FURG

Vittalle

ISSN 2177-7853

Oferta de Práticas Integrativas e Complementares nas unidades públicas de saúde do município do Rio de Janeiro (2006-2016)

Fábio da Silva Sanches[a], Guacira Corrêa de Matos[b], Thiago Botelho Azeredo[b,*]

[a] Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
[b] Observatório de Vigilância e Uso de Medicamentos, Departamento de Fármacos e Medicamentos, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Histórico do Artigo
Recebido em:
28/11/2017
Aceito em:
18/03/2018

Palavras-chave:
Terapias PNPIC; práticas integrativas e complementares; SUS; implementação; Rio de Janeiro.

RESUMO
Por meio de estímulos da Organização Mundial de Saúde, vem ocorrendo um aumento gradual da inserção das práticas integrativas e complementares (PIC) nos sistemas de saúde. No Brasil, no contexto de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), reforçou-se que a integralidade do cuidado deve incluir práticas assentadas em pressupostos holísticos. Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). O presente estudo teve como objetivo descrever e analisar a evolução da oferta de PIC no SUS no município do Rio de Janeiro entre os anos de 2006 e 2016. Realizou-se levantamento de dados públicos disponíveis nas bases de dados da Secretaria Municipal de Saúde e do Ministério da Saúde (DATASUS). Selecionou-se o período de 2006 a 2016 para a análise, abordando-se o histórico de registros de PIC nesse período, bem como os dados de produção de consultas e sessões de PIC, além dos dados disponíveis de planejamento e execução orçamentária para o período selecionado. Houve um aumento de 7 para 592 serviços de PIC registradas, 29% das unidades públicas de saúde municipais oferecem pelo menos um tipo de PIC em 2016, sendo mais prevalente a prática corporal/atividade física. A regularidade da previsão de PIC no planejamento municipal a partir de 2014 parece ter tido impacto positivo no aumento de PIC registradas. Um esforço na regularização desse registro facilitaria a análise da situação e permitiria que se fizessem planejamentos mais precisos para a implementação de PIC, favorecendo a ampliação do acesso a essas práticas.

Supply of integrative and complementary practices in public healthcare facilities in the city of Rio de Janeiro (2006-2016)

Keywords:
PNPIC; integrative and complementary practices; SUS; implementation; Rio de Janeiro.

ABSTRACT
The World Health Organization has been supporting the inclusion of integrative and complementary practices (ICP) in health systems. In Brazil, the implementation of the Unified Health System (SUS) has reinforced that integral care should include practices based on holistic assumptions. In 2006, the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC) was approved. The present study aimed to describe and analyze the supply of ICP in the SUS in the city of Rio de Janeiro as part of the PNPIC implementation. A survey of public data available in the databases of the Municipal Health Secretariat and the Ministry of Health (DATASUS) was carried out. The period from 2006 to 2016 was selected for the analysis, addressing the history of ICP records, the production data on ICP consultations and sessions, as well as the budget planning and execution data for the period selected. There was an increase from 7 to 592 ICP services recorded, 29% of municipal public health units offer at least one type of ICP in 2016, with physical activity as the more prevalent practice. The regularity of the ICP forecast in municipal planning from 2014 seems to have had a positive impact on the increase in ICP recorded. An effort to regularize this registry would facilitate the situation analysis and allow more precise planning for the implementation of ICP, favoring the expansion of access to these practices.

* Autor correspondente: thiagoazeredo@pharma.ufrj.br (T. B. Azeredo)

1. Introdução

A utilização das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), também denominadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Medicina Tradicional ou Medicina Complementar e Alternativa, é cada vez mais reconhecida. Há uma enorme variedade de PIC em utilização no mundo, sendo consideradas de diferentes maneiras em função da cultura, conhecimento e acesso à medicina convencional (1). Por PIC, entendem-se sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, que procuram cura e equilíbrio por meio do reforço ou indução de uma resposta natural do organismo. Aplica-se um princípio holístico, com enfoque integral dos problemas de saúde e da vida (2-4). A OMS as considera, ainda, como a fusão dos termos "medicina tradicional" e "medicina complementar", abarcando produtos, práticas e profissionais que atuam nessa área (1).

A estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional, atualmente em sua segunda versão (2014-2023), tem como finalidade auxiliar os Estados Membros a desenvolver políticas e planos de ação que reforcem o papel das PIC na manutenção da saúde dos cidadãos (1). O principal foco do documento é o estímulo ao desenvolvimento de políticas nacionais próprias e personalizadas, fundamentadas nas necessidades de cada país, e que estabeleçam planos de ação eficientes para garantir o acesso da população às PIC de maneira eficaz, eficiente e segura.

Lovera (5) realizou um estudo no qual analisa a regulamentação de PIC em países da América Latina. Segundo o trabalho, além do Brasil, países como Bolívia, Cuba, México e Nicarágua contam com políticas ou legislações para o estímulo do desenvolvimento das PIC. Argentina, Chile, Colômbia, Peru, Venezuela, entre outros, apesar de não contarem com uma política específica para o desenvolvimento dessas práticas, apresentam regulamentações específicas para algumas delas. A autora destaca, ainda, Brasil e Cuba como os países da América Latina que apresentam maior evolução no que tange ao desenvolvimento da discussão sobre o tema.

Um dos pilares fundamentais na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), proposto em sua lei orgânica, é a "integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (6).

Tesser e Luz (3) discutem que a hegemonia biomédica que caracteriza as práticas de cuidado no SUS pode trazer prejuízo à proposta da integralidade. Isso ocorreria a partir do momento em que a doença passa a dominar o exercício clínico, deixando o doente de ser observado como tal. Ainda segundo esses autores (3:915):

> "Há um aumento da realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e, por vezes, danosos. E ocorre, ainda, uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, valores, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença."

A importância da biomedicina como paradigma organizador de estratégias de cuidado à saúde não deve ser negada. Porém, conforme apontado por Santos (7), mesmo que indispensável, essa pode tornar-se perigosa quando utilizada de maneira inadequada. Explica-se: ao ocorrer a substituição de estratégias holísticas de cuidado em saúde por uma maquinalização do homem e de seus problemas, deixa-se de se considerar o doente para que se passe a atentar somente à doença.

Nesse cenário, visando atender às recomendações da OMS com relação à incorporação das PIC, criou-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, publicada na forma da Portaria Ministerial nº 971/2006 (8). Essa política define

como PIC os "sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos […] com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade". Destaca-se que a PNPIC reconhece a Atenção Básica, "voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde", como o nível de atenção mais indicado para a inserção das PIC no SUS.

Em que pese o reconhecimento da Atenção Básica como lócus privilegiado para inserção das PIC (8), o financiamento específico de PIC no SUS, ponto fundamental para a efetiva implementação da PNPIC, segue múltiplas lógicas. Vários procedimentos têm valor previsto em Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais (OPM) do SUS: as consultas em homeopatia e acupuntura são financiadas por fundos para Média e Alta complexidade (MAC); as sessões de acupuntura com inserção de agulhas, aquelas com aplicação de ventosas ou moxa e as sessões de eletroestimulação são financiadas por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensações, sendo também considerados procedimentos em média complexidade (9). Já as práticas corporais em Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e prática corporal/atividade física em grupo são financiadas pelo Piso da Atenção Básica Fixo, enquanto os medicamentos homeopáticos e fitoterápicos são financiados através do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, ambos com uma lógica de valores per capita/ano (10,11).

Uma vez definidos os valores e fluxos de recursos que permitem aos municípios estruturar e oferecer PIC em suas redes de atenção à saúde, esperava-se uma efetiva expansão da oferta de tais práticas no SUS por meio do incremento tanto no número de unidades de saúde com oferta de PIC nos Municípios quanto no número de atendimentos em PIC realizados. Ainda segundo o documento da PNPIC (8), em 2004 a região sudeste era a que mais concentrava a estruturação de PIC, sendo representada pelos estados de São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro, nessa ordem. A implementação das PIC no Rio de Janeiro correspondia a pouco mais de 5% do total, valor considerado baixo quando comparado ao do estado de São Paulo, que respondia por mais de 45% do total nacional.

Para suprir a lacuna de conhecimento sobre a extensão da implementação da PNPIC no nível dos municípios, o objetivo do presente artigo é descrever e analisar a evolução da oferta de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro entre os anos de 2006 e 2016.

2. Materiais e métodos

Trata-se de estudo quantitativo exploratório, descritivo, empregando como fontes documentos e bases de dados secundários oficiais. O período de 2006 a 2016 foi escolhido para observar a produção posterior ao estímulo induzido pela PNPIC, publicada em 2006. Para tanto, foram utilizados dados de acesso público disponíveis na página eletrônica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) e na plataforma de informações em saúde do DATASUS/MS <http://www.datasus.gov.br>.

Os dados disponíveis no DATASUS foram extraídos por meio do tabulador TABNET e exportados para o programa TabWin e as análises foram realizadas no programa Excel®. Para a análise crítica do histórico do registro de serviços em PIC, foram utilizados os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, CNES, referentes aos serviços registrados no município do Rio de Janeiro, de 2006 a 2016. Foram selecionados apenas os serviços públicos sob gestão municipal ou gestão dupla (municipal/estadual). Os dados foram tratados de maneira a observar a alteração no número total de serviços e a alteração específica na oferta de cada serviço.

Para a extração dos dados de produção nas unidades públicas de saúde no município do Rio de Janeiro, utilizou-se o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, SIA-SUS. Dessa base, foram extraídos os dados sobre o número de procedimentos apresentados por ano e por (I) tipo (consulta em homeopatia, consulta em acupuntura, sessão de acupuntura com inserção de agulhas, sessão de acupuntura-aplicação de ventosas/moxa, sessão de eletroestimulação, práticas corporais em medicina tradicional chinesa); (II) nível de atenção à saúde (consulta médica em saúde do trabalhador, consulta médica em atenção básica, consulta médica em atenção especializada) e (III) especialidade de consultas médicas, segundo o Código Brasileiro de Ocupações, CBO (médico homeopata e médico acupunturista).

As informações foram complementadas a partir de consulta ao portal eletrônico da SMS-RJ <http://www.sms.rio.rj.gov.br/>, na página referente às Práticas Integrativas e Complementares, na qual está disponível a relação das Unidades que ofereceram as seguintes práticas em 2016: Homeopatia – Consulta médica; Homeopatia – Dispensação; Fitoterapia; Acupuntura; Atividade Física Oriental; Auriculoterapia com semente; Shantala; Reflexologia podal; SUECA; Shiatsu; Tui-na e Do-in. Os dados obtidos foram tabulados em planilha Excel®, na qual as Unidades de Saúde foram, então, classificadas segundo os seguintes critérios: (I) Área de Planejamento, (II) Nível de Atenção (Atenção básica, Média e Alta Complexidade), (III) Categoria de Estabelecimento (Policlínica, Hospital, Centro Municipal de Saúde, Clínica da Família, Centro de Atenção Psicossocial), (IV) Prática oferecida segundo classificação da Secretaria Municipal de Saúde-RJ.

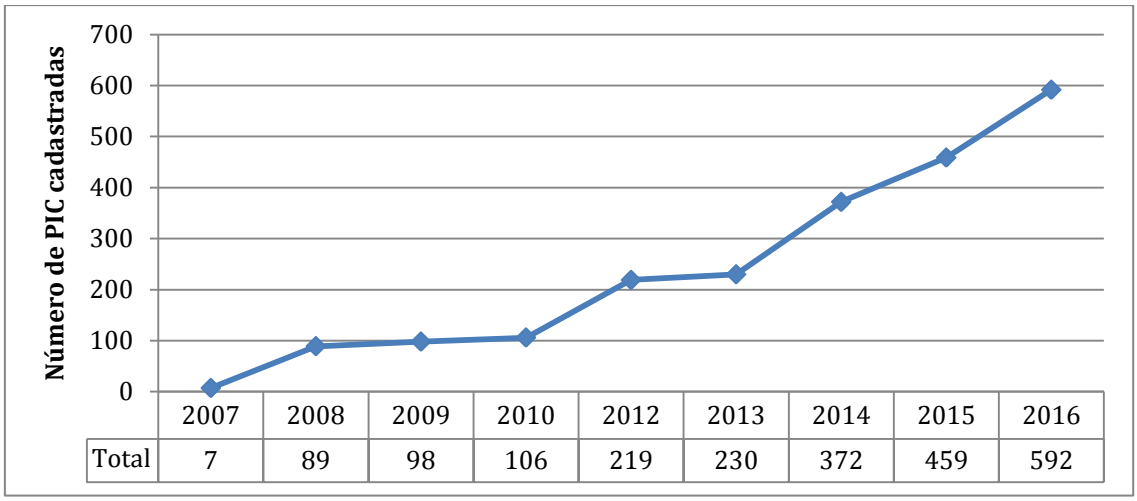
Após classificar as Unidades de saúde, conforme os critérios acima definidos, realizou-se tratamento dos dados para que fosse possível comparar a oferta com relação às áreas de planejamento e ao nível de complexidade no qual as PIC são oferecidas.

Adicionalmente, foram consultados os registros em relatórios e planejamentos da SMS-RJ, relativos à estruturação para a oferta de PIC. Para tanto, consideraram-se os Relatórios Anuais de Gestão apresentados ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), a Programação Anual de Saúde dos anos incluídos na pesquisa e o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 – documentos disponíveis publicamente no sítio eletrônico da SMS-RJ, na aba referente ao CMS.

Os dados obtidos foram analisados por meio de estatística descritiva e apresentados em frequências absolutas e relativas.

3. Resultados e discussão

A partir do levantamento realizado, foi possível constatar um aumento gradual no número de serviços de PIC registrados em Unidades de Saúde sob gestão municipal na cidade do Rio de Janeiro, especialmente a partir de 2012, conforme demonstrado na figura 1. Uma análise a partir do ano em que houve o primeiro registro, 2007, demonstra que ocorreu até o último mês de alteração, em 2016, um aumento expressivo de 7 para 592 registros de serviços. Os anos de 2008, 2012 e 2014 apresentaram as maiores taxas de crescimento anual de oferta de serviços de PIC registrados (1171%, 107% e 61%, respectivamente). Nos anos de 2005 e 2006, não houve qualquer prática registrada, motivo pelo qual foram suprimidos do gráfico. Em 2011, também não houve registro, portanto esse ano também não foi incluído no gráfico.



	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014	2015	2016
Total	7	89	98	106	219	230	372	459	592

Figura 1: Total de serviços de PIC registrados no CNES oferecidos nas Unidades de Saúde municipais da cidade do Rio de Janeiro. 2007-2014.
Fonte de dados: TABNET. PIC= Práticas Integrativas e Complementares. CNES = Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

Não se realizou uma comparação direta entre a frequência e o número de PIC registradas e o crescimento do número de Unidades de Saúde municipais. Portanto, não foi possível concluir se o aumento no número de PIC registradas no período analisado foi devido a uma expansão da rede ou da oferta específica de PIC. O aumento observado, no entanto, mostra-se um fator positivo – coerente com o propósito de expansão da oferta de PIC na rede do SUS, preconizado pela PNPIC.

A figura 2 permite que se observe o total de cada tipo de PIC registrado em Unidades de Saúde municipais na cidade do Rio de Janeiro. Pode-se notar que, ao contrário da maioria das práticas que apresentaram tendências de crescimento da oferta, houve diminuição na quantidade de registro de farmácias com manipulação homeopática. Apesar da diminuição de farmácias nas quais há manipulação de medicamentos homeopáticos (de seis em 2008 para duas a partir de 2012), houve aumento no número de Unidades de Saúde municipais com oferta de atendimento em Homeopatia (de 12 em 2008 para 36 em 2016).

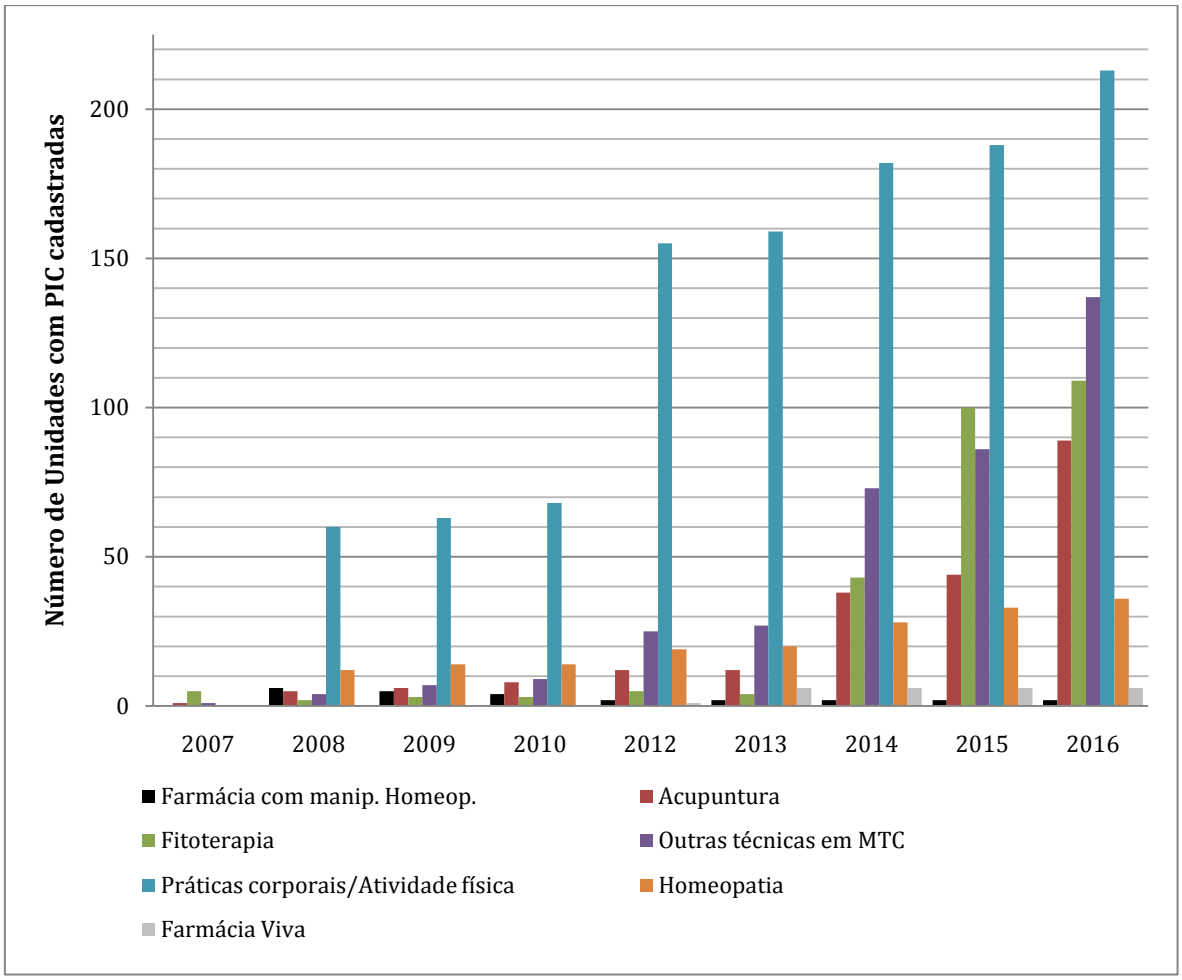


Figura 2: Total de serviços de PIC registrados no CNES em Unidades de Saúde municipais da cidade do Rio de Janeiro, por ano e prática. 2007-2014.
Fonte de dados: Tabnet. PICs= Práticas Integrativas e Complementares. CNES = Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

Levantam-se algumas hipóteses para a não diminuição no fornecimento de medicamentos homeopáticos à população. A primeira seria a centralização do serviço de manipulação, com aumento do número de manipulações num número menor de farmácias, como estratégia para viabilizar uma logística de distribuição mais controlada e que garantisse o maior acesso ao medicamento manipulado. Outra possibilidade é a utilização de medicamentos homeopáticos industrializados, que têm sua logística de distribuição mais simples, apesar de representarem um arsenal terapêutico mais limitado e, provavelmente, menos ajustado à construção local e contextualizada da demanda. Ainda, deve-se considerar a possibilidade de que os usuários estejam adquirindo medicamentos homeopáticos manipulados na rede privada.

De forma comparável, o aumento na oferta registrada de serviços de fitoterapia, de cinco em 2007 para 109 em 2016, supera em muito a oferta de unidades com o programa Farmácia Viva, apenas seis unidades registradas em 2016. Assim, é possível que a dispensação de medicamentos fitoterápicos para atender a esses serviços seja feita, majoritariamente, por meio da aquisição de fitoterápicos industrializados.

Esses indícios apontam para uma possível sobreposição das soluções industriais em detrimento do aproveitamento das sistematicidades locais ou populares (12) – com base no cuidado profissional holístico e assentado no contexto de vida em que saberes técnicos atuam como ferramentas de sistematização e potencialização do conhecimento

tradicional e práticas de autocuidado das comunidades. Em outras palavras, embora um dos elementos centrais na proposição da incorporação de PIC no SUS seja a contraposição à hegemonia biomédica-industrial, ou melhor, a justaposição de um princípio holístico para a integralidade na produção de cuidado em saúde (3,4), parece que, tanto no caso da oferta de cuidados e insumos em homeopatia quanto no caso da oferta de cuidados e insumos em fitoterapia, o poder de arrasto do macrossistema de saúde, com seus efeitos de centralização e padronização técnico-política das práticas em saúde (12), tem superado, ao menos quantitativamente, segundo os registros oficiais, as instâncias de produção e articulação de saberes locais.

No entanto, há que se considerar, como destacam Souza et al. (2), que os sistemas de informação e gerenciamento do SUS não estão ajustados para refletir adequadamente a real oferta de PIC, o que pode levar ao subregistro. Há, no estado (13) e município (14) do Rio de Janeiro, relatos de experiência de implantação de serviços de fitoterapia que datam do fim dos anos 1990 e início dos anos 2000. Antonio, Tesser e Moretti-Pires (15) destacam que as experiências foram estimuladas pela criação de um programa Estadual de Plantas Medicinais regulamentado pela Lei estadual 2.537/1996, que buscava

> estabelecer políticas públicas na área de preservação, pesquisa e utilização de plantas medicinais [...] a interação com outros programas da saúde coletiva, setores e serviços da secretaria da saúde e demais secretarias da prefeitura, em Paquetá, trabalhando uma horta na escola municipal Pedro Bruno onde se proporcionou a interação entre idosos com adolescentes (15: 550).

É provável que a aprovação da Portaria 886, que instituiu a Farmácia Viva no âmbito do SUS (16), em 2010, tenha aprofundado a institucionalização dessas experiências junto às Secretarias de Saúde, implicando tanto um estímulo à expansão quanto ao correto registro dessas atividades nos sistemas de informação.

Destaca-se, ainda, o aumento significativo no registro de práticas corporais/atividade física (de 60 em 2008 para 213 em 2016) e outras técnicas em Medicina Tradicional Chinesa (de uma em 2007 para 137 em 2014).

A PNPIC foi publicada em meados de 2006 e o início do registro de serviços em PIC nas unidades públicas ocorreu em 2007. Essa concordância temporal pode permitir inferir que, desde a publicação, a PNPIC influenciou o aumento da oferta e a qualidade do registro das PIC. Ambos os fatores podem ser considerados como objetivos alcançados pela política, apesar da dubiedade ocorrente nesses registros.

A tabela 1 apresenta os dados de produção em consultas com profissionais médicos homeopatas e médicos acupunturistas nas Unidades de Saúde municipais do município do Rio de Janeiro no período de 2006 a 2016.

Tabela 1: Número de consultas com médicos homeopatas e acupunturistas realizadas em unidades municipais da cidade do Rio de Janeiro. 2005-2013.

Ano	Todas as especialidades médicas	Acupuntura		Homeopatia	
		n	%	n	%
2006	2.758.750	8.023	0,29	56.068	2,03
2007	2.417.505	6.858	0,28	49.361	2,04
2008	2.948.203	1.720	0,06	33.096	1,12
2009	2.950.567	1.817	0,06	29.301	0,99
2010	3.326.307	2.097	0,06	36.351	1,09
2011	3.835.399	2.894	0,08	37.139	0,97
2012	3.980.592	2.860	0,07	35.791	0,90
2013	4.394.154	1.556	0,04	31.035	0,71
2014	1.377.237	155	0,01	7.574	0,54
2015	4.854.754	1.835	0,04	31.069	0,64
2016	4.891.163	1.723	0,03	20.986	0,43

Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

É possível observar que o período compreendido entre os anos de 2006 e 2007 apresentou o maior número de consultas nessas práticas, representando ainda um maior percentual sobre o número total de consultas médicas anuais realizadas nas Unidades de Saúde. Após esse período, observa-se uma redução na quantidade de consultas em homeopatia e acupuntura, tanto em valores absolutos quanto em valores percentuais.

A tabela 2 apresenta os dados de produção em sessões de acupuntura com inserção de agulhas, aplicação de ventosas/moxa e eletroestimulação, bem como a utilização de práticas corporais em Medicina Tradicional Chinesa para o mesmo período. Com exceção das sessões de eletroestimulação, pode-se observar um aumento significativo no número de sessões com PIC nas Unidades. Os anos 2006-2007 foram suprimidos da tabela por não apresentarem registro das práticas.

Tabela 2: Número de sessões de acupuntura com inserção de agulhas, aplicação de ventosas/moxa ou eletroestimulação e práticas corporais em MTC realizadas em unidades municipais da cidade do Rio de Janeiro. 2008-2013.

Ano	Sessão de acupuntura com inserção de agulhas	Sessão de acupuntura - Aplicação de ventosas/moxa	Sessão de eletroestimulação	Práticas corporais em MTC	Total
2008	3.377	343	156	2.995	6.871
2009	2.233	680	-	373	3.286
2010	6.415	4.221	-	3.955	14.631
2011	8.014	3.236	1	18.026	29.277
2012	8.577	2.911	-	17.848	29.336
2013	17.777	16.389	-	10.471	44.637
2014	1.015	1.724	-	6.664	9.403
2015	4.415	4.706	-	32.645	41.766
2016	5.857	4.133	1.579	25.900	37.469

Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). MTC= Medicina Tradicional Chinesa.

Uma análise inicial implica a conclusão de que houve uma diminuição na oferta de consultas em acupuntura no sistema público. Entretanto, considerando-se que houve alteração no código de registro da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) justamente no ano de 2008, que representa o início do declínio no número de consultas e, ao mesmo tempo, o início do aumento no número de sessões de acupuntura, pode-se sugerir que houve, na verdade, uma alteração na maneira com que se realiza o registro. Tal conclusão é corroborada pelo fato de que nos anos de 2005 a 2007 não houve registro de sessões de acupuntura com inserção de agulhas, aplicação de ventosas/moxa ou eletroestimulação, fato que se reverteu a partir de 2008.

Somando-se as consultas de acupuntura e os procedimentos em acupuntura, observa-se que houve, na realidade, uma menor variação na oferta dessa prática. Pode-se tomar de exemplo os anos de 2007 e 2008 para que se chegue a essa conclusão: em 2007, foram realizadas 6.858 consultas em acupuntura e nenhuma sessão, o que totaliza 6.858 atendimentos nessa prática. Já em 2008, 1.720 consultas em acupuntura e 3.876 sessões de acupuntura, o que totalizaria 5.596 procedimentos em acupuntura.

Entretanto, no que se refere às consultas em homeopatia, uma vez que não há outra forma de registrá-las, compreende-se que houve uma queda maior no número de procedimentos. Uma possível explicação para esse fato é a redução no número de unidades nas quais há manipulação de medicamentos homeopáticos. Tal situação pode restringir o arsenal terapêutico do profissional, ou afetar, qualitativamente, a prática pela indução de um arsenal pré-fabricado, o que desafia o fundamento holístico da prática e pode implicar menor utilização desse tipo de terapia. Não se pode desconsiderar a possibilidade de ter havido redução no número de profissionais homeopatas atuando na rede.

Sousa e colaboradores (2) realizaram uma análise do número de consultas e procedimentos no Brasil desde o ano de 2000. Nota-se que, assim como nos dados apresentados nesse trabalho, houve uma expansão no número de sessões de acupuntura quando se considera todo o país. Uma explicação encontrada pelos autores foi o fato de que, a partir do período em que se iniciou o aumento, profissionais não-médicos haviam sido autorizados a realizar esses procedimentos.

Com relação ao número de consultas, não foi possível observar nacionalmente a diminuição que foi detectada na análise dos dados do município do Rio de Janeiro. Entretanto, para os três municípios selecionados em seu estudo (Campinas, Florianópolis e Recife), os autores chegaram à mesma conclusão, principalmente no que se refere às consultas em homeopatia: houve diminuição gradativa na quantidade desse procedimento (2).

As regiões do município do Rio de Janeiro são divididas em cinco áreas de planejamento (AP), com maior volume populacional concentrado nas áreas 3 e 5.

Na tabela 3, é possível observar o perfil das áreas de planejamento com unidades de saúde que oferecem PIC no município do Rio de Janeiro. Observa-se que todas as áreas de planejamento têm unidades com disponibilidade de PIC. As AP 3 e 5 respondem pelo maior número de Unidades de Saúde com oferta de PIC. Estas respondem também pela maior proporção percentual de Unidades de Saúde com PIC (31% e 35%, respectivamente).

Tabela 3: Frequência e percentual de unidades com oferta de PIC por Área de Planejamento da cidade do Rio de Janeiro, 2016.

AP	Total de Unidades	Unidades com PIC	
	n	n	%
AP1	28	7	25
AP2	38	11	29
AP3	111	27	24
AP4	26	11	42
AP5	99	32	32
Total	302	88	29

Fonte de dados: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). AP= Área de Planejamento; PIC= Práticas Integrativas e Complementares.

Ressalta-se, entretanto, que essas duas AP são também as que apresentam maior concentração populacional. Portanto, ao realizar uma média do número de habitantes por Unidade de Saúde municipal com PIC, essas AP não apresentam uma média significativamente maior do que a das outras AP, o que se traduz em uma distribuição homogênea, sem o favorecimento de uma região de saúde em detrimento de outra.

Nota-se, ainda, que, do total de Unidades de Saúde municipais na cidade do Rio de Janeiro (302), 29% (88) contam com oferta de PIC em 2016.

A tabela 4 apresenta a divisão das Unidades de Saúde por nível de complexidade, indicando o total de unidades municipais por nível e a proporção de unidades que contam com oferta de PIC.

Tabela 4: Distribuição das unidades com oferta de PIC e totais, por nível de complexidade, da cidade do Rio de Janeiro, 2016.

Nível de complexidade	Unidades	Unidades com PIC
	% (n=302)	% (n=88)
AB	37	28
MAC-M1	12	10
MAC-M2 e M3	34	55
MAC - Alta Hosp/Amb	17	7
Total	100	100

Fonte de dados: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) e CNES. AB= Atenção básica (Atenção Básica – PAB e ou Procedimentos de Atenção Básica Ampliada); MAC-M1= Média e Alta Complexidade – M1 (Média Complexidade definidos como de 1º nível de referência); MAC-M2 e M3= Média e Alta Complexidade – M2 e M3 (Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos previstos nos níveis de hierarquia 02 e 03, além de procedimentos hospitalares de média complexidade); MAC-Alta Hosp/Amb= Média e Alta Complexidade – Alta complexidade Hospitais e ambulatórios (Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos de alta complexidade no âmbito hospitalar e ou ambulatorial); PIC= Práticas Integrativas e Complementares; CNES = Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

A elaboração da PNPIC foi realizada por um grupo de trabalho coordenado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS. Esta dá ênfase à incorporação das PIC na área de atenção básica, considerando o cuidado integral e humanizado em saúde. Porém, observando-se a distribuição das Unidades de Saúde municipais com oferta de PIC em 2014 em relação ao nível de complexidade, conforme tabela acima, nota-se que os níveis de média e alta complexidade (MAC-M2 e M3) respondem pelo maior percentual de unidades com oferta PIC (55%), seguido pela atenção básica (28%).

Ao se considerar que ambos os níveis de complexidade contam com um número similar de Unidades de Saúde, levanta-se a hipótese de que, devido ao fato de grande

parte dos procedimentos em PIC – segundo a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – não ser financiado pelo Piso da Atenção Básica, mas como procedimento especializado de média complexidade, a implementação das práticas em Unidades de maior complexidade seja mais viável. Há, portanto, uma contradição entre a proposição de expansão das PIC na Atenção Básica e sua forma majoritária de financiamento, o que tende a gerar um afastamento entre a formulação da política geral e a forma de implementação desta.

Além disso, é possível perceber que os dados disponíveis para o município do Rio de Janeiro com relação à distribuição por nível de complexidade não refletem os achados do diagnóstico situacional desenvolvido pelo DAB em 2004 e publicado na PNPIC. Segundo aquele diagnóstico (8), 86,2% das ações em PIC no Brasil estavam disponíveis na Atenção Básica, enquanto somente 3,48% se encontram na Atenção Especializada, fato que não se reflete no município do Rio de Janeiro.

No que se refere aos Relatórios Anuais de Gestão, foi possível encontrar dados relacionados às PIC nos relatórios de 2011, 2012 e de 2014 a 2016. Os Quadro 1 e 2 apresentam as análises divulgadas pela SMS-RJ ao Conselho Municipal de Saúde com relação às metas programadas e realizadas e ao orçamento programado (e realizado para o caso dos anos 2011 e 2012).

Quadro 1: Dados relacionados às PIC nos Relatórios Anuais de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2011-2012.

Ano	Diretriz	Meta anual programada	Meta anual realizada	Orçamento anual programado (R$)	Orçamento anual realizado (R$)
2011	Implantação de PIC em Unidade de Saúde	30	26	628.200,00	188.292,74
2012	Reforma da farmácia homeopática da Policlínica Hélio Pellegrino	1	Não completado	81.811,77	Não completado

Fonte de dados: Relatórios Anuais de Gestão 2011 e 2012, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). PIC= Práticas Integrativas e Complementares.

Quadro 2: Meta pactuada e orçamento nas estratégias 2.2 e 2.6 da diretriz 2 do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 da cidade do Rio de Janeiro, 2014-2017.

Ano	Meta Física		Orçamento (R$)
	Prevista [a,b]	Executada [c]	
Diretriz 2.2 Garantir atendimento a pacientes por Ações de PIC			
2014	124.400[a,b]	362.306	124.400,00
2015	190.332[a] / 45.570[b]	71.250	104.400,00
2016	199.848[a] / 180.000[b]	64.128	104.400,00
2017	209.841[a] / 78.400[b]	-	10.000,00
Diretriz 2.6 Garantir a distribuição de fitoterápicos à população			
2014	20.000	19.788	587.600,00
2015	22.000	21.430	319.612,96
2016	24.180	25.200	1.277.036,00
2017	26.622	-	2.585.360,00

a- Meta física prevista no Plano Municipal de Saúde 2014-2017; b- Meta Física informada nas Programações Anuais de Saúde dos anos 2014 a 2017; c- Meta Física executada informada nos Relatórios anuais de Gestão dos anos 2014-2016.

Fonte de dados: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). PIC= Práticas Integrativas e Complementares.

Observa-se que, em 2011 e 2012, as metas não foram cumpridas. Porém, no que se refere ao ano de 2011, nota-se que houve um grande avanço no número de Unidades de Saúde que ofertaram PIC no município do Rio de Janeiro, apesar de a meta não ter sido atingida. Apesar do aumento observado, destaca-se que, desde 2006, esse foi o único ano sem qualquer tipo de registro realizado no DATASUS.

Esse fato exemplifica, mais uma vez, a irregularidade nos registros realizados acerca das PIC, o que gera prejuízos para que se possa acompanhar a implementação dessas. Outra observação importante para o ano de 2011 está no fato de que, utilizando-se somente cerca de 30% da verba programada, foi possível atingir cerca de 85% da meta programada em implementação de PIC em Unidades de Saúde. Diante dessa incongruência, questiona-se a forma como os planejamentos são realizados e como os relatórios são apresentados.

O Plano Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) para o quadriênio 2014-2017 previu na segunda diretriz voltada à garantia da continuidade, qualidade e humanização do cuidado, duas estratégias que incluem ações em PIC: a 2.2, que visa à integralidade do cuidado e inclui ação para garantir atendimento a pacientes por PIC, e a 2.6, que visa garantia da assistência farmacêutica e inclui produção e distribuição de medicamentos fitoterápicos. Na primeira estratégia, houve a intenção de aumento de aproximadamente 70% no número de pacientes atendidos por ações de PIC. Com relação à segunda, planejou-se aumentar em cerca de 30% o número de unidades de medicamentos fitoterápicos distribuídos à população.

O período coberto pelo plano plurianual 2014-2017 coincide com o período de maior aumento no registro de PIC em unidades municipais do Rio de Janeiro.

Ao se observar o plano anual de saúde de 2014, no qual se programou a média de utilização de R$1,00 por paciente para novos atendimentos em PIC, questiona-se a qualidade da programação. Nesse ano, a meta física executada foi bastante superior ao previsto. Segundo a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (9), uma sessão de acupuntura com inserção de agulhas tinha, em 2014, o custo de R$ 4,13, o que permitiria que, com a mesma verba, fossem realizados somente cerca de 25% do planejado. Uma possibilidade para que a meta fosse atingida com a verba programada seria a implementação de práticas coletivas menos custosas, como atividade física em grupo por exemplo – que tem sido o tipo de prática com maior expansão de cobertura no período analisado. Para os demais anos, as metas físicas informadas nas Programações anuais de saúde de 2015, 2016 e 2017 foram inferiores àquelas previstas no Plano Municipal de Saúde 2014-2017; as metas executadas vêm sofrendo retração e o orçamento previsto para 2017 foi o menor da série histórica levantada.

A segunda meta programada no planejamento anual de 2014 foi a garantia da distribuição de 20.000 unidades de fitoterápicos para a população. A verba destinada para essa ação corresponde ao custo de R$ 29,38 por unidade de fitoterápico. Segundo a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, esse é o mesmo custo de uma unidade de nutrição parenteral adulta ou de uma prótese total mandibular, por exemplo. Ao contrário da estratégia anterior, tanto a meta física executada quanto o orçamento previsto para a distribuição de fitoterápicos têm aumentado a cada ano.

Questiona-se, então, que espécie de incentivo pode ser dada à implementação de práticas que muitas vezes já necessitam enfrentar diversas barreiras quando o planejamento para essa implementação mostra um custo elevado. Por outro lado, esses valores aparentemente altos para o financiamento do acesso a fitoterápicos podem estar sendo planejados não somente para aquisição de insumos, mas para a implantação de serviços mais completos como o programa Farmácia Viva, mais ajustado aos propósitos da PNPIC que a simples distribuição de produtos.

4. Considerações finais

As PIC, através de estímulos da própria OMS, tiveram sua inserção no SUS incentivada e regulada principalmente por duas políticas relevantes: a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Entretanto, deve-se atentar ao fato de que tais políticas, para que completem seus objetivos e alcancem a finalidade prática para a qual são propostas, necessitam ser claras em suas diretrizes e orientar os gestores para que consigam cumprir os requisitos apresentados e alcançar o resultado esperado.

A PNPIC destaca, em suas observações, a necessidade de que haja o registro adequado das PIC oferecidas em Unidades de Saúde, para que se garanta o controle e a utilização eficaz e segura dessas práticas pelo bem da saúde do paciente.

Entretanto, observou-se, durante o desenvolvimento do trabalho, que o registro de PIC pode tornar-se errático, uma vez que não é clara a modalidade de registro para cada tipo de prática, como no caso de práticas corporais, por exemplo, cuja definição parece um tanto ampla e pode incluir ou excluir práticas de acordo com o entendimento do gestor. Essa falta de homogeneidade, no que se refere ao registro, dificulta uma análise dos dados que permita conclusões eficazes sobre o diagnóstico da oferta de PIC no SUS.

Importante destacar, ainda, que as PIC não devem ser entendidas, nem sua oferta planejada, simplesmente como práticas pontuais para problemas de saúde específicos. O princípio holístico que lhes fundamenta implica buscar compreender o ser humano de maneira integral e vinculada a seu contexto de vida. Isso significa que a análise quantitativa da oferta de PIC deve ser complementada por estudos mais qualitativos, que busquem compreender as mudanças nos padrões de cuidado que deveriam acompanhar a implementação de PIC nos serviços de saúde.

Em que pese essas limitações, a análise levou à conclusão de que existe um número significativo de PIC sendo oferecidas à população pela SMS-RJ, com uma tendência de expansão da oferta, principalmente de atividades em grupo por meio de práticas corporais/atividade física. Exceção feita apenas à oferta de consultas em homeopatia, que apresentaram retração.

Considera-se que há, ainda, um grande espaço para a ampliação da utilização dessas práticas. Para tanto, propõe-se um esforço na regularização do registro de dados, o que facilitaria a análise da situação real e permitiria que se fizessem planejamentos mais acertados para a implementação de PIC.

Ademais, a regularidade da previsão de ações em PIC nos planos plurianuais, programações anuais e relatórios a partir de 2014 parece ter tido impacto positivo no aumento do registro de PIC em unidades públicas sob gestão do município do Rio de Janeiro.

5. Referências

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014 – 2023. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2013.
2. Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, Santos FAS, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. Cad. Saúde Pública 2012; 28(11): 2143-2154.
3. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. Ciênc. Saúde Col 2008; 13(1): 195-206.
4. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Públ 2008; 42(5): 914-20.

5. Lovera AAA. Regulación en Medicina Alternativa y Complementaria en América Latina: Experiencia y Reglamentación en Países Seleccionados. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro; 2014.
6. Brasil. Lei n. 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 e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Seção 1, p. 18055, 1990a.
7. Santos B.S. A crítica da razão indolente - Contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez; 2000.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 971, de 3 de Maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Seção 1, p. 20. 2006.
9. Datasus. SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Disponível em http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp. Acessado em Out 2017.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Seção 1, p. 68. 2017.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
12. Ribeiro LHL. Território e macrossistema de saúde: os programas de fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS). Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas. Campinas; 2015.
13. Michiles E. Diagnóstico situacional dos serviços de fitoterapia no Estado do Rio de Janeiro. Rev Bras Farmacogn 2004; 14(Supl.):16-9.
14. Reis MCP, Leda PHO, Pereira MTCL, Tunala EAM. Experiência na implantação do Programa de Fitoterapia do Município do Rio de Janeiro. Divulg Saude Debate. 2004; (30):42-9.
15. Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Fitoterapia na atenção primária à saúde . Rev Saúde Públ 2014; 48(3): 541-553.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 886, de 20 de Abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Seção I, p. 75. 2010b.