

# Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas

National Policy on Integrative and Complementary Practices in the Unified Health System 10 years: advances and perspectives

Política Nacional de Práticas Integrativas y Complementarias en el Sistema Único de Salud 10 años: avances y perspectivas

Daniel Miele Amado<sup>1</sup>; Paulo Roberto Souza Rocha<sup>2</sup>; Olívia Albuquerque Ugarte<sup>3</sup>; Carla Conceição Ferraz<sup>4</sup>; Mέλquia da Cunha Lima<sup>5</sup>; Fabio Fortunato Brasil de Carvalho<sup>6</sup>

## Resumo

O artigo analisa, de forma sucinta, os 10 anos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, considerando as informações disponibilizadas pelas equipes de Saúde da Família no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, no Programa Nacional de Acesso e Qualidade da Atenção Básica e no Sistema de Informação da Atenção Básica. Os resultados indicam subnotificação de registro dos serviços no CNES em comparação as informações prestadas pelas equipes de saúde no 1º e 2º ciclo do PMAQ, indicam a presença da oferta nos serviços de Atenção Básica de práticas que ainda não faziam parte da PNPIC, bem como a ampliação da oferta dessas práticas. Outro ponto importante é a diferença de oferta das PICS entre o ciclo de vida e sexo, sendo mais frequente nos adultos e no sexo feminino. Tais informações são importantes para o planejamento da implementação da PNPIC para os próximos 10 anos, tendo como perspectiva a ampliação da oferta de curso de formação dessas práticas para os profissionais da rede pública, a disponibilização de editais de pesquisa, a reformulação das normativas sobre o tema, a ampliação da oferta de plantas medicinais na RENASES, dentre outras.

Descritores: Terapias Complementares; Medicina Tradicional; Atenção Primária à Saúde.

## Abstract

The article briefly analyzes the 10 years of the National Policy on Integrative and Complementary Practices in Health, considering the information provided by the Family Health teams in SCNES, PMAQ and in the Sisab. The results indicate underreporting of services registration in the CNES in comparison to the information provided by the health teams in the 1st and 2nd cycle of the PMAQ, indicate the presence of the offer in the Primary Care services of practices that were not yet part of

<sup>1</sup> Professor de Educação Física. Especialista em Acupuntura pela Associação Brasileira de Acupuntura – ABA. Departamento de Atenção Básica/SAS/Ministério da Saúde. Espanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício SEDE, 7º andar, Brasília, DF, Brasil. CEP: 70058-900. E-mail: [pics@saude.gov.br](mailto:pics@saude.gov.br)

<sup>2</sup> Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Departamento de Atenção Básica/SAS/Ministério da Saúde.

<sup>3</sup> Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde Coletiva e Educação em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Departamento de Atenção Básica/SAS/Ministério da Saúde.

<sup>4</sup> Relações Públicas pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Departamento de Atenção Básica/SAS/Ministério da Saúde.

<sup>5</sup> Enfermeira. Especialista em Epidemiologia pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Departamento de Atenção Básica/SAS/Ministério da Saúde.

<sup>6</sup> Professor de Educação Física. Mestre e doutorando em Ciências da Saúde. Departamento de Atenção Básica/SAS/Ministério da Saúde.

the PNPIC, as well as the of these practices. Another important point is the difference in the supply of PICS between the life cycle and sex, being more frequent in adults and females. Such information is important for planning the implementation of the PNPIC for the next 10 years, with the perspective of expanding the offer of training courses for public sector professionals, making research calls for proposals, reformulating the regulations on Theme, the expansion of the supply of medicinal plants in RENASES, among others.

Key-words: Complementary Therapies; Medicine, Traditional; Primary Health Care.

### Resumen

El artículo analiza, de forma sucinta, los 10 años de la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias en Salud, considerando las informaciones disponibilizadas por los equipos de Salud de la Familia en el SCNES, PMAQ y en el Sisab. Los resultados indican la subnotificación de registro de los servicios en el CNES en comparación con la información proporcionada por los equipos de salud en el 1º y 2º ciclo del PMAQ, indican la presencia de la oferta en los servicios de Atención Básica de prácticas que aún no formaban parte de la PNPIC, así como la ampliación de la oferta de estas prácticas. Otro punto importante es la diferencia de oferta de las PICS entre el ciclo de vida y el sexo, siendo más frecuente en los adultos y en el sexo femenino. Tales informaciones son importantes para la planificación de la implementación de la PNPIC para los próximos 10 años, teniendo como perspectiva la ampliación de la oferta de curso de formación de estas prácticas para los profesionales de la red pública, la disponibilidad de ediciones de investigación, la reformulación de las normativas sobre el tema, la ampliación de la oferta de plantas medicinales en RENASES, entre otras.

Palabras-claves: Terapias Complementarias; Medicina Tradicional; Atención Primaria de Salud.

### Introdução

Atualmente pensar o processo saúde-doença-cuidado remete a múltiplas possibilidades, desde a corrente hegemônica que o vê com o olhar principalmente dos aspectos biológicos até outras formas que buscam ampliar essa interpretação. Relacionado ao primeiro caso, em especial a partir de uma visão restrita de suas possibilidades, é possível afirmar que o conceito de prevenção de doenças é mais vinculado a uma visão biologicista e comportamentalista do processo citado, busca identificar riscos, atuar sobre eles, mas não considera a gênese desses riscos, sua natureza, mecanismos de atuação e a dimensão histórico-social do processo saúde-doença <sup>1</sup>.

Geralmente a estratégia utilizada é a educação em saúde tradicional por meio da transmissão de informações com o objetivo de adoção de hábitos saudáveis e mudanças de comportamentos <sup>2</sup>. As medidas enfatizam o controle de riscos associados a algumas enfermidades <sup>3</sup>.

Já na Promoção da Saúde (PS), para Carvalho <sup>1</sup>, ao analisar distintos conceitos, destacam-se: a saúde sendo produzida, ou seja, dinâmica, relacionada ao contexto sócio-histórico, a PS como um conjunto de estratégias que necessariamente deve ser articulada com outras para produzirem possíveis melhorias nas condições de vida, respondendo às necessidades sociais em saúde; a

presença das dimensões individuais e coletiva/comunitária; a participação e controle social; e o destaque no setor saúde para liderar a intersetorialidade, o que não quer dizer que ação da Saúde seja apenas essa. As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são uma importante forma de concretizar a PS.

O campo das Medicinas Tradicionais e Complementares (MT&C) é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma importante forma de cuidado, recomendando aos seus Estados-Membros a inserção, elaboração de Políticas Nacionais voltadas à oferta das MT&C nos sistemas nacionais de saúde <sup>4</sup>. Destaca-se que Práticas Integrativas e Complementares em Saúde é o termo criado no Brasil para a MT&C, ou ainda para as chamadas Medicinas Tradicionais (MT), Medicina Alternativa e Complementar (MAC) e Medicina Integrativa (MI) <sup>5</sup>.

Atualmente, o conceito de MI tem crescido e se mostrado como uma evolução histórica do paradigma Alternativo e Complementar. Pois, as diferentes abordagens são utilizadas sem uma hierarquia da biomedicina sobre as outras abordagens. Essa mudança paradigmática é uma possibilidade de avanço e integração das diversas práticas em uma mesma rede de atenção, não sendo práticas competitivas e a tomada de decisão estando de acordo com a necessidade do usuário <sup>6</sup>.

Segundo a OMS, mais de 70% da população mundial dependem destas práticas como atenção primária <sup>4</sup> e, mesmo em países desenvolvidos, existe um crescimento destas práticas onde mais de 100 milhões de europeus e um número ainda maior de pessoas concentradas na África, Ásia, Austrália e Estados Unidos são usuárias de PICS. Em 2012, as PICS movimentaram aproximadamente 83,1 bilhões de dólares <sup>5</sup>.

Os motivos elencados para este crescimento são: o aumento da demanda causado pelas doenças crônicas; o aumento dos custos dos serviços de saúde, levando à procura de outras formas de cuidado; a insatisfação com os serviços de saúde existentes; o ressurgimento do interesse por um cuidado holístico e preventivo às doenças; e os tratamentos que ofereçam qualidade de vida quando não é possível a cura <sup>5</sup>.

Partindo desses motivos listados pela OMS, em 2006, o Ministério da Saúde (MS), em conjunto com outras instituições e atores sociais, com destaque para o Conselho Nacional de Saúde visualizou a necessidade de instituir a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Ao completar 10 anos de existência, a gestão federal do Sistema único de Saúde (SUS), em diálogo com interessados sobre o tema, identificou a importância de pensar processos que serão fundamentais para nortear os próximos 10 anos dessa política, como a introdução de novas PICS no SUS, o fomento à formação de praticantes, bem como a produção de pesquisas nesse campo.

O estudo tem como objetivo geral descrever, de forma sucinta, a trajetória da PNPIC no SUS desde sua discussão inicial no processo de construção, institucionalização no SUS, assim como contextualização do cenário atual. Objetiva-se ainda descrever os avanços, os desafios e as perspectivas para esta política pública de saúde. A metodologia utilizada foi a análise exploratória de dados dos sistemas de informação do SUS: Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), do Programa Nacional de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e no Sistema de Informação da Atenção Básica (Sisab), em especial o Sisab, além de revisão de literatura não-sistematizada.

A realização deste estudo deu-se pela importância da publicação da PNPIC como instrumento de fortalecimento e institucionalização da oferta das PICS para o SUS. A partir da institucionalização destas práticas de cuidados em saúde, a PNPIC tornou-se ferramenta potente para implantação e implementação de políticas de saúde voltadas para às PICS nos estados, municípios e Distrito Federal (DF).

Minayo <sup>7</sup> afirma que as pesquisas nascem de determinado tipo de inserção no real e dele surgem razões e objetivos, e que toda ciência passa pela subjetividade e por interesses diversos, assim no processo de produção do conhecimento se veiculam interesses e visões de mundo historicamente construídos. A autora complementa afirmando que o universo da pesquisa qualitativa, são as experiências cotidianas do ‘senso comum’ interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam. Assim, para os autores e autoras, técnicos e técnicas da gestão federal da PNPIC na Atenção Básica (AB) do SUS é importante trazer esse histórico de implementação da política, assim como de apontar algumas questões essenciais para pensar os próximos 10 anos.

### **Um breve histórico**

Em consonância com importância do assunto, a OMS elaborou em meados da década de 70 o “Programa de Medicina Tradicional” que entre outras, têm formulado resoluções no sentido de afirmar o grande potencial das MT em seu conjunto, para a ampliação dos serviços de saúde regionais, assim como fornecer esclarecimentos e instruções técnicas a fim de propiciar as práticas das MT de forma segura e eficaz <sup>8</sup>.

A Declaração de Alma-Ata, 1978, importante marco sobre a saúde pública no mundo já trazia as primeiras recomendações para a implantação das MT. No Brasil, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) deliberou em seu relatório final a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida. Outras recomendações de implantação

destas práticas foram deliberadas na 10<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> CNS, mostrando a aprovação destas práticas, culminando na criação, em 2003, de um Grupo de Trabalho responsável pela elaboração de uma proposta de política nacional e, em 2006, com a publicação da PNPIC <sup>8</sup>. É importante ressaltar que todas as CNS subsequentes, 13<sup>a</sup>, 14<sup>a</sup> e 15<sup>a</sup>, apresentaram recomendações sobre as PICS, o que reforçou a demanda social pela ampliação destas.

A PNPIC, de 2006, trouxe diretrizes norteadoras para Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, assim como instituiu os observatórios de Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia. A partir da PNPIC, se criou normativas para o cadastramento de serviços de práticas integrativas e complementares no SCNES, e a criação de procedimentos específicos das PICS, o que permitiu o monitoramento da implantação desses serviços no país <sup>9</sup>.

Em 2008, com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), houve a inclusão das PICS em seu escopo de ação permitiu a incorporação de profissionais específicos das PICS, como o acupunturista, para atuarem na AB. Segundo Fausto et al. <sup>10</sup>, o Nasf pretende assegurar suporte especializado às equipes e profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), nesse sentido o Nasf compõe-se de oito áreas estratégicas como de apoio atividade físicas/práticas corporais, reabilitação (fisioterapia), alimentação e nutrição (nutrição), saúde mental (psicologia e psiquiatria), serviço social (assistência social), saúde da criança/adolescente/jovem (pediatria), saúde da mulher (ginecologia) e assistência farmacêutica (farmácia) e, dentre elas, as práticas integrativas e complementares. A partir de então as PICS passam a ser incorporadas em outros programas e ações do SUS como Academia da Saúde, e abordadas em documentos técnicos como os Cadernos de Atenção Básica e outros materiais.

Em 2011 as PICS foram inseridas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) e os resultados do primeiro e do segundo ciclos indicaram que havia mais oferta de PICS nos serviços de saúde AB do país do que o registrado no SCNES. O monitoramento destes dados contribuiu na gestão da PNPIC com informações relevantes de quais práticas da PNPIC e outras PICS que não estavam na política eram realizadas no SUS. Em 2012 diversos padrões de PICS foram inseridos no e-SUS e no Sisab, que posteriormente permitiram o monitoramento de ações de PICS na AB.

Em 2013, o Ministério da Saúde, através de parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), publicou um edital de fomento à pesquisa e contemplou 28 projetos de pesquisa de interesse do SUS. Ainda nesta data também foi publicado um edital de fomento a serviços de PICS que contemplou 17 projetos envolvendo estados e

municípios. Este foi o primeiro instrumento de financiamento específico para as PICS na AB, além dos recursos previstos pelo Piso da Atenção Básica (PAB). Vale destacar que a produção de pesquisas tem se mostrado um campo fértil para pensar nos novos rumos desta política.

Em 2014 foram lançados na Comunidade de Práticas, plataforma virtual interativa, dois cursos, um de Gestão em PICS e outro de Plantas Medicinais voltados para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nos quais participaram mais de 6 mil profissionais em todo país. A grande repercussão das PICS na IV Mostra de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família, que ocorreu em 2014, possibilitou garantir a elaboração de mais três cursos naquela plataforma e a oferta de curso de Auriculoterapia para os profissionais da AB.

Corroborando com as diretrizes da PNPIC, diversas instituições e atores sociais sempre estiveram presentes na construção, implementação e ampliação dessa política, através da participação e do controle social. Dessa forma, em novembro de 2015, esses atores criaram a Rede Nacional de Atores Sociais em PICS (RedePICS) cuja ação promove a articulação e interação entre os diversos atores a fim de gerar informações e produzir notícias, monitorar e assessorar o processo de implementação da PNPIC, instituir canais de comunicação entre as PICS e as diversas instituições públicas, além de promover fóruns de debate para temas prioritários.

Mais recentemente, em termos de avanço no monitoramento das ações das PICS, em 2016 foram inseridos os procedimentos na tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS (SIGTAP) de terapia comunitária, dança circular/ biodança, yoga, oficina de massagem/ automassagem, sessão de auriculoterapia, sessão de massoterapia, orientação de tratamento termal/crenoterápico, o que significou a primeira ampliação de procedimentos das PICS em oito anos. Em 2017 houve a alteração do código de alguns procedimentos e inclusão na tabela os procedimentos de arteterapia, meditação, musicoterapia, tratamento naturopático, tratamento osteopático, tratamento quiroprático e reiki.

Em março do mesmo ano, houve a ampliação da PNPIC em 14 novas práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga.

Assim, afirma-se que as PICS estão em expansão no SUS, tanto no número de estabelecimentos de saúde e atendimentos, quanto na compreensão de sua importância para o processo saúde-doença-cuidado.

## **Caracterização da oferta de PICS na rede de atenção em saúde**

Na Tabela 1 apresenta-se o crescimento do registro de serviços de PICS, que indica o crescimento destas práticas, na rede de atenção à saúde (RAS), em âmbito nacional, bem como pelo registro do cuidado realizado pelas equipes de saúde nos sistemas de informação em saúde do SUS.

Tabela 1. Crescimento do registro dos serviços de PICS nos serviços de saúde

Serviços de PICS* cadastradas no SCNES*	dez./2008	dez./2016	Percentual (%) de ampliação do serviço de PICS* 2008-2016	Percentual (%) do aumento em relação ao aumento total de serviços de PICS*
Acupuntura	204	934	457	14,57
Fitoterapia	15	346	2.306	6,61
Outras Técnicas em MT&C*	146	792	542	12,89
Práticas Corporais/Atividade Física	630	3.831	608	63,88
Homeopatia	64	136	212	1,44
Termalismo/Crenoterapia	4	17	425	0,26
Medicina Antroposofica	7	25	357	0,36
<b>Total</b>	<b>1.070</b>	<b>6.081</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

\*PICS: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; SCNES: Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; MT&C: Medicinas Tradicionais e Complementares.

Fonte: SCNES (2014).

Em dezembro de 2008, existiam cadastrados 1.226 serviços de PICS, marcados pelo código 134. Desses, 87,27%, ou seja, 1.070 são públicos e estão distribuídos em 147 municípios, 2,63%. Este número de serviços cadastrados no SCNES ampliou, em dezembro de 2016, para 7.078, sendo que destes, 6.081 são serviços públicos e estão localizados em 1.057 municípios, o que corresponde a um aumento de 569% dos serviços públicos, e uma ampliação de 719% do número de municípios que ofertam essas práticas.

Segundo os dados do SCNES o maior crescimento se deu no campo das práticas corporais/atividade física, que ampliou em 3.201 serviços, o que corresponde a 63,88% da ampliação total dos serviços de PICS.

Ao considerar o total de serviços públicos cadastrados no SCNES em 2008, 197.951 serviços, 0,54% ofertavam PICS. Em dezembro de 2016, o total de serviços era de 342.756, e 1,77% dos serviços ofertavam PICS. Esses dados demonstram que além do crescimento total dos serviços de PICS, houve um crescimento relativo em relação ao total de serviços públicos de saúde cadastrados no SCNES.

Apesar do crescimento da oferta de PICS registradas no SCNES, após análise das informações obtidas do primeiro e do segundo ciclo do PMAQ-AB, constataram-se subnotificações dos serviços de PICS no SCNES relacionados aos serviços da AB, quando comparados aos dados do programa.

Nesse sentido, ao comparar os resultados do PMAQ-AB e os dados registrados no SCNES no ano de 2012, observou-se que 3.209 equipes inseridas no programa afirmaram oferecer o serviço de PICS contra 2.452 serviços de PICS registrados no CNES. Esse resultado se mostrou mais marcante pelo fato de o PMAQ ter entrevistado somente 50% (17.203) das equipes de AB do país e os registros no CNES englobarem 100% das equipes, tal resultado confirma a subnotificação, uma vez que o programa não avaliou o total de serviços. O mesmo ocorreu com os serviços de homeopatia, posto que 443 equipes relataram oferecer homeopatia no PMAQ e somente 46 serviços de homeopatia estavam cadastrados na AB (Tabela 2).

Tabela 2. Dados da avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ em comparação com o CNES

<b>Serviços</b>	<b>1º ciclo do PMAQ*</b>	<b>CNES*</b>
<b>Total de Serviços registrados na AB*</b>	3.209	2.452
<b>Homeopatia</b>	443	46

\*PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade; SCNES: Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; AB: Atenção Básica.

Fonte: PMAQ (ano) e CNES (2014).

Segundo Pinto, Sousa e Ferla <sup>11</sup>, o PMAQ permite um percurso inovador no que se refere ao conteúdo da política de financiamento do governo federal para a AB, a mobilização dos atores locais e a indução de uma cultura de monitoramento e avaliação que tem como instrumento os indicadores de autoavaliação e de Avaliação Externa. Com foco nesses aspectos, os resultados do PMAQ são importantes para condução da PNPIC.

A mesma observação de subnotificação de registro dos serviços ocorreu ao se considerar os insumos específicos para oferta de algumas PICS, uma vez que, pelos dados do PMAQ, 3.761 estabelecimentos ofereciam plantas medicinais e fitoterápicos em 2012, mas apenas 91 serviços de Fitoterapia estavam cadastrados no SCNES no mesmo ano, o mesmo ocorreu com a disponibilidade de agulhas de acupuntura, visto que 2.730 dispunham desse insumo, mas somente 209 estavam cadastradas no SCNES. Tal levantamento foi importante para o monitoramento da PNPIC, contudo, não foi suficiente para que o MS pudesse identificar como essa oferta está se dando nos serviços de

saúde, distribuídos por práticas.

No segundo ciclo do PMAQ-AB, cuja avaliação externa ocorreu em 2014, do qual participaram mais de 30 mil equipes de AB, identificou que 5.666 equipes ofertavam PICS, em 1.230 municípios. No mesmo período, apenas 3.458 serviços de PICS na AB, estavam cadastradas no SCNES em 866 municípios. Além da subnotificação identificada a partir do PMAQ, o segundo ciclo trouxe informações mais detalhadas sobre as PICS. Como resultado, observou-se que a prática mais ofertada pelas equipes de AB são as Práticas corporais da MT&C, com 36,48% do total. A oferta de terapias com tendo como base as Plantas Medicinais e a Fitoterapia aparece em segundo lugar com 32,72%, seguidos da acupuntura com 27,93% (Tabela 3).

Tabela 3. Dados da avaliação externa do PMAQ-AB\*

<b>Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)</b>	<b>No. de equipes que realizam PICS presentes na PNPIC* (à época)</b>	<b>Municípios</b>
<b>Práticas corporais da MT&amp;C*</b>	2.067	223
<b>Plantas Medicinais e Fitoterapia</b>	1.854	616
<b>Acupuntura</b>	1.583	372
<b>Homeopatia</b>	1.224	295
<b>Outros</b>	1.089	495
<b>Auriculoacupuntura</b>	908	196
<b>Medicina Antroposófica</b>	242	28
<b>Termalismo</b>	71	34
<b>Total</b>	<b>5.666</b>	<b>1.230</b>

\*PMAQ-AB: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica; PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; MT&C: Medicina Tradicional e Complementares.

Fonte: Avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB (2014).

No intuito de identificar outras práticas que estão sendo oferecidas nos serviços de AB, mas que ainda não faziam parte da PNPIC, foi perguntado às equipes de saúde se elas realizavam outras PICS que não estariam, à época, contempladas na PNPIC, a saber Reiki, Yoga, Ayurveda, Florais, Do-in/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia, Shantala, Talassoterapia, Biodança, Musicoterapia, Dança circular, Naturologia, Terapia comunitária,

Terapia com Argila, Sistema Rio Aberto, (Movimento Vital Expressivo), Arteterapia, Outro(s). Destacaram-se (Tabela 4):

Tabela 4. PICS não incluídas à época na PNPIC

<b>Práticas Integrativas e Complementares</b>	<b>No. de equipes de ofertam as práticas</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>Terapia comunitária integrativa</b>	1.336	61
<b>Arteterapia</b>	737	33,65
<b>Danças circulares</b>	606	27,67
<b>Shantala</b>	603	27,53
<b>Musicoterapia</b>	423	19,32

Fonte: Avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB (2014).

A ampliação das informações coletadas a partir do Sisab e do e-SUS tem possibilitado o acompanhamento das ações realizadas na AB. As ações de PICS são informadas, tanto no atendimento individual, quanto no coletivo. Em 2016, foram informados 2.203.661 atendimentos individuais com oferta de PICS, realizados em 3.813 estabelecimentos de saúde da AB presentes em 1.744 municípios. E foram ofertadas 224.258 atividades coletivas com 3.537.845 participantes. Essas atividades ocorreram em 5.262 UBS, distribuídas em 2.218 municípios. Ao considerar as ofertas na AB, atividades individuais e coletivas, 8.200 estabelecimentos de saúde registraram a oferta de PICS em 3.018 municípios. No SCNES apenas 4.834 serviços de PICS na AB estão cadastrados em 1.057 municípios.

Foram realizados 1.497.245 atendimentos individuais para mulheres com oferta de PICS e 689.908 para homens (Gráfico 1).

As práticas mais ofertadas nos atendimentos individuais são classificadas como Outros, seguido da Medicina Tradicional Chinesa e Antroposofia aplicado à saúde. Na Tabela 5 e na Figura 1, respectivamente, são apresentadas as PICS mais ofertadas em atividades coletivas e a distribuição de UBS no Brasil que ofertaram PICS em 2016.

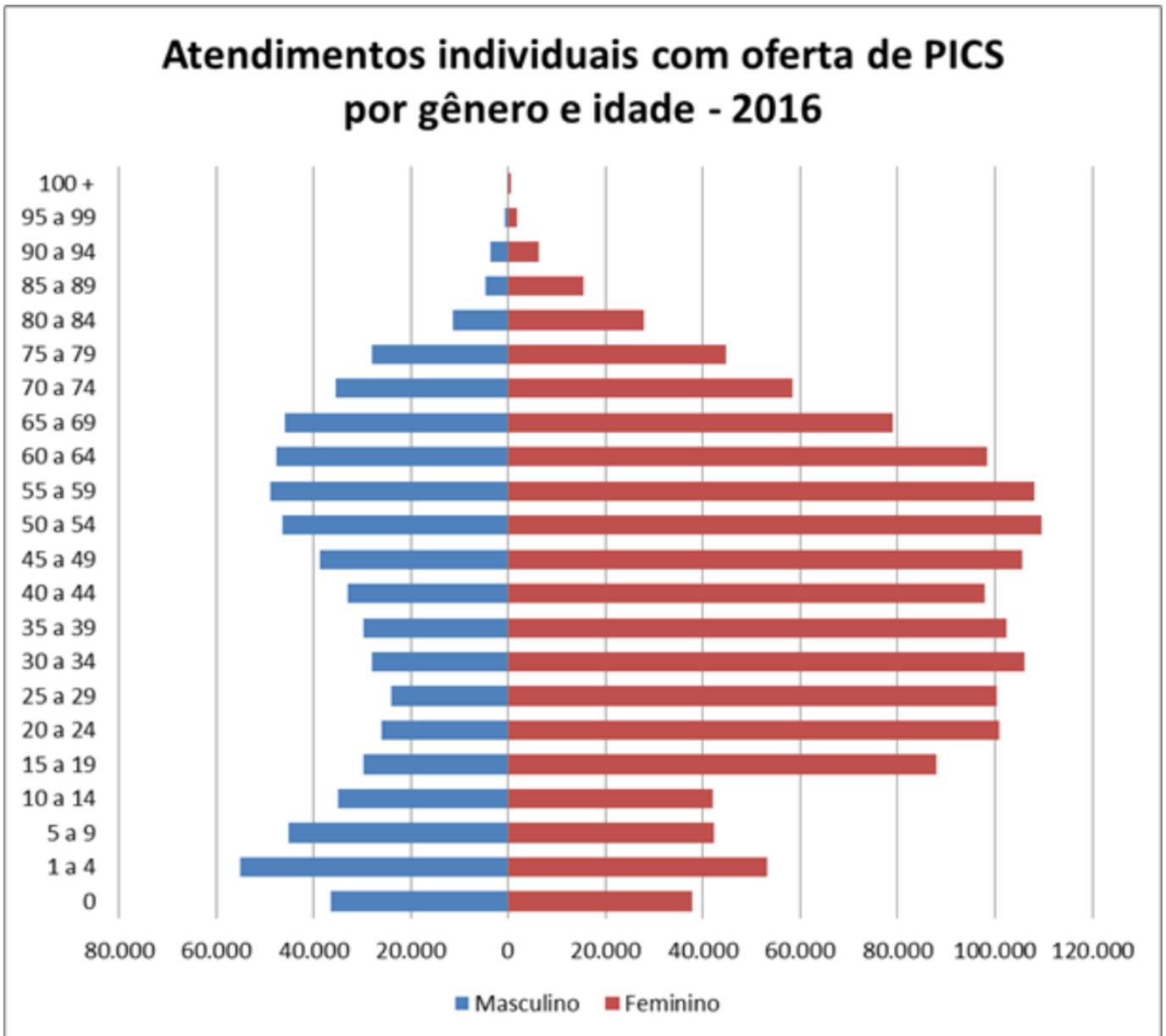
Tabela 5. PICS ofertadas

<b>Atividades Coletivas de PICS*</b>	<b>No. de atividades</b>
<b>Plantas medicinais / fitoterapia</b>	<b>45.630</b>
<b>Práticas corporais e mentais em PIC**</b>	<b>178.628</b>
<b>Total</b>	<b>224.262</b>

\*PICS: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

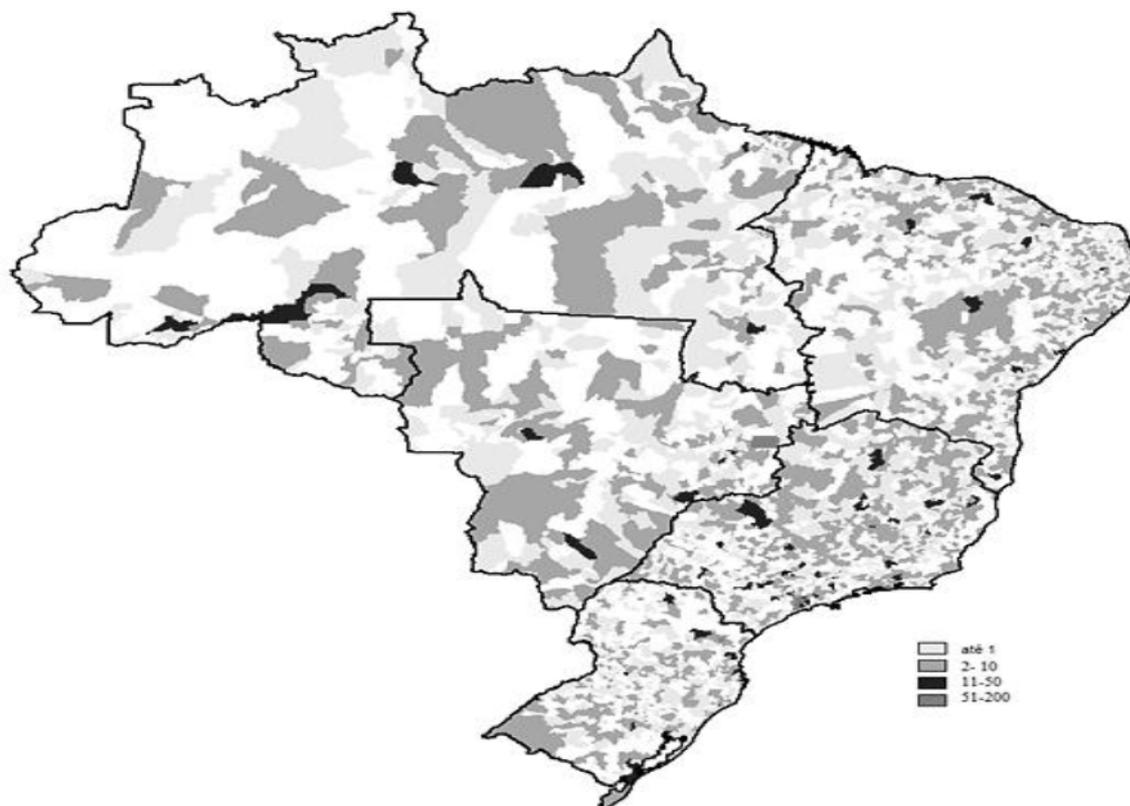
Fonte: SISAB (2016).

Gráfico 1. atendimentos individuais com oferta de PICS por sexo e idade



Fonte: Sisab (2016).

Figura 1. Distribuição de Unidades de Atenção Básica que ofertaram PICS no Brasil - 2016



Fonte: SISAB (2016).

### **Ações prioritárias para o fortalecimento da PNPIC**

A inserção das PICS no SUS torna o Brasil uma experiência de destaque. Assim, o MS vem sendo convidado a participar de diversas agendas internacionais, principalmente pela OMS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com o intuito de colaborar com outras experiências e alinhar as políticas públicas de saúde à Estratégia da OMS sobre as Medicinas Tradicionais, que foram atualizadas para os próximos anos, 2014–2023.

A experiência brasileira se caracteriza por trazer estas práticas inseridas no SUS, sistema universal de saúde pública e integradas em sua rede de serviços de saúde, tendo como foco a inserção na AB, sem desconsiderar, no entanto, a oferta dessas práticas em serviços de média e alta complexidade. Assim, as PICS não se apresentam como um serviço à parte, ou alternativo, mas realmente integrado à medicina convencional.

No sentido de ampliar o escopo das ações e cumprir a diretriz geral da PNPIC que dispõe sobre a promoção de cooperação nacional e internacional das experiências da PNPIC nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde <sup>8</sup>, entre os anos de 2006 à 2010 a gestão

federal da AB no SUS contribuiu em eventos e reuniões técnicas promovidos pela OMS em missões internacionais na Argentina, Peru, China, entre outros <sup>12</sup>. Entre 2012 e 2016 a equipe participou de encontros da OMS, no intuito de colaborar com a produção de documentos técnicos, além de participar de encontro com a OPAS, e de eventos na Nicarágua, Alemanha, China e Índia.

No tocante à formação e concepções dos profissionais de saúde são fatores que influenciam e/ou determinam as formas de intervenções em problemas vividos por indivíduos ou coletivos. Assim as concepções de saúde e doença dos profissionais influenciam suas práticas, logo se o profissional orienta-se pelo paradigma biologicista, a medicalização será a principal forma de atuação, mas se ele incorpora o paradigma da produção social da saúde, o mesmo entende que o processo saúde-doença é influenciado por múltiplos fatores que extrapolam o setor saúde, cabendo então, ir além da Clínica <sup>13</sup>. As PICS incluem abordagens de cuidado que ampliam o olhar sobre o processo saúde-doença e ampliam as possibilidades terapêuticas que dialogam com a questão citada.

Considerando a necessidade de ampliar a oferta de PICS nos serviços de saúde, uma das principais estratégias de ações realizadas no âmbito da PNPIC são as estratégias de Formação. No período de 2014 a 2016 mais de 17.500 profissionais de saúde iniciaram processo de formação, mais de 6.500 concluíram e 11.000 estão em curso. Para 2017, está prevista a formação de mais 9.000 trabalhadores da AB em sete diferentes cursos, a saber: Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: Práticas Corporais e Mentais da Medicina Tradicional Chinesa; Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: Medicina Tradicional Chinesa; Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos para Agentes Comunitários de Saúde; Gestão de Práticas Integrativas e Complementares; O curso de Qualificação em Plantas Medicinais e fitoterápicos na AB também à ser lançado no AVASUS, além do Curso de Auriculoterapia na Atenção Básica.

No campo da estruturação de serviços, foi publicado, em 2013 o Edital de Chamamento Público nº 5, tendo como objeto o fortalecimento de ações e serviços de PICS nas Redes de Atenção à Saúde com foco na AB. O edital foi direcionado às secretarias municipais, distrital e estaduais de saúde, disponibilizando R\$ 2 milhões para propostas prevendo: a aquisição de insumos para os serviços; ações de divulgação e/ou sensibilização de trabalhadores da saúde, gestores e controle social; e processos de educação permanente em PICS, incluindo a elaboração de material didático. O expressivo número de propostas recebidas refletiu o grande interesse existente em diversos municípios em implantar e/ou fortalecer o desenvolvimento da PNPIC <sup>14</sup>. Estes projetos suscitaram uma ampliação sobre o debate do financiamento das PICS no MS.

Conforme já abordado no histórico, com o intuito de fortalecer a produção de conhecimento nesse âmbito, elaborou-se edital de fomento à pesquisa, em parceria com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/MS) e por intermédio do CNPq. A construção do edital levou em consideração as diretrizes emanadas da oficina anual realizada em 2011, onde foram discutidas as linhas de pesquisa prioritárias, além de apontar para a criação de uma rede de pesquisas em PICS.

O referido edital foi publicado em julho de 2013, sendo constituído pelas seguintes linhas:

- Análise de custo-efetividade de ações de práticas integrativas e complementares (PICS) no SUS;
- Pesquisa clínico-epidemiológica em relação ao uso das PICS no cuidado a pessoas com doenças crônicas;
- Avaliação e monitoramento de serviços de PICS no SUS.

O edital recebeu 138 propostas e, ao final, 27 projetos foram selecionados. Os resultados apresentados por pesquisadores, além das agendas com diversos atores tem demonstrado a necessidade de maiores pesquisas no campo das PICS que respondam a um conjunto de necessidades da gestão do SUS no que tange a implantação destas práticas na rede de saúde <sup>14</sup>.

Sobre o financiamento do SUS, a responsabilidade é dos três entes federados, neste sentido a oferta de PICS no SUS são públicas e isso pode ser entendido como um grande avanço comparado com sistemas de saúde de outros países. Do ponto de vista da gestão federal, o financiamento das PICS está dentro dos blocos de financiamento do SUS. Na AB, o financiamento é composto pelo PAB fixo e variável. No Bloco de Média e Alta complexidade existem três procedimentos específicos da acupuntura, sessão de acupuntura com inserção de agulha, sessão de acupuntura com aplicação de moxa/ventosa; e eletroestimulação que são remunerados. No Bloco da Assistência Farmacêutica, os medicamentos fitoterápicos e homeopáticos fazem parte da lista de medicamentos que podem ser adquiridos a partir do componente básico da assistência farmacêutica.

### **Desafios para os próximos 10 anos da PNPICS**

Inicialmente destaca-se a perspectiva contra-hegemônica das PICS no Cuidado em Saúde, é importante lembrar que a perspectiva curativista está incutida na população <sup>15</sup> e que a disposição para o cuidado e autocuidado, assim como a adesão a modos de vida saudáveis, são constructos sociais adquiridos ao longo da vida, com fortes traços de uma cultura proveniente da medicina prescritiva que remete à crença, por parte de muitos usuários do SUS, de que o cuidar da saúde é ir ao médico e fazer exames regularmente <sup>16</sup>.

Minayo <sup>7</sup> ressalta que além dos aspectos biológicos, saúde ou doença trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico. Para Carvalho et al. <sup>17</sup> necessidades de saúde não são definidas de forma normativa, são socialmente estabelecidas por meio de pactos entre sujeitos de contextos culturais, sociais e econômicos, envolvendo acesso a vários serviços.

Para Minayo <sup>7</sup> vivências desiguais constroem formas diversas de pensar, sentir e agir peculiares a respeito do processo saúde-doença-cuidado, assim como defende que não há saúde nem construção social da saúde em abstrato e fora da sociedade que as geram. Máximo, Souza e Freitas <sup>16</sup> afirmam ser necessário sair do contexto da prescrição e entrar no das interações, com capacidade de escuta para se compreender as representações dos sujeitos e suas próprias, interferindo positivamente em uma nova construção de modos de cuidar.

A valorização e escuta das trajetórias, narrativas e histórias de vida dos sujeitos buscando produzir cuidado a partir destas singularidades <sup>18</sup> também deve ser valorizada. As informações e recomendações são ressignificadas a partir da interação com os sujeitos, seus saberes, crenças, valores e desejos <sup>1</sup>.

Assim, as PICS podem ser consideradas como uma forma de promover a saúde. Antes delas e de outras ofertas de cuidado que reconhecem e valorizam os determinantes e condicionantes da saúde, o recurso público da saúde era utilizado prioritariamente em determinadas formas de cuidado, diminuindo as possibilidades do cidadão em participar da escolha da abordagem de cuidado. Assim a institucionalização das PICS no SUS atende a uma demanda social e a garantia de um direito de escolha de diferentes abordagens de cuidado. No Brasil, muito se avançou na implementação das PICS no SUS conforme abordado, principalmente na AB, a literatura é pródiga em reconhecer o papel da ESF, por ser uma estratégia destinada a reorientar o modelo assistencial através da prestação de serviços e ações de saúde pautada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social, para desenvolvimento de práticas promotoras de saúde visto que a realidade social e de saúde envolve múltiplos fatores e são processos importantes para se trabalhar o indivíduo, família e comunidade <sup>13,19</sup>.

Contudo, também é possível afirmar que a maioria do cuidado em saúde ofertado é limitada à abordagem de fator de risco, centrado em ações programáticas e pontuais <sup>20</sup>, ou ainda que os processos de trabalho na ESF ainda se orientam fortemente pelo enfoque centrado na doença, na cura e nos indivíduos baseados em um modelo de saúde médico-centrado, especializado, gerando uma visão fragmentada <sup>16,18,21</sup>.

Considerando que a política pública está sempre em construção, considerando os 10 anos da PNPIC, e pensando em avanços concretos para os próximos anos, no campo da gestão, existe o desafio de informar e sensibilizar os gestores na implantação e implementação da PNPIC, elaborar indicadores, no campo da formação é necessário evoluir na inclusão das PICS na formação dos profissionais de saúde, assim como sensibilizar e formar os profissionais que já estão na rede. Neste sentido, os materiais produzidos pelo MS, seja os técnicos ou de comunicação, são essenciais para a mudança de paradigma e ampliação do olhar e da oferta terapêutica que as PICS propõem.

É necessário avançar na garantia dos medicamentos e insumos das PICS, como os medicamentos homeopáticos, antroposóficos e fitoterápicos, assim como, os insumos da Acupuntura e das outras técnicas da Medicina Tradicional Chinesa. É preciso avançar no campo regulatório dos produtos e medicamentos relacionados às PICS, como os produtos da Medicina Chinesa, do Ayurveda, Florais, entre outros.

O campo da regulamentação dos praticantes também é uma das diretrizes da estratégia da OMS sobre as medicinas tradicionais, sendo necessário o MS e os demais atores institucionais e sociais se aprofundarem neste debate, considerando a saúde da população, considerando, mas não se limitando a questões de mercado.

Um dos grandes desafios é garantir acesso a população, assim, é necessário ampliar o número de municípios que ofertam PICS, principalmente as ofertas de atendimentos individuais, ampliar o número de serviços e profissionais, ampliar a oferta dessas práticas nos serviços.

Conclui-se que o papel indutor da PNPIC permitiu muitos avanços, assim como apontou a necessidade de buscar mudanças na produção do cuidado em saúde, passando de uma perspectiva exclusivamente curativista, dispendiosa e de submissão dos cuidados decididos exclusivamente pelos profissionais de saúde, para uma perspectiva de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de autonomia dos sujeitos e de racionalidades em saúde.

## Referências

1. Carvalho FFB. Projeto de qualificação de proposta de pesquisa para obtenção de grau de doutor em Ciências da Saúde. [Rio de Janeiro]: Fiocruz; 2017.
2. Silva KL, Sena RR, Lima KMSV, Martin BR, Santos JBO. Promoção da saúde e intersectorialidade em um município da região metropolitana de Belo Horizonte/MG. Rev APS [Internet]. 2013 abr–jun [2016 maio 15];16(2):165–72. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1757>

3. Staliano P, Araujo TCCF. Promoção da saúde e prevenção de doenças: um estudo com agentes comunitários de saúde. *Rev Psicol Saude* [Internet]. 2011 jan–jun [2016 fev 22];3(1):43–51. Disponível em: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/80/138>
4. World Health Organization. *Traditional Medicine Strategy: 2014-2023*. Hong Kong: WHO; 2013. 76 p. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js21201en/>
5. Contatore AO, Barros NF, Durval MR, Barrio PCCC, Coutinho BD, Santos JA, et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(10):3263–73. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.00312015>.
6. Otani MAP, Barros NF. A Medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(3):1801–11, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300016>.
7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008. 407 p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude e ampliação de acesso*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. 92 p. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>
9. Ministério da Saúde (BR). *Relatório de Gestão 2006/2010: práticas integrativas e complementares no SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
10. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da estratégia saúde da família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saude Debate*. 2014;38(no. esp):13–33. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>.
11. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: várias faces de uma política inovadora. *Rev Divulgacao Saude Debate*. 2014 out;(51):43-57. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext\\_pr&pid=S0103-11042014000600358&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S0103-11042014000600358&tlng=pt)
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Relatório de gestão 2006/2010: práticas integrativas e complementares no SUS*. Brasil, 2011 [acesso 2017 abr 2017]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/rel\\_gestao2010\\_final.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/rel_gestao2010_final.pdf).

13. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersectoriais para promoção da saúde na estratégia saúde da família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(5):762–9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500011>.
14. Cavalcanti F, Amado DM, Asquidamini F, Rocha PRS, Sá RM, Campos TP. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sus: histórico, avanços, desafios e perspectivas. In: Barreto AF, organizador. *Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação* [Internet]. Recife: Editora UFPE; 2014 [acesso 2017 abr 5]. 345 p. Disponível em: [http://www.neplame.univasf.edu.br/uploads/7/8/9/0/7890742/livro\\_praticas\\_integrativas\\_em\\_sa%C3%BAde\\_versao\\_final.pdf](http://www.neplame.univasf.edu.br/uploads/7/8/9/0/7890742/livro_praticas_integrativas_em_sa%C3%BAde_versao_final.pdf)
15. Machado MFAS, Vieira NFC, Silva RM. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. *Cienc Saude Colet.* 2010;15(4):2133–43, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400027>.
16. Máximo EAL, Souza HNF, Freitas MIF. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. *Cienc Saude Colet.* 2015;20(3):679–88, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.14742014>.
17. Carvalho AI, Bodstein RCA, Hartz Z, Matida AH. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. In: Hart Z, Potvin L, Bodstein R, organizadores. *Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre Brasil e cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS) da universidade de Montreal de 2002 a 2012*. Brasília, DF: CONASS; 2014. p. 38–50.
18. Rocha DG, Akerman, M. Determinação Social da Saúde e Promoção da Saúde: isto faz algum sentido para a Estratégia de Saúde da Família? Em que sentido podemos seguir? In: Souza MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro*. Campinas, SP: Saberes Editora; 2014, p. 720–54.
19. Heidemann ITSB, Costa MFBNA, Hermida PMV, Marçal CCB, Cypriano CC. Sistema de informação da atenção básica: potencialidades para a promoção da saúde. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(2):152–9. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500026>.
20. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Engstrom EM, Bodstein RCA. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saude Debate.* 2014;38(no. espec):2014:52–68. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S005>.

21. Fracolli LA, Gomes MFP, Gryscek ALFPL. Percepções de gestores municipais sobre ações de promoção da saúde: em foco os agentes comunitários de saúde. *Saude Soc.* 2014;23(3):919–27. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300015>.