As reuniões semanais da gestão do programa, mensais entre os profissionais executores e os matriciamentos com as equipes de saúde beneficiam a implementação do programa. O acesso da população através da atuação dos profissionais na atenção primária, a boa oferta de insumos para a acupuntura e a boa aceitação das práticas pelas gerências locais e pela população, são pontos favoráveis ao programa.

Enquanto isso, o número de obstáculos na fase de avaliação é significativo. Dentre eles, a necessidade da oferta de medicamentos solicitados pelas especialidades médicas do programa pela rede pública, a falta de valorização das práticas em contraste com o modelo biomédico, a dificuldade de organização estrutural para alguns profissionais, o número significativo de faltas dos pacientes, a necessidade do aumento de profissionais no programa para atender a demanda em algumas especialidades, a falta de um sistema de avaliação qualitativa e quantitativa do programa, a rotatividade dos profissionais não concursados que acabam não encaminhando pacientes já que não tem tempo de serem sensibilizados, a falta de exposição dos alunos de graduação da área da saúde a outras racionalidades médicas e a falta de incentivo financeiro da PNPIC, são os destaques das dificuldades do programa e que pode ser referência na busca de melhorias.

5.2 LIAN GONG EM 18 TERAPIAS

Outro programa existente integrante nas PICs em Belo Horizonte é o do Lian Gong em 18 Terapias (LG18T). Essa prática está no ramo de práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa, que é realizada em todo o mundo. No Brasil, essa técnica chegou em 1987, pela professora Maria Lúcia Lee, da Unicamp. Através da observação dos benefícios conquistados com a prática, Belo Horizonte passa a oferecê-la, assim como outros municípios brasileiros como Campinas, São Paulo e Brasília.

Segundo Hanashiro e Botelho (2011), essa técnica foi desenvolvida pelo médico ortopedista Zhuang Yuan Ming, na década de 70, com o objetivo de tratar e prevenir síndromes dolorosas no pescoço, ombros, na região lombar e nas pernas, assim como outros problemas crônicos de saúde.

Por conta do êxodo rural que ocorria na China na época de seu desenvolvimento, o Dr. Zhuang observava que muitos pacientes que deixaram o campo e agora trabalhavam em fábricas apresentavam dores constantes e que, por mais que seu tratamento fosse eficaz, não era duradouro. Unindo conhecimentos da Medicina Tradicional Chinesa, da massagem (Tuiná), das artes marciais e da Cultura Chinesa, ele desenvolveu o LG18T. Através de uma sequência didática de exercícios, a adesão do povo chinês foi grande, e com a comprovação dos benefícios o governo chinês adotou a técnica em seu sistema público de saúde, enquadrando-se dentro da Medicina Tradicional Chinesa (HANASHIRO; BOTELHO, 2011).

Essa prática se encaixa na prevenção e promoção da saúde, podendo ser executada pelas diversas faixas etárias, por ser uma atividade física leve, com movimentos suaves e firmes. Em sua nomenclatura podemos compreender que o termo Lian significa treinar, exercitar, enquanto Gong significa refinar, atingir nível elevado de habilidade, aprimorar, trabalho persistente. Por isso, é constante a melhoria dos movimentos com o tempo de prática (HANASHIRO; BOTELHO, 2011).

Dentre os objetivos da prática estão: alongar tendões e ligamentos, dissolver as tensões musculares, trabalhar os espaços articulares e a coordenação motora, estimular a percepção dos sentidos, corrigir a postura física. Além disso, outros benefícios percebidos por seus praticantes são a melhoria da qualidade do sono, do funcionamento dos órgãos, aumento da disposição, controle de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, e a prevenção e tratamento de dores em geral (HANASHIRO; BOTELHO, 2011).

A Medicina Tradicional Chinesa trata o corpo como algo vivo, composto por emoção, alma e espírito, defende uma interação entre mente e corpo, e sua prática corporal protege contra o desequilíbrio e as doenças. Com a prática do Lian Gong o corpo vai se tornando mais forte e os movimentos mais refinados, o que está em consonância com a abordagem do cuidado integral e com uma nova cultura em saúde (HANASHIRO; BOTELHO, 2011).

O programa do Lian Gong em Belo Horizonte, se iniciou em 2007, visando ampliar o oferecimento de atividade física nas Academias da Cidade¹⁵, que se iniciaram em 2006 para atender os postos de saúde, contando até 2011 com 30 Academias da Cidade. A prática do LG18T pode ocorrer não só no Centro de Saúde, mas também em seu entorno, como em escolas, pátios de igrejas, praças e parques, permitindo fácil acesso à população por serem realizadas próximo de suas casas. Tanto o programa LG18T quanto o programa de Academia da Cidade são orientados pela Política Nacional de Promoção da Saúde e ajudam na integralidade das ações da ESF de Belo Horizonte¹⁶ (HANASHIRO; BOTELHO, 2011).

Dentre as preocupações com a saúde pública estão as Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT), que já representam a maior causa de óbito no Brasil, além de poderem provocar incapacidades e alto custo na utilização dos serviços de saúde. Com o envelhecimento da população, mais pessoas ficam suscetíveis às doenças crônicas, sendo que no município de Belo Horizonte houve aumento de idosos na população, que em 1980 era de 5,4%, em 1991, de 7,2%, e no ano de 2000, estava em 9,1% (HANASHIRO; BOTELHO, 2011).

Foi definida meta em relação à participação de idosos na prática do Lian Gong, através do Programa de Atendimento ao Idoso, para o oferecimento de 630 vagas para este público até 2012, sendo alcançado já em 2011, já com 2.447 vagas (HANASHIRO; BOTELHO, 2011).

Em Belo Horizonte são realizadas capacitações dos profissionais de saúde lotados nas unidades de saúde. Eles são selecionados por apresentarem perfil favorável para atendimentos coletivos e facilidade de interação com a comunidade, segundo os gestores, e isso facilita a manutenção e execução da prática. Para capacitar esses profissionais, a Secretaria Municipal de

¹⁵ As Academias da Cidade ocorrem em Belo Horizonte desde 2006, sendo uma iniciativa da secretaria Municipal de Saúde. A rede de academias tem como objetivos contribuir na melhoria da qualidade de vida e na promoção da saúde. Cada pessoa pode fazer uso até três vezes na semana, e passa por avaliação física antes de iniciar as atividades. Os usuários são acompanhados por educadores físicos, nutricionistas e fisioterapeutas dos NASFs (site PBH).

¹⁶ A Política Nacional de Promoção da Saúde, que reforça o Pacto em Defesa da Vida, dentro da Agenda de Compromisso pela Saúde de 2005, tem como um de seus objetivos o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados pelo SUS, sobretudo na ESF (BRASIL, 2010).

Saúde de Belo Horizonte (SMSA/PBH) contratou o Instituto Mineiro de Tai Chi e Cultura Oriental (BH/MG), e realiza formação, avaliação e treinamento de manutenção da técnica.

O programa contava, após a formação da quarta turma de profissionais, com 165 locais de prática, dentre eles os Centros de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Centros de Convivência, entre outros lugares, segundo relato da gestão de Lian Gong.

Além da população em geral, os trabalhadores das unidades são estimulados também a se beneficiar com a prática. Os pacientes com doenças ou dores crônicas, idosos e portadores de sofrimento mental são incentivados a participar. Dentre os benefícios mais destacados em pesquisa de avaliação de resultados foram de acordo com Gomes (2011)¹⁷: diminuição ou melhoria de dores, melhora na qualidade do sono e na mobilidade, maior disposição para execução das tarefas diárias, redução do uso de medicamentos e maior socialização.

Desses, 90% eram mulheres, 51% na faixa etária entre 50 e 79 anos, 7% acima de 80 anos. Dentre as patologias destacam-se que 32% são hipertensos, 27% relataram ter doenças osteomusculares, e ainda pode-se observar as queixas de cansaço (11%), de insônia (10%) e tristeza (8%). Em relação à dor, antes da prática, somente 22% não relataram ter dores. Após frequência na prática, esse percentual subiu para 46%. Dos 36% que iniciaram com queixa de dor forte, somente 1% permanecia com a dor referente (GOMES, 2011).

Ainda segundo Gomes (2011), em relação ao uso de medicamentos como analgésicos, anti-inflamatórios, antidepressivos e ansiolíticos, houve redução de uso em 60% dos casos e 25% deixaram de fazer uso, demonstrando inclusive uma redução de custos financeiros para o serviço público pela melhoria da qualidade de vida da população, com a redução de até 70% da procura pelos serviços da Unidade de saúde.

Alguns desafios foram relatados para a realização da prática. Alguns profissionais de saúde têm dificuldade na liberação de sua ocupação original para a execução da prática do LG18T, e nem todas as equipes de saúde estão sensibilizadas para encaminhar os pacientes para essa atividade.

¹⁷ Essa pesquisa foi realizada em 2011, com cerca de 10% da população praticante, num total de 496 questionários respondidos (GOMES, 2011).

5.2.1 Reconhecimento de um problema/montagem da agenda

A ideia que estimulou a discussão do Lian Gong como prática de promoção de saúde foi a Academia da Cidade, que depois se tornou Academia da Saúde em 2006, embasadas na Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada pela Portaria 687 de 2006, que coloca a necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para Promoção da Saúde em consonância com os princípios do SUS. Segundo Brasil (2006c), por conta da Academia da Saúde foi possível uma maior aproximação e acesso mais fácil pela população através dos Centros de Saúde.

Em 2007, ocorreu uma mudança na gestão e o programa do Lian Gong então iniciou sua implantação, e segundo a atual gestão direta do programa (ativa desde 2009), com apoio desde a coordenação de atenção básica, até o gabinete do secretário de saúde. A manutenção da gestão direta do programa, responsável por sua administração, ajuda na percepção dos desafios que ocorriam anteriormente e vão sendo sanados de acordo com a necessidade.

5.2.2 Formulação da política e tomada de decisões

Em relação à formulação, no caso da gestão do Lian Gong, a justificativa foi trazer uma atividade que pudesse combater a obesidade e o sedentarismo. Para isso foram utilizados dados do Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), que avalia dados sobre doenças crônicas não transmissíveis e envelhecimento.

Neste diálogo foram apresentados dados com uma fonte estatística. O Vigitel avaliou dados sobre a população de diversas capitais, incluindo de Belo Horizonte, sobre tabagismo, excesso de peso e obesidade, consumo alimentar, atividade física, consumo de bebidas alcoólicas, hipertensão arterial e diabetes. No Vigitel de 2006, a população de adultos (>18 anos) com obesidade (IMC>30) de Belo Horizonte era de 8,7%, com excesso de peso (IMC>25) 37,1% e de inativos (sedentários) com taxa de 30,6% (BRASIL, 2007). Com esses dados justificaram a importância da oferta de práticas corporais para ajudar no emagrecimento e melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2007). Apesar das políticas de promoção de saúde, o número de população acima do peso e sedentária continua crescendo. Em 2016,

nova pesquisa do Vigitel demonstrou que em Belo Horizonte houve aumento da população acima do peso, de 37,1% para 49,6%; de obesos de 8,7% para 16,6%, e de inativos teve uma redução de 30,6% para 13,2% (BRASIL, 2017). Apesar do número de obesos e pessoas com excesso de peso ter aumentado, a diminuição da inatividade física deve ser um fator avaliado pela gestão de saúde do município, para verificar se práticas como o Lian Gong estão dentre os estímulos para essa mudança. Esses dados estão expostos na Tabela 1.

Tabela 1 - Comparativo Vigitel de 2006 e 2016.

Categorias questionados no Vigitel	2006	2016
Excesso de peso (IMC>25)	37,1%	49,6%
Obesidade (IMC>30)	8,7%	16,6%
Inatividade Física (sedentarismo)	30,6%	13,2%

Fonte: Adaptada de Brasil (2007, 2017).

Para a gestão do Lian Gong, o maior investimento do programa é com a capacitação dos profissionais. Segundo a gestão do Lian Gong, cada capacitação foi em média de 1.200 reais por ano, por profissional. Segunda gestão do Lian Gong, em relação ao espaço para a prática requer piso plano, de preferência em contato com a natureza e sombreado para ser adequado. Para melhorar a oferta desses espaços é interessante a criação de novos parques e jardins, ocupando e valorizando também os espaços já existentes. Quanto à formação dos profissionais, existe um contrato com a escola formadora (Instituto Mineiro de Tai Chi e Cultura Oriental), através da compra de serviços. Para capacitação são necessárias 120 horas e são também oferecidas 4 horas mensais para manutenção. Essa formação tem apoio da Secretaria de Estado.

Para a gestão do Lian Gong a prática tem, como incentivo para sua continuidade, a política de Saúde do Trabalhador, dentro do chamado QVT (Qualidade de Vida do Trabalhador) e o programa Vida Ativa, que atende população idosa.

5.2.3 Implementação da Política

No quesito gerencial, essa responsabilidade fica centrada nos dois gestores do programa: "as coordenadoras do programa têm o desafio de administrar 9 distritos, através do Academia

da Cidade. O Lian Gong não tem referência distrital." (GLiG)¹⁸ Isso quer dizer que se não têm uma referência distrital, a gerência se concentra na Secretaria de Saúde.

Foi relatado pela gestão que os executores têm manutenção mensal, mas não se tem relatos de que participem do gerenciamento do programa, observando a entrevista dos gestores e dos profissionais.

Em relação ao quadro gerencial, no caso do Lian Gong, "a gerência está lotada na gerência da Assistência da Atenção Primária do SUS-BH, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), e no NASF. As decisões são tomadas em conjunto, com essas instâncias." (GLiG)

Sobre a organização dos dados de controle e sistema de informações da política, referentes ao programa, segundo a gestão do Lian Gong,

[...] está num momento de transição do sistema. Até o momento os dados são anotados manualmente: número de praticantes geral e número de idosos. Também é realizada ficha de cadastro e lista de presença. O instrutor ou praticante podem realizar a lista e é arquivada. Depende da disponibilidade e das condições (GLiG).

Existe a preocupação tanto de conhecer o número total de participantes, e em específico de idosos, porque o programa tem como um de seus objetivos o trabalho com a população idosa. Esse registro de presença depende de como o profissional executor consegue se organizar na orientação aos alunos e nas questões burocráticas.

No caso do Lian Gong, o sistema de acompanhamento está em migração para o E-SUS. O próprio instrutor ou um dos praticantes faz a lista de participantes, que posteriormente chega à gestão.

O atendimento, segundo o gestor do Lian Gong, é realizado demanda ela pode ser espontânea ou por encaminhamento. Há limitação por conta de espaço ou da quantidade de praticantes." Como é uma atividade coletiva, facilita que os profissionais possam encaminhar diretamente para prática, ou que a busque de maneira espontânea.

Em relação ao processo de implementação, o Lian Gong, segundo o gestor, teve "início com as gestoras e atualmente com instrutores e população." Esse envolvimento da população é posterior à implementação e ocorre por conta da fidelização que os próprios usuários defendem a continuidade da prática em seu território.

A gestão do Lian Gong disse que "são formadas novas turmas por ano. Hoje são 495 instrutores formados. Os trabalhadores estão envolvidos desde 2007".

¹⁸ Gestão de Lian Gong.

O número de profissionais capacitados é bem significativo, e em muitos locais (postos de saúde, parques, escolas, quadras, que são cedidos para a realização da atividade) a prática está consolidada. É necessária uma avaliação, se a quantidade de profissionais e sua distribuição é suficiente para atender a demanda da população e isso pode ser organizado com um controle e avaliação da prática.

Considerando a entrevista dos profissionais, para LiG1, não houve dificuldades quando iniciou a oferta da prática, pois outro profissional já oferecia no setor, e suas sessões vieram para somar na oferta à população. Considera que falta um local mais adequado e próprio à realização, e também precisa aumentar o número de encaminhamentos por parte dos outros profissionais. Diz não ter uma meta específica de atendimentos.

LiG2 também diz não ter uma meta específica de atendimentos. Considera que a melhora dos pacientes é por conta da socialização e movimentação. Não tem problemas para executar a prática já que a gerência liberou para a realização dos grupos, fechando sua agenda nos horários para privilegiar a prática.

LiG1 relata em média atender 65 pessoas por dia, sendo que são dois grupos, com em torno de 25 pessoas cada. Por mês, por volta de 520 pessoas participam dos grupos. LiG2 atende em torno de 180 a 200 pessoas por mês, numa média de 16 pessoas por dia.

Ambos entrevistados, relatam não ter uma meta específica. O acesso da população é livre, já que é uma prática coletiva, de acesso mais fácil. Como exposto pela gestão de Lian Gong, se o número for muito grande, pode ser indicado uma divisão de grupos, para que não prejudique que o instrutor esteja atento à execução dos participantes. Outro desafio é o local de prática que precisa ser muitas vezes negociado com outros setores, além da saúde, para que o local seja disponibilizado. Outra questão é a disponibilidade de realização das práticas pelos profissionais, já que os mesmos não são exclusivos do programa de Lian Gong, e precisam de autorização da gerência local para liberação de sua agenda de atuação de origem (de acordo com sua especialidade, como por exemplo, assistente social, psicólogo, entre outros).

As atividades coletivas oferecem mais vagas, segundo relato dos profissionais. No caso do Lian Gong, a adesão da população tem sido significativa e constante, segundo a gestão e os profissionais.

5.2.4 Avaliação da Política

Nessa avaliação de implantação ou implementação, são observados os processos, comparando o pretendido e o esperado, identificando os atores estratégicos, fatores facilitadores e obstáculos, estratégias, subprocessos e os estágios no qual a implementação se encontra.

De acordo com os profissionais do Lian Gong, para LiG1¹⁹, é necessário que a população reconheça mais os benefícios da prática, e assim como os profissionais de saúde, para que encaminhem e orientem os pacientes.

Para LiG2, apesar da credibilidade que o programa já tem, é preciso mais tempo para estudo e para ficar com os alunos, sobretudo para tirar dúvidas, já que o tempo de liberação para a prática é somente para a execução, é contado.

Quanto à capacitação, no caso do Lian Gong, em algumas unidades o profissional não tem tempo necessário para estudo e pouco tempo com os participantes, e considera que precisaria de mais tempo para uma melhor oferta da prática.

Em relação aos benefícios esperados, a gestão do Lian Gong se baseou em dados quantitativos do Vigitel e tinha como foco trabalhar a questão do sedentarismo e da obesidade, que são fatores de risco para a qualidade de vida das pessoas.

Quanto à meta, a inicial foi alcançada rapidamente, que era atingir 10.000 pessoas, e hoje é a de aumentar os espaços de oferta da prática, com os profissionais capacitados nas diversas equipes de saúde do município. Os recursos foram investidos na capacitação dos profissionais e ainda são necessários para a manutenção. Também não há ameaça de interrupção do programa e a gestão considera que há boa divulgação e fidelização dos participantes (GLiG).

Tanto gestores como os profissionais consideram que o programa tem boa divulgação, fidelização e apoio da gestão e da população. Os profissionais acrescentam a necessidade de mais capacitação entre os profissionais de saúde para melhorar os encaminhamentos e mais tempo de dedicação (para estudo e orientação dos usuários) à prática para melhorar sua oferta.

Quanto à avaliação dos resultados, a gestão do Lian Gong considera que, "Quantitativamente ainda está aquém. Qualitativamente a gente observa a satisfação do usuário pelo aumento das consultas."

Segundo LiG1,

¹⁹ Instrutor de Lian Gong.

[...] as pessoas vão percebendo as melhoras e não param com o acompanhamento. Chegam a recuperar movimentos que já estavam com dificuldade de executar por conta do envelhecimento ou sedentarismo. Também há melhora nos quadros de depressão, dor, insônia. É importante a sensação de que fazem parte daquele grupo.

São observadas por LiG2 melhoras nos quadros de ansiedade, dores, problemas de sono. "Deixam de necessitar de certos medicamentos, sobretudo os usados para dormir. Quando chegam no grupo às vezes estão tristes, cabisbaixos, mas com o tempo vão se desabrochando".

Nos dois relatos são colocados vários benefícios: contra a depressão, ansiedade, dores, insônia. O sentimento de pertencer ao grupo também é colocado como algo importante. Outro grande benefício é não terem mais a necessidade de fazerem uso de medicamentos, o que indica melhora na qualidade de vida e redução dos gastos com saúde, o que vai ao encontro do que foi dito pelo gestor.

Para a gestão de Lian Gong, os facilitadores do programa são: a Portaria da Vigilância em Saúde que visa a Promoção em Saúde; a complementação financeira municipal pelo Fundo Municipal de Saúde, que o gabinete consolidou; a adesão e fidelização dos praticantes, e a participação e compromisso dos instrutores.

Os obstáculos segundo a gestão do Lian Gong são: a supervisão e gerenciamento para a prática (sem exclusividade, ou seja, os profissionais que executam Lian Gong não se reportam somente à gestão de Lian Gong, já que são profissionais de outras áreas também); os gerentes locais que ficam responsáveis pela liberação, organização do deslocamento dos profissionais, o que pode gerar impedimentos ou dificuldades para liberação dos mesmos.

De acordo com LiG1, é preciso um trabalho global com o centro de saúde, como a liberação do tempo e da gerência local para executar a prática do Lian Gong. E que tenham a consciência de que o horário do Lian Gong não deve ser alterado para que se participe de reuniões, pois é muito difícil avisar os alunos se não for ter a prática. Quando se fala de promoção da saúde, pode se considerar que o Lian Gong já é uma prática implantada. Outra dificuldade é que o posto de saúde não tem espaço para realização das atividades, com isso é necessário a utilização de outros locais dentro da comunidade.

A avaliação sobre o investimento financeiro feito pelo município e a quantificação em números, segundo a gestora do Lian Gong afirma não ter estudo sobre o assunto. A falta desses dados dificulta a análise estatística e financeira, que seria importante para reforçar as práticas e seus benefícios.

A avaliação formativa visa perceber quais foram os problemas durante a fase de implementação da política, para dar *feedback* aos atores envolvidos de como se adequar e superar esses aspectos (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Nesse sentido, a gestão do Lian Gong relata que se utiliza da divulgação, através de panfletos e cartazes nas unidades, informando e convidando a população para a prática, e sensibilização para que mais pessoas conheçam e participem das atividades, ou no caso dos profissionais, que encaminhem pacientes para realizar a prática. Quanto à avaliação da prática junto aos beneficiários, são feitos levantamentos dos indicadores de promoção da saúde e vigilância em saúde. As oficinas e outros eventos podem ajudar na divulgação e reconhecimento do programa. O apoio da secretaria e outras fundações também é fundamental, segundo a gestora.

Para a gestão do Lian Gong, o programa foi possível por conta da mudança de paradigma, que passa a visar a Promoção da Saúde. Os gestores locais verificam os 20 indicadores de promoção de saúde, ligados à atividade física e à prática corporal. Existe ainda, o Plano de Fortalecimento da Vigilância em Saúde. São realizadas oficinas, eventos, seminários e estimulados que ocorram trabalhos acadêmicos para contribuir com o programa. Tem apoio da Secretaria Adjunta de RH, Adjunta de Segurança Alimentar e FUNASA (Fundação Nacional de Saúde).

Segundo LiG1, têm como controle a lista de chamada. Foi aplicado um questionário, parecido com a pesquisa anterior sobre o Lian Gong, nos agentes de endemia e nos ACSs, que foi orientado a ser aplicado novamente dali 6 meses.

Sobre o método escolhido para a implantação, para a gestão do Lian Gong, a escolha foi por conta de uma discussão entre a gestão e o instituto que capacitou os profissionais. É uma prática que necessita de capacitação e manutenção constante para manter sua qualidade. Isso tem se mantido, mas necessita de constantes acordos financeiros com a gestão municipal para que a parceria com a instituição que realizou as capacitações e hoje faz a manutenção continue.

Segue abaixo o Quadro 4, sintetizando os facilitadores e obstáculos de cada fase da análise de políticas públicas, do programa de Lian Gong em 18 Terapias de Belo Horizonte:

Quadro 4 - Potencialidades e Obstáculos do Lian Gong.

PROGRAMA		LIAN GONG EM 18 TERAPIAS		
Fases de análise	Reconhecimento	Formulação	Implementação	Avaliação
Potencialidades	Política Nacional de Promoção de Promoção da Saúde	Uso dos dados do Vigitel para justificar a implantação do programa	Controle do número de usuários idosos e participantes ao todo	Boa divulgação da prática entre os usuários e em material impresso
	Academia da Saúde		Facilidade de encaminhamento, sendo possível ser por demanda espontânea	Percepção dos benefícios que os usuários recebem com a prática pelos profissionais executores
	Apoio da gestão municipal	Meta de alcance de 10.000 usuários (dentro do esperado)	"Fidelização" dos usuários que defendem a manutenção da prática no território	Participação e compromisso dos instrutores
	Transição positiva da gestão direta do programa e manutenção da atual gestão	Expectativa de disponibilidade de diversos lugares para execução da prática	Número expressivo de profissionais formados para oferta da prática Meta inicial alcançada	Consolidação do Fundo Municipal de Saúde como complementação financeira
Obstáculos	Custo financeiro de formação dos profissionais e manutenção da capacitação	Nem todos os postos de saúde têm espaço para a execução, e os espaços em torno precisam ser muitas vezes negociados	Gerenciamento centrado na Secretaria de Saúde, sem coordenação distrital	Necessidade que o instrutor tenha mais tempo para tirar dúvidas dos alunos e liberação para mais tempo de estudo, na dependência de liberação das gerências locais
			Sistema de controle de dados em transição	
			Pouco tempo disponível para registro de informações pelo profissional executor	Necessidade de mais capacitação dos demais profissionais para encaminharem mais praticantes
			Número ainda baixo de encaminhamentos por outros profissionais	Falta de quantificação do investimento feito pelo município e benefícios alcançados com a prática
			Alguns profissionais instrutores têm dificuldades em liberação para execução da prática	

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas.

Dentre os principais facilitadores estão a Política Nacional de Promoção da Saúde e o apoio da gestão municipal. Os dados estudados do Vigitel ajudam na identificação dos efeitos na qualidade de vida da população. O número de profissionais capacitados contribui para a efetivação do programa, além da "fidelização" dos usuários e divulgação do programa. Dentre os obstáculos, a questão do espaço de prática é apontada, assim como a liberação dos profissionais para executarem a atividade ainda é um fator dificultador em alguns setores. A organização de um sistema de dados para destacar os efeitos do programa também é uma estratégia a ser trabalhada.

5.3 TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

O terceiro programa que foi implantado no município de Belo Horizonte dentro das PICs é a Terapia Comunitária Integrativa (TCI). Essa prática, segundo Carvalho et al (2013), foi criada em 1987, pelo psiquiatra e antropólogo Adalberto de Paula Barreto, em Fortaleza, no Ceará. Ela vem como uma proposta para construção de redes sociais solidárias, possibilitando um espaço para a exposição de problemas e inquietações, que serão trabalhados através do diálogo a fim da busca de soluções. Favorece e fortalece a criação de vínculos e a autonomia dos indivíduos, permitindo a ressignificação de dores e perdas, pela troca de experiências do grupo.

Existem cinco pilares norteadores da TCI: Pensamento Sistêmico (crises e problemas individuais devem ser compreendidos no contexto biológico, psicológico e social), Pragmática Da Comunicação de Watzlawick (ressalta a importância da comunicação seja verbal ou não verbal para unir os indivíduos socialmente), Antropologia Cultural (evidencia as diferentes culturas, visando o encontro, a aceitação e busca da identidade), a Pedagogia de Paulo Freire (considera que todos têm conteúdos e experiências para trocar, podendo ensinar e aprender, e propõe a ação e reflexão para se intervir no mundo) (CARVALHO et al., 2013).

Para a realização da prática é necessário um local reservado, sem necessidade de outros recursos financeiros além da capacitação.

5.3.1 Reconhecimento de um problema/montagem da agenda

A TCI em 2008 passou a ser discutida no Ministério da Saúde, passando a fazer parte das práticas integrativas contempladas pela PNPIC. Foi aprovada na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, em 2010, como estratégia incorporada às PICs, e incentivada a ser implantada na atenção primária em saúde.

O Ministério da Saúde em parceria com os departamentos de atenção básica passou a financiar a formação de turmas para capacitação de profissionais. Através da entrevista com a gestão de TCI, em Belo Horizonte, o incentivo para a implantação do programa veio também com o apoio de profissionais de saúde da própria Secretaria de Saúde do município. Assim, a TCI quando inserida na PNPIC tomou forma e entrou como agenda decisória, e foi possível sua implantação no município de Belo Horizonte.

5.3.2 Formulação da Política e Tomada de Decisões

Segundo a gestora de TCI, os médicos sanitaristas foram os precursores da prática no município:

Belo Horizonte possui um grupo de sanitaristas que buscam por práticas complementares, profissionais que têm constituído um marco de mudança. Temos implantados todas as práticas. Foi a percepção de que o modelo hospitalocêntrico não deixa as pessoas saírem daquele lugar. Os sanitaristas perceberam a oportunidade de buscar algo centrado na pessoa e não na tecnologia. Visando o autocuidado, o protagonismo do cuidado. Os cadernos do SUS serviram de base, no SUS de BH. A terapia comunitária iniciou em 2009. Os dados precisavam de validação nacional, indicadores que diziam que não era suficiente só o que estava instituído: a economia de escala, de escopo, de recursos humanos, farmácia e dispensação de medicação, em cima daquilo que não conseguia conquistar (GTIC).

Para a gestão do TCI, a meta inicial era implantar a prática no município. Como a rede de atendimento é grande considera que é difícil oferecer em todas as localidades (são 149 centros de saúde, em 9 distritos sanitários, que atendem cerca de 2.500.000 usuários). Já no primeiro ano de implantação se alcançou o que se propôs, ou seja, ao menos em algumas localidades a prática estava implantada.

Segundo a gestão da TCI, sobre os agentes implementadores, "Iniciou-se em 2009, na vigência da gerente da época e essa terapia se consolida e é implantada. E hoje é discutida pelo grupo condutor através da discussão técnica partilhada do ponto de vista das políticas de saúde pública, e depois é feita a operacionalização das decisões (GTIC).

Em relação à TCI, o custo do programa se concentra no início, segundo a gestão do programa, com a formação dos profissionais. Os grupos precisam de lugar adequado para a realização e do apoio dos demais profissionais no entorno para incentivar a participação da população.

A terapia integrativa comunitária não precisa de recurso para sua execução, não tem incremento de recursos, porque o recurso humano já está disponível. Por isso não é preciso equipamento de nenhum tipo de adicional. É preciso um momento e lugar reservado para a prática. O curso foi dentro do RH, dentro do que o SUS tem para oferecer. Foi ministrado por um grupo de fora da rede, que faz parte da ABRATECOM, formando 41 terapeutas. A formação ficou entre 150 e 200 mil reais. Serão formados mais 50 terapeutas, dos NASFs (GTIC).

Sobre a previsão de atuação, a gestão da TCI informou que o programa está em transição. Começou como programa piloto, mas nem todos os profissionais capacitados tinham perfil para exercer a prática. Alguns deixaram de oferecer pois não quiseram, houve também baixa por falecimento e aposentadoria. Onde ainda há profissionais, as rodas estão consolidadas, mas são poucos profissionais capacitados para atender as 149 unidades. Para a fase de transição, foi realizado um índice de vulnerabilidade, para a nova fase, onde serão capacitados profissionais dos NASFs, e as rodas serão oferecidas nestes locais onde houve maior chamado de violência. Também foi realizada parceria com o programa de DST/AIDS para incentivar pacientes que tiveram testagem positiva passem a participar das rodas de conversa.

A partir de 2016 existe uma expectativa que mais 50 terapeutas sejam formados, sendo estes integrantes dos NASFs do município (dados coletados em entrevista).

A gestão da TCI confia na continuidade do programa e também na necessidade de que o mesmo seja ampliado. Porém esse processo ainda aguarda a decisão política dos gestores municipais para priorizar e oferecer recursos para que a capacitação de mais profissionais seja realizada, o que pode ser um empecilho para sua realização a curto prazo. É importante que se apresente dados quantitativos dos benefícios alcançados pela população para que todos reconheçam esses números.

5.3.3 Implementação da Política

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) teve seu processo de implantação em Belo Horizonte iniciado em 2009, com a primeira capacitação de profissionais. Foram capacitados, pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM), 41 profissionais em Belo Horizonte, dentre eles 27 agentes de saúde e 14 de nível superior.

As vagas foram ofertadas de acordo com a disponibilidade e interesse dos participantes e depois foi feita uma análise de perfil para a capacitação. São realizadas reuniões mensais de educação continuada para troca de experiências entre os executores.

Segundo a gestão de TCI: "Essa formação demonstra uma inversão de modelo, já que normalmente está centrado na figura do médico e, no caso, envolveu outras categorias profissionais."

As rodas de terapia se iniciaram ainda de forma incipiente, mas segundo a gestora de TCI, já começou "indo além da lógica do comércio, numa organização em rede para fazer a gestão." Essa lógica além do comércio tem a ver com a possibilidade de cuidado em saúde além do uso de medicamentos e atendimentos individualizados. Para que o programa pudesse ocorrer seria necessária essa organização em rede para promover uma interação entre os setores até que a população se beneficiasse com a prática.

Em relação à estrutura organizacional, a TCI está ligada à coordenação da atenção primária em saúde (GTCl).

Quanto à tomada de decisões, no caso da TCI, existe uma reunião mensal com os condutores (profissionais que executam a prática) e essa é deliberativa (GTCl)²⁰. A organização dos dados e sistemas de informação da TCI, a gestora informou que ". São feitos os registros e decodificados para produção e lançados no sistema e-SUS²¹, e é feito o acompanhamento pela gestão" (GTCl).

²⁰ Gestão de Terapia Comunitária Integrativa.

²¹ "O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico". Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

Os atendimentos na TCI são realizados em sessões com periodicidade semanal ou de acordo com o combinado entre os participantes. Como é uma atividade coletiva, pode ser por demanda espontânea, ou encaminhamentos dos outros profissionais de saúde (GTCl).

Para TCII, cada profissional se organiza de uma maneira. No seu caso, os convites são entregues no acolhimento ou por outros profissionais. A equipe colabora imprimindo os materiais. Foi realizado trabalho de sensibilização para que os outros profissionais encaminhem os pacientes, reforçando a importância da promoção de saúde para evitar agravamentos futuros.

TCII atende por mês entre 80 a 90 pessoas. O mesmo procura atrair a população trabalhando temas e datas comemorativas. No caso de TCII2, são feitos 24 atendimentos por mês.

Em relação aos impactos e objetivos da política, a gestão da TCI diz que "É possível quantificar, mas não foi a proposta até aqui. Querem implantar, mas no futuro. Poderá ser feito estudos de cortes quantitativos, mas os qualitativos de hoje já dão uma ideia de que é um ótimo negócio".

Essa fase de implementação ajuda a observar a correlação entre a formulação da política e como vai sendo realizada a implementação da mesma. No caso da Terapia Comunitária Integrativa, a ideia inicial de implantar a prática foi realizada, mas pode-se dizer que o alcance frente à população é de difícil mensuração, já que os dados quantitativos não ainda passam por um estudo, para afirmar sua abrangência.

Existe uma diferença entre a oferta nos postos de saúde que a executam. Pela entrevista com os profissionais, alguns vivenciam maior dificuldade para oferecer a prática.

5.3.4 Avaliação da Política

Para avaliar como o programa tem atuado, os profissionais posicionam suas necessidades para a manutenção e melhora da execução do programa. Segundo TCI 1²² e TCI 2, é necessária uma maior divulgação das práticas, tanto em relação aos profissionais envolvidos quanto à comunidade. Além disso, TCI 2 aponta que também devem ser oferecidos

²² Terapeuta Comunitário Integrativo.

mais recursos materiais para a execução das rodas de conversa. TCI 1 ainda coloca a parceria com as outras práticas integrativas para trabalhar as questões físicas e emocionais em conjunto.

A partir das duas entrevistas, percebe-se que a divulgação surge como uma falha que precisa ser sanada, já que tanto profissionais que podem estar envolvidos, quanto a própria comunidade não estão cientes do trabalho que é realizado. A parceria entre as PICs é um ponto já discutido na entrevista com os gestores, quando falam da importância de uma gestão unificada das PICs BH, para que essa comunicação seja interativa, e os profissionais observam também essa necessidade.

Em relação ao que já foi alcançado após a implementação, a gestão de TCI expôs que a meta era a implantação no município, e hoje o programa está em fase de transição. Os recursos utilizados foram para capacitação dos profissionais. A gestão de TCI considera que o programa tem indicativos de que vai se manter, e está aguardando a nova fase de atuação.

Tanto gestores quanto profissionais percebem a importância da prática na melhoria da qualidade de vida da população. Os profissionais acrescentam que os recursos podem ser ofertados, sendo disponibilizados para a execução das práticas, com materiais para oficinas. Ou seja, o custo não é somente com a formação dos profissionais, existe a necessidade de manter a oferta de recursos materiais para as rodas.

Também destacam a questão da informação tanto da comunidade quanto dos outros profissionais de saúde em relação à prática. E novamente é enfatizada a necessidade de interação entre os programas de PICs seria também importante para uma resolubilidade mais completa para as questões de saúde da população.

Quanto à escolha dessa prática para ser implantada no município, para a gestão do TCI, tem vários estudos e publicações demonstrando os resultados e assertividade do uso da terapia comunitária integrativa. Foi verificado que essas publicações citadas pela gestão do TCI não são do município de Belo Horizonte.

Sobre os obstáculos, a gestão de TCI diz que são muitos. Considera que

[...] existe uma lógica do imediatismo e de um modelo estabelecido e instituído que valoriza a consulta médica, a medicalização, a tecnologia de densidade. Esses fatores sobrepõem a simplicidade do ato do encontro, que as práticas como a terapia comunitária permitem. Muitas gerências locais ainda consideram mais produtiva a oferta de consultas de 20 em 20 minutos, ao invés da oferta de práticas onde o saber pode ser compartilhado, como na roda de conversa, numa lógica contra hegemônica. Outro problema é que algumas gerências locais chegam a justificar que esqueceram de enviar alguns terapeutas para a execução das rodas (GTIC).

Para lidar com esses desafios, de acordo com TCI1, é preciso manter o grupo aceso, utilizando recursos como artesanato, bingo, coisas criativas e alegres. Também é oferecido um

lanche no final do grupo. Em relação à gestão é uma luta diária, pois colocam que ao invés de participar da roda de conversa, fique fazendo acolhimento. Mas aqueles que participam do grupo vão criando redes, fazendo convites para outros na comunidade e vão compartilhando e trocando ideais com o outro.

Já para TCI2, falta mais apoio da gestão, dos colegas e da população. Um dos clínicos geral da unidade faz encaminhamentos, e faz uma sensibilização com os pacientes, e essas pessoas que vão para o grupo, permanecem.

Ainda sobre as estratégias para sanar os desafios, para a gestão da TCI, o grupo condutor se reúne uma vez por mês, e quando ocorre algum problema é possível logo ser ouvido. "O objetivo é dar uma audiência, porque a primeira coisa para se achar a solução de um problema é poder dizer sobre os mesmos, e partilhar a vida dele é fundamental, essa ideia que constitui o grupo condutor é um desafio." Será discutido na próxima pauta sobre a diferença entre o que é assistencial e o que é política de educação permanente, já que a TCI está regulamentada pela Resolução 4.597 de 9 de dezembro de 2014. Essa resolução fala da Terapia Comunitária Integrativa como "uma abordagem terapêutica para com a comunidade de promover a atenção primária à saúde e promover atenção, e dar assistência com reuniões clínicas, encontros." Neste caso, é tanto da assistência quanto da educação permanente em saúde, por seu aspecto comunitário e popular. O seguimento do programa vai depender dessa discussão na reunião.

Quanto à questão da escolha dessa prática para ser implantada no município, para a gestão da TCI, essa prática é considerada um procedimento de custo efetivo, com uma visão sistêmica. Estimula a troca de experiências, a sensibilidade, a sensação de pertencimento, entre os membros do grupo e o próprio terapeuta.

Sobre o método escolhido para essa implantação, para a gestão da TCI, foi necessária a capacitação, a terapia é organizada pela ABRATECOM. É uma prática que atualmente está institucionalizada e ancorada no Ministério da Saúde. "Ela tem uma metodologia disponível em vários lugares do mundo sempre com aval da ABRATECOM" (GTIC).

Sobre a relação de custo benefício, para a gestão da TCI, não conseguem analisa-la, pois entram como dados da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte. Ainda assim, os resultados são considerados bons pela gestora de TCI, embora não seja possível distinguir, no momento, se a redução do número de internações está relacionada à vigilância em saúde e qual a influência dos programas de PICs, entre eles a TCI. Segundo a gestora de TCI,

[...] ainda não temos quantificação porque tudo isso entra no resultado da atenção primária à saúde de Belo Horizonte, que tem excelentes resultados, mas não consegue relacionar número de internações que foram reduzidos, quais foram pelos trabalhos

de vigilância de saúde. Mas pode se considerar a assertividade dos programas das políticas e dentre elas a terapia comunitária, mas não tem um dado quantitativo para dizer o quanto essa prevenção promove a diminuição do agravamento de caso (GTCl).

Segundo os profissionais, os banners também ajudam. Foi feita uma adaptação no programa antitabagismo do INCA, para que esses pacientes, que estão parando de fumar, participem das rodas de conversa para evitar recaída, e receberem acolhimento.

TCI2 também fala da existência desse questionário para ser aplicado antes, durante e depois da terapia. Servem para comparar o que foi percebido de diferente. Mas justifica que ainda não o realizam porque ainda não tiveram um público grande de participantes, assim não aplicaram.

De acordo com as entrevistas tanto dos profissionais quanto dos gestores não há um sistema de informação que avalie os efeitos dos programas na população. Essa avaliação é importante para verificar os resultados e demonstrar a gestão municipal os dados que reforcem a permanência e incentivo a esses programas, ou mesmo a necessidade de modificações para sua melhoria. Com isso, os programas deixam de ter um fortalecimento tanto de recursos financeiros quanto de sua valorização como promotores de saúde.

A seguir, quadro com a síntese das fases de análise de política pública do programa de Terapia Comunitária Integrativa de Belo Horizonte, no Quadro 5.

Quadro 5 - Potencialidades e Obstáculos da Terapia Comunitária Integrativa

(continua)

PROGRAMA	TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA				
	Fases de análise	Reconhecimento	Formulação	Implementação	Avaliação
Potencialidades	Prática defendida na PNPIC e na Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial	Capacitação realizada dentro do SUS/BH	Custo reduzido de execução	Meta de implantar no município alcançada	Percepção dos profissionais dos benefícios alcançados pela população atendida pela prática
	Financiamento pelo Ministério da Saúde para formar turmas de capacitação			Perspectiva de mudança do modelo hospitalocêntrico para modelo integral	
	Apoio dos profissionais da Secretaria de Saúde			Reunião mensal entre os profissionais executores e a gestão para discussão dos problemas e deliberação de soluções	
	Disponibilidade e interesse dos profissionais para capacitação				

Quadro 5 - Potencialidades e Obstáculos da Terapia Comunitária Integrativa

(conclusão)

PROGRAMA		TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA		
Fases de análise	Reconhecimento	Formulação	Implementação	Avaliação
Obstáculos		Dificuldade de extensão do programa em todo município, pelo número reduzido de profissionais capacitados em relação ao número de usuários	Necessidade de organização da rede, entre os diversos setores, para melhorar o acesso e benefícios pela população	Falta de unificação dos programas de PIC em BH para melhor integração entre os mesmos
		Custo de formação e de materiais para oficinas para execução da prática	Falta de sensibilização de algumas equipes para encaminhamento e apoio à prática	Necessidade de maior divulgação da prática de TCI, entre a população e demais profissionais de saúde
		Programa em transição, ainda sem previsão para início da nova etapa	Falta de dados quantitativos para avaliação da atuação do programa, em relação ao investimento realizado	Lógica biomédica dos atendimentos versus a possibilidade de atendimentos coletivos e de aspecto integral
		Falta de dados quantitativos sobre os benefícios da prática na população (entram como dados da atenção básica, sem distinção do que foi realizado pelo programa)		Dificuldade de liberação de alguns profissionais para execução da prática pelas gerências locais

Fonte: Elaborado pela com base nas entrevistas.

Apesar dos incentivos para o início do programa, o programa enfrenta a questão de ainda ter poucos profissionais capacitados frente ao grande de número de usuários a serem atendidos. A falta de dados quantitativos e de um sistema de controle dificulta a visualização dos efeitos do programa. Também é apontado a necessidade de sensibilização das equipes de profissionais de saúde e a divulgação da prática para a população. Entre os facilitadores estão o apoio da gestão e a percepção dos benefícios observados pelos profissionais.

6 CONCLUSÃO

Através deste trabalho, buscou-se a compreensão do processo de institucionalização dos programas de PICs no município de Belo Horizonte, suas potencialidades e desafios, nas fases de reconhecimento do problema e montagem da agenda, formulação, implantação e avaliação da política.

Pela análise do histórico que embasou a implantação das PICs no Brasil, foi possível perceber a influência do Movimento Sanitário Brasileiro e das Conferências Mundiais e Nacionais na construção do SUS. Os princípios tratados como a ênfase na atenção primária; na promoção da saúde; na participação popular e de profissionais, sobretudo através dos Conselhos e das próprias conferências; do acesso universal e com equidade ao sistema de saúde; na integralidade do atendimento, envolvendo prevenção, promoção e proteção à saúde.

Por outro lado, existem empecilhos para essa institucionalização, como o predomínio do modelo biomédico e hospitalocêntrico, que dificulta a valorização e reconhecimento de outras racionalidades médicas como opção de cura para a população, e fortalece a indústria farmacêutica alopática; o desconhecimento das práticas tanto pelos gestores, quanto pelos profissionais e usuários para fazer uso e defender essas práticas; a falta de recursos financeiros não ofertados pela política nacional que legitima essas ações; a formação de profissionais de saúde, ainda orientada para atendimentos individuais, curativos e especializados, que não valorizam as práticas com enfoque integral.

Esses dados estão dentro dos objetivos deste trabalho que foi num aspecto geral, analisar a institucionalização das PICs em Belo Horizonte, e em específico compreender o contraste entre o modelo biomédico e o modelo integral de saúde e seus efeitos nessa institucionalização.

Em relação aos programas de Belo Horizonte, o PRHOAMA apresentou como facilitadores de sua implantação a Lei Orgânica de 1990 do município, que já apresentava incentivo às práticas integrativas; a iniciativa dos profissionais sanitaristas da Secretaria Municipal de Saúde para fazer o diagnóstico inicial e buscar a legitimação do programa, através dos concursos públicos; o fato da maioria dos profissionais estar na atenção primária, que facilita o acesso da população às práticas; a inserção dos profissionais no NASF, que possui recurso financeiro para incentivo da manutenção desses profissionais na rede; aumento da oferta e demanda dos atendimentos, demonstrando aceitação e uso dos serviços pela população; a

construção da farmácia de acesso a medicamentos, mas que até o momento da pesquisa, ainda não havia sido inaugurada.

Quanto a fase de reconhecimento do problema e montagem da agenda do PRHOAMA, a história se repete em relação aos motivadores do programa: Constituição de 1988, com introdução do SUS e Lei Orgânica Municipal de 1990. O diagnóstico situacional das práticas já existentes no município e a abertura do concurso público específico para os médicos das especialidades também promoveram o programa.

Em relação a fase de formulação da política do PRHOAMA, pode-se perceber que a iniciativa dos profissionais idealizadores foi fundamental e norteou o programa, já que foi referido que não se basearam em outros indicadores. O programa, segundo os gestores não tem previsão de término, e a atuação dos profissionais está consolidada nas unidades, com o intuito de ampliar o programa com a prática da fitoterapia.

Sobre a fase de implementação do PRHOAMA, a reunião mensal ajuda na reflexão sobre os desafios do programa, mas consideram que seria importante ter uma gestão integrada de todos os programas de PICs no município para se ter uma visão mais ampla e fortalecer os mesmos. A análise dos dados também é um fator relevante para fortalecer o programa. Também foi colocada a necessidade da sensibilização das equipes para que outros profissionais possam encaminhar e informar os pacientes da oferta das práticas. Outra questão colocada foi que os profissionais continuam se capacitando, mas sem incentivo financeiro do município.

E ainda, sobre a fase de avaliação do PRHOAMA, uma das questões levantada foi a de que não há um recurso próprio para a realização das oficinas da Medicina Antroposófica, outra questão é a compreensão dos profissionais de outras áreas de que o atendimento nas racionalidades médicas fora da medicina biomédica são de tempo mais longo, e algumas vezes o tratamento leva mais tempo, mas os resultados são mais duradouros, sobretudo nos casos de problemas crônicos. Outra questão foi o absenteísmo dos pacientes, que chega a atrapalhar o fluxo dos atendimentos. A falta de oferta gratuita dos medicamentos homeopáticos e antroposóficos dificulta o acesso e sucesso do tratamento quando o paciente não pode comprar. Uma das queixas também é a falta de profissionais, que gera uma fila de espera, sobretudo no caso da acupuntura.

Ainda na avaliação do PRHOAMA, foi colocado sobre a divulgação das práticas, solicitada sobretudo pela medicina antroposófica. A questão dos encaminhamentos volta a ser destaque, já que outros profissionais que o fazem, e nem sempre conhecem ou quando conhecem por conta da rotatividade, de profissionais não concursados, são substituídos por

outros que ainda não conhecem. Isso é destacado pelo fato de que os profissionais do PRHOAMA relatam que a maioria dos encaminhamentos vem de profissionais concursados. Consideram também que o fluxo deveria ser controlado pelo próprio profissional da prática. Consideraram em geral que o programa oferece práticas que conseguem beneficiar os pacientes, e que aqueles que são atendidos retornam para continuidade do tratamento.

Já o Lian Gong em 18 Terapias, teve sua implantação visando tratamento duradouro através da comprovação dos benefícios oferecidos pela prática. Pode ser utilizado por diversas faixas etárias por ser uma atividade física leve. A pesquisa de Gomes (2011) contribui com dados relativos a seus benefícios. O aumento dos praticantes também é um fator que demonstra o apoio da população.

Sobre a fase de reconhecimento do problema e montagem da agenda do Lian Gong, a Academia da Cidade, programa do município baseado na Política Nacional de Promoção da Saúde, e juntamente com o apoio da gestão em 2007, foi o meio pelo qual se iniciou a implantação do Lian Gong.

Acerca da fase de formulação do Lian Gong, a justificativa do programa foi o fato de ser uma atividade que combate o sedentarismo e a obesidade, os dados para embasar foram do Vigitel. Dentre os desafios, a capacitação inicial dos profissionais ocorreu, mas há necessidade de renovar os recursos para a manutenção dos estudos no instituto formador. Outro desafio é a oferta de espaços para a prática, que muitas vezes precisam ficar sendo negociados com outros setores de comunidade. Como facilitadores, existe a fidelização dos participantes e a ligação com outros programas como o Vida Ativa que atende a população idosa.

Em relação à fase de implementação do Lian Gong, um dos desafios é a falta de gerência local, ficando todas as decisões a cargo da gerência centralizada na secretaria de saúde. Isso dificulta às vezes a liberação dos profissionais para executar a prática. O encaminhamento dos pacientes poderia ser maior em muitos casos, já que a pessoa pode procurar até mesmo de maneira espontânea, sendo importante o reforço da divulgação do programa para a população e sensibilização dos demais profissionais.

Na análise da fase de avaliação do Lian Gong, os benefícios que a população descreve receber do programa, gera uma fidelização dos praticantes, mas a divulgação tem que ser constante para que mais pessoas possam se beneficiar. Um desafio colocado pelos profissionais é que possam ter mais tempo com a população para a execução e tirar dúvidas sobre a prática, em alguns casos, o tempo é contado para a execução. O deslocamento dos profissionais, quando a prática não é no local de trabalho, também precisa ser organizada.

Alguns estudos podem beneficiar a manutenção do programa como a relação custo-benefício, já que o programa conta com o incentivo financeiro do Fundo Municipal e tendo os dados analisados poderia reforçar sua eficácia neste aspecto de investimento.

A Terapia Comunitária Integrativa, segundo a gestão do programa, favorece e fortalece os vínculos e a autonomia dos indivíduos. Além da capacitação dos profissionais é necessário um local adequado e materiais para as oficinas, que foi uma das solicitações dos entrevistados.

Sobre sua fase de reconhecimento do problema e montagem da agenda da TCI, foi incentivada pela aprovação na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, em 2010, e sua incorporação na PNPIC, para ser implantada na atenção primária. O Ministério da Saúde então passa a financiar a capacitação de profissionais e Belo Horizonte inicia sua implantação.

Na fase de formulação da TCI, percebe-se que o maior facilitador no município foi a iniciativa dos profissionais sanitaristas, que assumiram a implantação do programa. Como uma prática que incentiva a autonomia e construção de vínculos, a TCI se coloca como opção em contraste com o modelo hospitalocêntrico. O programa como maior custo financeiro a formação dos profissionais, realizada pela ABRATECOM. No momento está em transição, aguardando novas formações para profissionais do NASF. Algo que pode contribuir para isso é a comprovação dos benefícios alcançados para justificar mais investimentos.

Acerca da fase de implementação da TCI, a capacitação inicial é hoje em dia acompanhada por reuniões mensais entre os executores e a gestão, o que ajuda a identificar as necessidades que cada setor enfrenta e sanar os problemas. O trabalho de sensibilização da equipe em torno do executor se mostra fundamental, pois os encaminhamentos vêm desses profissionais. A variação de sucesso na prática de uma unidade para outra, demonstra a necessidade de reforçar essa sensibilização.

Na fase de avaliação do TCI, além dos desafios já citados, foi colocada a necessidade de integração entre os programas de PICs, pois uma prática complementa a outra, reforçando o papel das PICs no município. Os benefícios que as pessoas vão percebendo, reforça a manutenção do programa. Através das rodas de conversa, as pessoas trocam experiência e melhoram sua qualidade de vida, deixando algumas vezes até mesmo de fazer uso de medicamentos controlados. Quanto aos desafios, práticas como a TCI esbarram na questão do modelo biomédico, no qual se espera consultas individuais. A falta de um sistema de informação, que demonstre os resultados alcançados pela prática, atrapalha a colocação para a gestão dos benefícios que a prática oferece até mesmo no âmbito econômico.

Assim, sobre a institucionalização das PICs em Belo Horizonte, alguns desafios são comuns aos três programas, como a falta de uma gerência única dos três programas, que poderia reforçar a otimização dos mesmos. Nenhum dos três programas tem um sistema de informação que destaque os benefícios que os mesmos oferecem para reforçar sua atuação e monitorar o custo-benefício. A sensibilização dos demais profissionais de saúde para realização dos encaminhamentos, assim como a informação para a comunidade também foi um desafio comum entre eles. Como a expansão dos programas depende de recursos financeiros, seja para capacitação de mais profissionais, ou para inauguração da farmácia de dispensação de medicamentos, é importante que as gerências busquem sanar essas dificuldades, que muitas vezes ainda estão enraizadas no modelo biomédico e não no modelo integral que as PICs defendem.

Esse estudo contribui para perceber que a institucionalização de PICs não é ainda uma situação fácil para os municípios. Conhecendo os desafios e facilitadores dos programas de Belo Horizonte, espera-se contribuir para que outros municípios possam se orientar para a implantação em suas comunidades.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de pesquisa**, v. 36, n. 129, p. 637-651, 2006.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BEZERRA, Roberto Cláudio Rodrigues; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 327-348, mar./abr. 2005.

ANDRADE, João Tadeu de; COSTA, Liduina Farias Almeida da. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.

ARRETCHE, Marta. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 11, n. 31, p. 44-66, 1996.

AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 361-378, nov. 2011/ fev. 2012.

BALESTRIN, Maria Fátima; BARROS, Solange Aparecida Barbosa de Moraes. A relação entre concepção do processo saúde e doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. **VOOS: revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá**, v. 1, p. 18-41, jul. 2009.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, Rubem Araujo de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: CCAPS, 2011. p. 138-172.

BARBOSA, Josyvera Maria Ribeiro; SILVA, Magna Vanessa Rodrigues da. Vivência no núcleo temático de práticas terapêuticas com abordagem em acupuntura: um relato de experiência. In: BARRETO, Alexandre Franca (Org.). **Integralidade e saúde: epistemologia, política e práticas do cuidado**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011. p. 169-174.

BARROS, Nelson Filice. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, jul./set. 2006.

BARROS, Nelson Filice de; SIEGEL, Pâmela; SIMONI, Carmen de. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 12, p. 3066-3067, 2007.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Lei Orgânica do Município de Belo Horizonte**, 1990.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 06 abr. 2016.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 1990b. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 06 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção básica. **Política Nacional de práticas integrativas e complementares no SUS-PNPIC-SUS**. Brasília, DF: Embrapa Informação Tecnológica, 2006a. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006: Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**, 2006c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf. Acesso em: 06 de abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006**: Vigilância de fatores e risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2007. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_vigitel_2006_marco_2007.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**. 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnpic.php>>. Acesso em: 07 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf>. Acesso: em 07 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2016**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2017.

CALIPO, Sylvia Maria; SOARES, Cássia Baldini. Público e privado na reforma do Sistema de Saúde no Brasil. **Sociedade em Debate**, v. 14, n. 1, p. 119-138, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n. 2, 2000.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CARVALHO, Mariana Albernaz Pinheiro de; DIAS, Maria Djair; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de; FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 2028-2038, 2013.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MUNIZ, José Norberto; MENDES, Fábio Faria; COTTA FILHO, José Sette. A Crise do Sistema Único de Saúde e a fuga para o mercado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 94-105, 1998.

CRUZ, Marly Marques da. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, Rubem Araujo de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, p.180-198, 2012.

CUTOLO, Luís Roberto Agea. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

DE CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. **Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec**, p. 149-82, 2006. Disponível em: <<http://lcead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Forma%E7%E3o%20e%20educa%E7ao.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

DETHLEFSEN, Thorwald; DAHLKE, Rüdiger. **A doença como caminho**. São Paulo: Cultrix, 2003.

DRAIBE, Sônia Miriam. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre; CARVALHO, Maria do Carmo Brant (Org.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001. p. 13-42.

ELIAS, Paulo Eduardo et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

FONTANELLA, Fabrício; SPECK, Frederico Pires.; PIOVEZAN, Anna Paula; KULKAMP, Irene Clemes. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36. n. 2, p. 69-74, 2007.

FONTENELE, Rafael Portela et al. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2385-2394, 2013.

FONTES, Breno Augusto; LIMA, Rogério de; LIMA, Jorge Alexandre de Lima. Promoção de saúde e participação social: o modelo de atenção básica do Sistema de Saúde Brasileiro. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 46, n. 1, p. 65-79, jan./abr. 2010.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1963.

GEORGES, Isabel Pauline Hildegard; RIZEK, Cibele Saliba; CEBALLOS, Marco. As políticas sociais brasileiras: o que há de novo? **Caderno CRH**, Salvador, v. 27, n. 72, p. 457-461, set./dez. 2014.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

GOMES, Andreia de Fátima Teixeira. **Lian Gong em 18 terapias**: uma abordagem avançada de promoção de saúde, Belo Horizonte: Centro Universitário de Belo Horizonte, 2011.

GUIMARÃES, Marta Maria de Souza; CAVALCANTI, Nadja Maria Ferreira. Homeopatia. In: BARRETO, Alexandre Franca (Org.). **Integralidade e saúde**: epistemologia, política e práticas do cuidado. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011. p. 109-127.

HANASHIRO, Luzia Toyoko; BOTELHO, Maristela. Lian Gong em 18 Terapias: ação relevante na promoção da saúde no SUS/BH. **Pensar BH/Política Social**, p. 49-52, jul. 2011.

HEIDMANN, Ivonete Teresinha Schuller Buss et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006.

ISCHKANIAN, Paula Cristina; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 22, n. 2, p. 233-238, 2012.

KRIPPNER, Stanley. Os primeiros curadores da humanidade: abordagens psicológicas e psiquiátricas sobre os xamãs e o xamanismo. **Rev. Psiq. Clín**, v. 34, supl. 1, p. 17-24, 2007.

LIMA, Karla Morais Seabra Vieira. **Práticas integrativas e complementares e a promoção da saúde: avanços e desafios de um serviço municipal de saúde**. 2012. 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2012.

LIMA, Nísia Trindade; PAIM, Jairnilson Silva. Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2517-2522, out. 2007.

LUZ, Madel Therezinha. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas: análise sócio- histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

MAGALHÃES, Flázia Carvalho Gualberto Pereira. et al.. **As práticas integrativas e complementares na interface do processo saúde-doença-cuidado**. 2012. Disponível em: <http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_74631/artigo_sobre_as-praticas-integrativas-e-complementares-na-interface-do-processo-saude-doenca-cuidado>. Acesso em: 28 dez. 2017.

MARCO, Mario Alfredo de. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Ver. Bras. Educ. Med**, p. 60-72, 2006.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 447-448, 2004.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares**. 2009a. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/pepic_minas_gerais.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução SES-MG nº 1.885**, de 27 de maio de 2009. 2009b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_1885.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2017.

MOTTA, Pedro Mourão Roxo da; MARCHIORI, Ricardo de Almeida. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 833-835, abr. 2013.

NAGAI, Silvana; QUEIROZ, Marcos de Souza. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 1793-1800, 2011.

OLIVEIRA, Dora Lúcia. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 423-431, maio/jun. 2005.

OLIVEIRA, Magali Sefrian Martins Rosemann de. **A política nacional de práticas integrativas e complementares na formação de profissionais da área da saúde**. Curitiba: Universidade Tuiuti do Paraná, 2011. Disponível em: <http://tede.utp.br/tde_arquivos/1/tde-2013-03-15t092743z-361/publico/a%20politica%20nacional%20de%20praticas%20integrativas.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Fundo das nações unidas para infância. **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde: Alma-Ata-URSS, 1978: Relatório final**. Brasília, DF, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Relatório Mundial de Saúde 2008. **Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca**. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2016.

OTANI, Márcia Aparecida Padovan; BARROS, Nelson Filice de. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia. et al.. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.547-573.

RIBEIRO, Dulce Dantas Lima; SILVA FILHO, Israel José da. Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura: uma contribuição com impacto positivo à saúde no Vale do São Francisco. In: BARRETO, Alexandre Franca (Org.). **Integralidade e saúde: epistemologia, política e práticas do cuidado**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

RIOS, José Arthur. A saúde como valor social. **Boletim do SESP**, n. 33, p. 2-3, 1953.

RODRIGUES, Maria José; RAMIRES, Julio César de Lima. Programa Saúde da Família: uma perspectiva de análise geográfica. **Caminhos de Geografia**, Uberlândia, MG, v. 9, n. 27, p. 45-55, set. 2008.

SAMPAIO, Juliana; ARAÚJO JÚNIOR, José Luis. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 6, n. 3, p. 335-346, jul./set., 2006.

SANTOS, Francisco de Assis Silva. **Análise da política de práticas integrativas e complementares no Recife**. 2010. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2010.

SANTOS, Melissa Costa. et al.. Implantação das práticas integrativas-complementares na rede municipal de saúde de Florianópolis. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, v. 3, p. 30, 2012. **Anais...** Florianópolis: 12º WONCA Word Rural Health Conference, 2012.

SANTOS, Cláudia Prass. et al.. **Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica**. Belo Horizonte, 2015.

Disponível em:

<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&lang=pt_br&pg=5571&tax=50131>. Acesso em: 05 nov. 2015.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde**: texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, BA, 2011. Disponível em: < http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2015.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islândia Maria Carvalho. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 336-350, 2012.

YAMAKAWA, Angela H. H.; BUGULIN, Edna; CAMPOS, Luciene de. **A interface das doenças crônicas e a prática de Lian Gong**. Projeto: DANT–Doenças e Agravos Não Transmissíveis Supervisão Técnica de Saúde Penha. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/luciene_sudeste_dant_completo_revisado_II_1254427891.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2016.