

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUSA

Acupuntura no SUS - realidade e perspectivas

RIBEIRÃO PRETO

2014

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUSA

Acupuntura no SUS - realidade e perspectivas

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Orientador: Maria José Bistafa Pereira

Coorientador: Nelson Filice de Barros

RIBEIRÃO PRETO

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Sousa, Leandra Andréia de
Acupuntura no SUS - realidade e perspectivas. Ribeirão Preto, 2014.

202 p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Maria José Bistafa Pereira

Coorientador: Nelson Filice de Barros

1. Acupuntura. 2. Política Nacional e Práticas Integrativas e Complementares.
3. Racionalidades Médicas. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Políticas de Saúde.

SOUSA, Leandra Andréia de

Acupuntura no SUS - realidade e perspectivas

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de um projeto carregado de sonhos, ideais, lutas e conquistas. Sua realização só foi possível graças à contribuição de muitas pessoas que compartilharam comigo os diferentes espaços desta vida e que caminharam alguns ou incontáveis passos neste intenso percurso. Vocês vivenciaram minhas ausências e minhas faltas e, de alguma forma, fizeram-se presentes, direta ou indiretamente, com incentivo, apoio, atitudes, palavras e exemplos. A todos vocês, meu carinho e minha gratidão.

*Ao **Bim, Lennon e Lennin**, sinônimos de amor e cumplicidade.*

*Aos meus queridos pais, **Sonia e Milton**, pelo amor e tolerância contínuos.*

*Aos meus familiares, meus tios, tias, primos e primas, sem exceção. Aos meus sobrinhos e sobrinhas queridos. Em especial, **Da. Jessi, Sr. Ge, Maria, Jader, Bete e Roni**.*

***Zezé**, minha mestra e amiga! Gratidão por me compreender e me ensinar a ter compreensão... Por me ensinar sobre singularidade, complexidade e limites na teoria e na prática.*

***Nelsinho**, meu mestre! Gratidão por estar conosco desde o início, por todo ensinamento, parceria e respeito, pelo acolhimento no Rio e em Campinas.*

*Meus queridos orientadores, **Zezé Bistafa e Nelsinho**, gratidão por encorajar e iluminar meu caminho... com generosidade, solidariedade e sapiência, para que eu seguisse adiante, mesmo nos momentos mais difíceis.*

*Aos bolsistas, **Gláucia, Jéssica, Raitone Thalita**, pela dedicação, compromisso, companheirismo e solicitude.*

*Às amigas e aos amigos **Dani, Rosi, Lu, Ale, Rema, Helena, Paulinho, Telma, Quico, Karina, Danilo, Gil, João, Lis e Roger**. À professora e amiga, **Sandra Lopes**.*

*Ao querido Tio **Zé Abrão**. À querida **Helena Capelini**. À minha amiga e prima **Juliane**. Ao meu querido mestre **Costi**. Namastê.*

*À família da **Zezé**, ao **Paulo, Paula, Tiago, Adriana e João Henrique**, pelos agradáveis momentos.*

*Às Profas Dras. **Cinira Magali Fortuna, Sílvia Matumoto e Márcia Ogata**.*

*Ao pessoal do departamento, **Augusto, Rosana, Lilian, Olânia**, especialmente **Andréia e Shirley**. Ao pessoal do DRS XIII, em especial à **Ângela** e à **Dilza**. Ao pessoal da SMS, **Maria Alice, Mirian, Claudia, Denise, Bete, Bruno, Dolores**, especialmente à **Jane**.*

*À **Dra. Sonia Ferri, Ed Meireles, Prof. Dr. Gilson Carvalho** (agora, in memorian) e **Prof. Dr. Aquilas Mendes**, pelas aulas, materiais e conversas sobre o financiamento da saúde e do SUS.*

*Às queridas **Maria do Socorro**, pela correção do português, e **Velmara**, pela formatação e ao querido **Zé Renato**, pelas traduções.*

*À **Capes**, pela bolsa de doutorado.*

Ubuntu - Eu sou porque nós somos.

Metade (Oswaldo Montenegro)

Que a força do medo que tenho
não me impeça de ver o que anseio
que a morte de tudo em que acredito
não me tape os ouvidos e a boca
porque metade de mim é o que eu grito
a outra metade é silêncio

Que a música que ouço ao longe
seja linda ainda que tristeza
que a mulher que amo seja pra sempre amada
mesmo que distante
pois metade de mim é partida
a outra metade é saudade

Que as palavras que falo
não sejam ouvidas como prece nem repetidas com fervor
apenas respeitadas como a única coisa
que resta a um homem inundado de sentimentos
pois metade de mim é o que ouço
a outra metade é o que calo

Que a minha vontade de ir embora
se transforme na calma e na paz que mereço
que a tensão que me corrói por dentro
seja um dia recompensada
porque metade de mim é o que penso
a outra metade um vulcão

Que o medo da solidão se afaste
e o convívio comiço mesmo se torne ao menos suportável
que o espelho reflita meu rosto num doce sorriso
que me lembro ter dado na infância
pois metade de mim é a lembrança do que fui
a outra metade não sei

Que não seja preciso mais do que uma simples alegria
pra me fazer aquietar o espírito
e que o seu silêncio me fale cada vez mais
pois metade de mim é abrigo
a outra metade é cansaço

Que a arte me aponte uma resposta
mesmo que ela mesma não saiba
e que ninguém a tente complicar
pois é preciso simplicidade pra fazê-la florescer
pois metade de mim é platéia
a outra metade é canção

Que a minha loucura seja perdoada
pois metade de mim é amor
e a outra metade também

RESUMO

SOUSA, L. A. de **Acupuntura no SUS - realidade e perspectivas**. 2014. 202 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A acupuntura, uma importante modalidade terapêutica da Medicina Tradicional Chinesa, é utilizada em mais de 130 países, e o panorama atual evidencia que o desenvolvimento mundial da acupuntura necessita incluí-la nos sistemas nacionais de saúde e no suporte governamental e acadêmico para sua legalização, normatização e inserção nas políticas públicas. No Brasil, a acupuntura é contemplada pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) que inseriu o país na vanguarda das práticas integrativas no sistema oficial de saúde, no âmbito das Américas. A PNPIC, publicada na forma da Portaria Ministerial nº 971 de maio de 2006, por meio de seus objetivos, diretrizes e ações, tem possibilitado conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de saúde, em municípios de praticamente todos os Estados. Embora a acupuntura já estivesse inserida nos serviços públicos de saúde de alguns municípios, antes da publicação da PNPIC, sua incorporação na rede pública estadual e municipal mostra que experiências têm ocorrido de modo desigual, descontinuado e, muitas vezes, sem o devido registro, com fornecimento inadequado de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação. Nesse sentido, a presente investigação constitui-se em um estudo de natureza analítica, com abordagem qualitativa, cujo objetivo foi analisar o processo de implantação da acupuntura nos serviços públicos de saúde dos municípios integrantes do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII) do Estado de São Paulo, no período de 2001 a 2011. Os dados foram obtidos por meio de análise documental, onde nesse recorte temporal foram analisados instrumentos de gestão, entre eles os Planos Municipais de Saúde (PMS), Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e as bases do Sistema de Informação do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), como o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e, também, por meio de entrevista semiestruturada com 11 sujeitos dos municípios onde a oferta da acupuntura no sistema público municipal da saúde foi identificada. Os dados da entrevista semiestruturada foram analisados a partir da matriz analítica formulada por Araújo e Maciel (2001), por meio das categorias: atores, conteúdo, contexto e processo. A análise do macro contexto possibilitou identificar semelhanças, guardando as devidas proporções, entre a PNPIC e o SUS, tanto no processo de criação quanto na implementação. A análise do micro contexto assinala que as PIC tiveram avanços, valendo-se das oportunidades do contexto político-social da saúde pública no Brasil, um exemplo é a própria elaboração e publicação da PNPIC. No entanto, seus princípios e diretrizes ainda estão distantes de serem considerados e valorizados como recursos tecnológicos em ascendência na conformação das práticas de saúde do SUS. Essas considerações sinalizam um cenário de fragilidades, contradições e contrassensos que podem comprometer a construção e a consolidação de espaços de ampliação da prática da acupuntura, nos serviços integrantes do SUS, incluindo os da Atenção Básica. Nesse sentido, destacamos a necessidade de se investir na definição do financiamento para a implantação e implementação das PIC, investir em estratégias de políticas indutoras, bem como envidar esforços na área de formação de saúde, contemplando desde a graduação até essas outras racionalidades. Também ressaltamos a importância de priorizar a acupuntura e as PIC na agenda política dos formuladores e implementadores, pautar a discussão sobre a acupuntura nos diferentes espaços de discussão e decisão, fomentar uma mobilização maciça com a participação de diversos atores e sujeitos sociais no desenvolvimento desse processo político.

Nessa perspectiva, é fundamental induzir processos de implantação, implementação e avaliação, institucionalizar uma estratégia periódica de avaliação da incorporação ou não de ações das PIC/RM, assumindo publicamente, inclusive, por meio dos diferentes instrumentos de gestão, o compromisso político com a institucionalização das PIC/RM, no SUS. Esse processo de buscar fortalecer a acupuntura e demais PIC/RM no SUS pode se constituir em uma estratégia de fortalecimento de diversas políticas de saúde e, conseqüentemente, de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Acupuntura, Política Nacional e Práticas Integrativas e Complementares, Racionalidades Médicas, Sistema Único de Saúde, Políticas de Saúde

ABSTRACT

SOUSA, L. A. de **Acupuncture in SUS - Reality and Prospects**. 2014. 202 p. Doctoral Dissertation. University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2014

Acupuncture, an important therapeutic modality of traditional Chinese medicine, is used in over 130 countries, and the current situation shows that the global development of acupuncture needs to include it in the national health systems and government and academic support for its legalization, standardization and integration in public policy. In Brazil, acupuncture is covered by the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC) in the Unified Health System (SUS), which entered the country at the forefront of integrative practices in the public health system in the context of the Americas. The PNPIC, published in the form of Ministerial Decree No. 971 of May 2006, through its objectives, guidelines and actions, has allowed to know, support, incorporate and implement experiences that have been developed in the public health system in the municipalities of almost all states. Although acupuncture has been inserted in the public health services of some municipalities, before the publication of PNPIC, their incorporation into state and municipal public network shows that experiments have been uneven, discontinued, and so often with poor or lack of registration, with inadequate supply of inputs or actions of monitoring and evaluation. In this sense, this research consists in a study of analytical nature, with a qualitative approach whose objective was to analyze the process of deployment of acupuncture in public health services of member municipalities of the Regional Department of Health XIII (DRS XIII) of the State of São Paulo, in the period 2001-2011. Data were collected through documentary analysis, and at this time frame, management instruments were analyzed, including the Municipal Health Plans (PMS), Management Annual Reports (RAG) and the databases of the Information System of the Department of Information and Informatics of the Unified Health System (DATASUS), as the National Register of Health Service Establishments (CNES) and the SUS Ambulatory info System of SUS (SIA/SUS), and also through semi-structured interviews with 11 individuals of the municipalities where the offer of acupuncture in the municipal public health system was identified. Data from semi-structured interviews were analyzed using the analytical framework formulated by Araújo and Maciel (2001), through the following categories: actors, content, context and process. The analysis of the macro-context enabled us to identify similarities, keeping the proper proportions, between PNPIC and the SUS, both in the creation process and the implementation. The analysis of the micro-context notes that the PIC had advances, taking advantage of the opportunities of the political and social context of public health in Brazil, one example is the actual preparation and publication of PNPIC. However, its principles and guidelines are still far from being considered and valued as technological resources in ascension in order to shape health practices of SUS. These considerations point to a scenario of weaknesses, contradictions and nonsense that can compromise the construction and consolidation of spaces of expansion of the practice of acupuncture, in those integrating services of SUS, including Primary Care. In this regard, we highlight the need to invest in setting funding for the deployment and implementation of PIC, invest in strategies of inducing policies as well as efforts in the area of health education, contemplating since undergraduation until these other rationalities. We note the importance of prioritizing acupuncture and PIC on the political agenda of policymakers and implementers, include the theme about acupuncture in different spaces for discussion and decision, promote a massive mobilization to encourage the participation of various actors and social individuals in the development of this political process. From this

perspective, it is essential to induce processes of deployment, implementation and evaluation, institutionalize a strategy of periodic reviewing and evaluating of the incorporation or not of actions of PIC/RM, assuming publicly, including by means of different management tools, the political commitment to the institutionalization of the PIC / RM, in the SUS. This process of seeking to strengthen acupuncture and other PIC/RM in the SUS can serve as a strategy for strengthening various health policies and, consequently, strengthen and consolidate of the Unified Health System.

Keywords: Acupuncture, National Policy on Integrative and Complementary Practices, Medical Rationales, Unified Health System, Health Policies

RESUMEN

SOUSA, L. A. de **Acupuntura en el SUS – Realidad y Perspectivas**. 2014. 202 h. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

La acupuntura, una importante modalidad terapéutica de la medicina tradicional china, se utiliza en más de 130 países, y la situación actual muestra que el desarrollo global de la acupuntura necesita incluirla en los sistemas nacionales de salud y en el soporte gubernamental y el apoyo académico para su legalización, la normalización y la integración en las políticas públicas. En Brasil, la acupuntura está cubierta por la Política Nacional de Prácticas Integradoras y Complementares (PNPIC) en el Sistema Único de Salud (SUS), que insirió el país en la vanguardia de las prácticas integradoras en el sistema de salud pública en el contexto de las Américas. La PNPIC, publicada en forma de Decreto Ministerial No. 971 de mayo de 2006, a través de sus objetivos, políticas y acciones, ha permitido conocer, apoyar, incorporar y aplicar las experiencias que se han desarrollado en el sistema de salud pública en los municipios de casi todos los estados. Aunque la acupuntura se ha insertado en los servicios de salud pública de algunos municipios, antes de la publicación de PNPIC, su incorporación en la red pública estadual y municipal muestra que los experimentos han ocurrido de forma desigual, discontinuada, y muchas de las veces sin el debido registro, con el fornecimiento inadecuado de insumos o de acciones de seguimiento y evaluación. En este sentido, esta investigación consiste en un estudio de carácter analítico, con un enfoque cualitativo, cuyo objetivo fue analizar el proceso de implementación de la acupuntura en los servicios de salud pública de los municipios miembros del Departamento de Salud Regional XIII (DRS XIII) del Estado de São Paulo, en el período 2001-2011. Los datos fueron obtenidos utilizando la estrategia del análisis documental, donde este recorte temporal se analizaron los instrumentos de gestión, incluyendo los Planes Municipales de Salud (PMS), Informes Anuales Gestión (IAG) y las bases del sistema de Información del Departamento de Información e Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS), como el Registro Nacional de Establecimientos de Servicios de Salud (RNES) y el Sistema de Información Ambulatoria del SUS (SIA/SUS) y, también, a través de entrevistas semi-estructuradas con 11 personas de los municipios donde se identificó la oferta de la acupuntura en el sistema de salud pública municipal. Los datos de las entrevistas semi-estructuradas fueron analizados utilizando el marco analítico elaborado por Araújo y Maciel (2001), a través de las siguientes categorías: actores, contenido, contexto y proceso. El análisis del macro-contexto permitió identificar similitudes, manteniendo las proporciones adecuadas, entre PNPIC y el SNS, tanto en el proceso de creación y la puesta en práctica. El análisis del micro-contexto señala que las PIC han avanzado, aprovechando las oportunidades que ofrece el contexto político y social de la salud pública en Brasil, un ejemplo es la preparación efectiva y la publicación de PNPIC. Sin embargo, sus principios y directrices están todavía lejos de ser considerado y valorado como recursos tecnológicos en ascendencia en la formación de las prácticas de salud del SUS. Estas consideraciones apuntan a un escenario de debilidades, contradicciones y despropósitos que pueden comprometer la construcción y consolidación de espacios para ampliar la práctica de la acupuntura, en los servicios del SUS, incluyendo la atención primaria. En este sentido, se destaca la necesidad de invertir en la creación de fondos para el despliegue y ejecución de las PIC, de invertir en estrategias de políticas de inducción, y los esfuerzos en materia de educación para la salud, contemplando desde el pregrado hasta esas otras racionalidades. Tomamos nota de la importancia de dar prioridad a la acupuntura y las PIC en la agenda política de los legisladores y los ejecutores, pautar la discusión sobre la acupuntura en diferentes espacios de discusión y decisión, fomentar una movilización masiva

con la participación de los diversos agentes y actores sociales en el desarrollo de este proceso político. Desde esta perspectiva, es esencial para inducir procesos de implementación, ejecución y evaluación de la estrategia para institucionalizar una evaluación periódica de la fusión o no acciones de las PIC/RM, asumiendo públicamente, incluso a través de diferentes herramientas de gestión, el compromiso político de la institucionalización de las PIC/RM, en el SUS. Este proceso de búsqueda para fortalecer la acupuntura y otras PIC/RM en el SUS puede servir como una estrategia para el fortalecimiento de diversas políticas de salud y, en consecuencia, el fortalecimiento y la consolidación del Sistema Único de Salud.

Palabras-clave: Acupuntura, Política Nacional de Practicas Integrativas y Complementates, Racionalidad Médica, Sistema de Salud, Políticas de Salud

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1	Mapa da Distribuição das Redes Regionais de Atenção à Saúde, do Estado de São Paulo em Agosto de 2011. Ribeirão Preto, 2014.....	63
Mapa 2	Mapa dos Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo. Ribeirão Preto, 2014.....	34
Mapa 3	Mapa dos municípios pertencentes ao DRS XIII segundo o CGR, Ribeirão Preto, 2014.....	35
Organograma 1	Rede de Atenção à Saúde do município M18 e locais de atendimento de acupuntura. Ribeirão Preto, 2013	105
Organograma 2	Secretaria Municipal da Saúde do Município M18. Ribeirão Preto, 2014.	122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Racionalidades Médicas.....	50
Quadro 2	Apresentação dos participantes por município, profissão e escolaridade, idade e função, nos municípios M16 e M18, em Dezembro de 2013.....	67
Quadro 3	Distribuição de PMS encontrados e de PMS com registro de diretrizes e/ou ações em acupuntura por município do DRS XIII, no período de 2001 a 2011. Ribeirão Preto, 2013.....	77
Quadro 4	Distribuição de RAG encontrados e de RAG com registro de diretrizes e/ou ações em acupuntura por município do DRS XIII, no período de 2001 a 2011. Ribeirão Preto, 2013.....	78
Quadro 5	Registro encontrado referente à acupuntura e registro não encontrado referente à acupuntura nos Sistemas de Informação por municípios do DRS XIII, no período de 2001 a 2011. Ribeirão Preto, 2013.....	80
Quadro 6	Documentos que se constituíram referências importantes no período de 2001 a 2011. Ribeirão Preto, 2013.....	82
Quadro 7	Apresentação dos municípios e suas respectivas fontes documentais com algum registro referente à acupuntura, entre 2001 e 2011.....	84
Quadro 8	Rede de Assistência à Saúde do Município M16. Ribeirão Preto, 2013.....	151

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABA	Associação Brasileira de Acupuntura
ACE	Acupunturista no Centro de Especialidade
ACEREST	Acupunturista do CEREST
AIS	Ações Integradas de Saúde
ASF	Acupunturista da saúde da família
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CE	Centro de Especialidades
CEREST	Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
CGR	Colegiados Gestores Regionais
CIPICSUS	Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas do Controle Social no SUS
Ciplan	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COSEMS	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
CP	Coordenadora do Programa
CR	Complexo Regulador
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde
DNSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DOE	Diário Oficial do Estado
DRS	Departamento Regional de Saúde
EAB	Equipes de Atenção Básica
EACS	Equipes de Agentes Comunitárias de Saúde
EC 29	Emenda Constitucional 29
EFA	Entrevistado Fisioterapeuta Acupunturista
EG	Entrevistado Gestor
ENSP/FIOCRUZ	Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FGMP	Farmacêutico do Grupo Multiprofissional
FHC	Fernando Henrique Cardoso
GCE	Gerente do Centro de Especialidade
GM	Gabinete do Ministro
GM	Gestor Municipal
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMS/UERJ	Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MAC	Medicina Alternativa e Complementar
MEC	Ministério da Educação
MNPC	Medicina Natural e Práticas Complementares
MSCS1	Movimento Social e Conselheiro de Saúde 1

MSCS2	Movimento Social e Conselheiro de Saúde 2
MT/MAC	Medicina Tradicional / Medicina Alternativa e Complementar
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NGA	Núcleo de Gestão Ambulatorial
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa das Ações Integradas de Saúde
PAM	Posto de Atendimento Médico
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PFL	Partido da Frente Liberal
PIB	Produto Interno Bruto
PIC	Prática Integrativa e Complementar
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMS	Planos Municipais de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
POI	Programação e Orçamento Integrada
PPA	Plano de Pronta Ação
PRA	Programa de Racionalização Ambulatorial
PRN	Partido da Reconstrução Nacional
PSD	Partido Social Democrático
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTC	Partido Trabalhista Cristão
RAG	Relatório Anual de Gestão
RM	Racionalidade Médica
RM/PIC	Racionalidades Médicas/ Práticas Integrativas e Complementares
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIOPS	Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMBA	Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SOBRAFISA	Sociedade Brasileira de Fisioterapeutas Acupunturistas
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBDS	Unidade Básica e Distrital de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

USF
USP
WHO

Unidades de Saúde da Família
Universidade de São Paulo
World Health Organization

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	17
1.	INTRODUÇÃO.....	21
2.	OBJETIVOS.....	27
2.1	Geral.....	28
2.2	Específicos.....	28
3.	QUADRO TEÓRICO.....	29
3.1	Revisão da literatura.....	30
3.1.1	O Sistema Nacional de Saúde	31
3.1.2	O Sistema Único de Saúde	37
3.1.2.1	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.....	41
3.1.2.2	Política Nacional de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família.....	43
3.1.2.3	Política Nacional de Humanização e Acolhimento.....	45
3.1.2.4	Política Nacional de Promoção da Saúde.....	45
3.1.3	Medicina complementar e alternativa, medicina tradicional e racionalidades médicas.....	46
3.1.4	Incorporação de práticas alternativas de saúde.....	51
3.1.5	A MTC – Acupuntura.....	54
4.	PERCURSO METODOLÓGICO.....	61
4.1	Local do estudo.....	62
4.2	Sujeitos da pesquisa.....	65
4.2.1	Seleção dos participantes.....	65
4.2.2	Caracterização.....	67
4.3	Instrumentos de coleta de dados.....	68
4.3.1	As fontes documentais.....	68
4.3.2	A entrevista semiestruturada	70
4.4	Análise de dados.....	71
4.4.1	Análise dos dados documentais.....	73
4.4.2	Análise das entrevistas.....	74
4.5	Aspectos éticos.....	75
5.	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	76
5.1	Acupuntura no SUS – análise documental nos diferentes instrumentos de gestão.....	77
5.2	Acupuntura no SUS – na voz dos diferentes sujeitos e atores envolvidos..	94
5.2.1	Município M18.....	94
5.2.2	Município M16.....	149
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	167
	REFERÊNCIAS.....	174
	APÊNDICES.....	190
	ANEXO.....	198

APRESENTAÇÃO

“É por certo a saúde coisa mui preciosa, a única merecedora de todas as nossas atenções e cuidados e de que a ela se sacrifique não somente todos os bens mas a própria vida, porquanto na sua ausência a existência se nos torna pesada e porque sem ela o prazer, a sabedoria, a ciência, e até a virtude se turvam e se esvaem”.

Michel Eyquem de Montaigne (1533-1592).
Ensaaios. “Da semelhança dos pais com os filhos”
Trad. Sérgio Milliete

Essa é minha motivação para este trabalho.

Sobretudo por compreender que os ensinamentos da enfermagem, da medicina tradicional chinesa/acupuntura e, também, mais recentemente do yoga são fontes de cuidado e cura.

Sobretudo por compreender a prevenção de doenças, a promoção e o restabelecimento da saúde e o cuidado pautados pelos paradigmas holístico e vitalista.

Por acreditar no trabalho em saúde e na formação em saúde, inclusive nas mudanças (tão) necessárias que se fazem presentes em ambos.

Por acreditar no intercâmbio solidário de saberes e práticas de saúde.

Sobretudo por compreender que todas as pessoas têm direito à saúde, de gozar de saúde e de ter um atendimento digno e de qualidade para manter, promover ou restabelecer sua saúde.

Sobretudo por compreender que, no Brasil, o SUS é o *locus* para fazer valer e assegurar esse direito.

É por portar esse projeto político que, com muito esforço e com a solidariedade, generosidade e ajuda de muitos, esta tese foi realizada.

Assim, a tese está organizada em cinco capítulos. No primeiro capítulo, apresentamos a introdução, onde definimos nosso tema de investigação, apontamos os pressupostos e o recorte do objeto de pesquisa. O segundo capítulo trata do quadro teórico onde fazemos uma aproximação acerca de políticas públicas de saúde e da acupuntura, trazendo dentro desses temas uma revisão da literatura, seus entrelaçamentos e alguns conceitos. O terceiro refere-se ao percurso metodológico, onde são abordados o local do estudo, os sujeitos da pesquisa, os instrumentos de coleta de dados e a análise dos dados. No quarto capítulo, são apresentados os resultados e discussões acerca dos documentos de gestão não encontrados, dos documentos encontrados sem registro de acupuntura e, para os documentos encontrados com registro de acupuntura, a análise se dá na perspectiva da matriz

analítica proposta por Araújo e Maciel (2001). Essa matriz analítica, composta pelas categorias contexto, atores, processo e conteúdo, também está presente na análise das entrevistas dos diferentes sujeitos e atores dos municípios onde a acupuntura integra a oferta do sistema público municipal da saúde.

O quinto capítulo apresenta as considerações finais, onde são assinaladas reflexões no âmbito do SUS e da PNPIC, nos avanços e nas limitações da oferta da acupuntura, nos diferentes contextos locais. A realidade atual mostra que o processo de implantação e implementação da acupuntura local, via política nacional, ainda é incipiente e vivencia um momento de fragilidade. Assim, as perspectivas que se desenham sinalizam o risco de sua continuidade e comprometem a possibilidade de seu fortalecimento e ampliação. A partir dessas reflexões, são apontadas estratégias com enfoque nos diferentes sujeitos para o planejamento no processo de implantação, implementação e fortalecimento da acupuntura e da política de PIC/RM, nos serviços de saúde no âmbito do SUS local.

“É preciso saber começar, e o começo só pode ser desviante e marginal”

(Edgar Morin)

1. INTRODUÇÃO

A acupuntura, uma importante modalidade terapêutica da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), tem suas raízes mergulhadas em uma cosmologia cuja reprodução se deu ao longo de milênios, na qual o pensamento chinês de padrão de adoecimento submete todas as partes a um todo mais importante, relativo ao que está acontecendo na interação entre o indivíduo e o universo. A ideia linear de causa e efeito, na medicina chinesa, se transforma em um círculo que integra natureza e homem e, no interior do homem, os diversos aspectos da sua existência (NASCIMENTO, 2006).

Como prática integrativa e complementar, a acupuntura tem sido adotada em muitos países principalmente por revelar-se um método eficaz, de fácil acesso e de baixo custo. Hoje é utilizada em mais de 130 países, e o panorama atual evidencia que o desenvolvimento mundial da acupuntura necessita incluí-la nos sistemas nacionais de saúde e do suporte governamental e acadêmico para sua legalização, normatização e inserção nas políticas públicas (BRASIL, 2008a, 2009a; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2002).

No Brasil, a acupuntura é contemplada pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) que inseriu o país na vanguarda das práticas integrativas no sistema oficial de saúde, no âmbito das Américas (BRASIL, 2008a). A PNPIC, publicada na forma da Portaria Ministerial nº 971 de maio de 2006, por meio de seus objetivos, diretrizes e ações, tem possibilitado conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de saúde em municípios de praticamente todos os Estados (BRASIL, 2006a; SIMONI; BENEVIDES; BARROS, 2008). Das 27 unidades federativas, a acupuntura está presente em 19 Estados, distribuída em 107 municípios, sendo 17 capitais (BRASIL, 2008a).

Os marcos políticos e teóricos para a construção da PNPIC são vários, mas se destacam dois: o documento da Organização Mundial de Saúde (OMS), publicado em 2002 com o título *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*, e o trabalho seminal de Madel Luz, sobre as racionalidades médicas (BARROS; SIEGEL; SIMONI, 2007).

O *Traditional Medicine Strategy 2002-2005* é considerado um marco político fundamental, pois assinala o compromisso assumido pela OMS no desenvolvimento de estratégias relativas às Práticas Integrativas Complementares – PIC no âmbito mundial. Essas estratégias baseiam-se em quatro pilares: estruturação política; garantia de segurança, qualidade e eficácia; ampliação do acesso, além de conscientização para o uso racional.

Ainda nesse mesmo documento, a OMS também discrimina suas funções em relação às PIC: facilitar a integração da Medicina Tradicional/Medicina Complementar e

Alternativa (MT/MAC) nos sistemas de saúde nacionais ajudando os Estados-membros a desenvolver suas próprias políticas nacionais sobre MT/MAC; elaborar normas, desenvolvendo e criando padrões internacionais, pautas técnicas e metodológicas para a investigação de terapias e produtos de MT/MAC; e, ainda, fomentar o estudo estratégico, defender o uso racional e gerenciar a informação sobre MT/MAC. Essas considerações demarcam e ratificam o reconhecimento da Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978) não só quanto à importância da PIC no cuidado à saúde das populações, mas também de expandir seu reconhecimento em todo o mundo (WHO, 2002).

A Racionalidade Médica (RM) se constitui em um marco teórico fundamental, reconhecido, inclusive, por sua importância para a sustentação teórica da PNPIC (BARROS; SIEGEL; SIMONI, 2007; BRASIL, 2008a; LUZ; BARROS, 2012; NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2013). Resumidamente, a RM pode ser compreendida como uma categoria ideal típica, definida como um conjunto estruturado por cinco dimensões essenciais: morfologia (anatomia), dinâmica vital (fisiologia), sistema de diagnose (diagnóstico), sistema terapêutico (tratamento) e doutrina médica (explicação dos adoecimentos, sua origem e cura), todas embasadas por uma sexta dimensão, a cosmologia (LUZ, 1996). Em face de sua importância, a temática RM será abordada com mais ênfase no capítulo dois desta tese.

Para a racionalidade médica chinesa, ressalta-se não apenas o papel dessa medicina no conjunto da busca de cuidado da sociedade atual, mas também a necessidade de resignificação de certos sentidos atribuídos à vida e à saúde (FERREIRA; LUZ, 2007).

No Brasil, esses marcos somados às Conferências Nacionais de Saúde (CNS) foram fundamentais para a construção e legalização da PNPIC, que é tomada como mais um recurso no processo de consolidação do SUS e ainda que sua articulação com a Atenção Básica seja propícia, na prática isso ainda é difícil. A acupuntura é um claro exemplo dessa dificuldade, uma vez que possui outra forma de desenvolver a sua prática, norteadas por um referencial teórico diferente do referencial da biomedicina, numa perspectiva holística e vitalista que vai à contramão do paradigma biológico hegemônico ainda vigente no SUS.

Embora a acupuntura já estivesse inserida nos serviços públicos de saúde de alguns municípios antes da publicação da PNPIC, sua incorporação, na rede pública estadual e municipal, mostra que experiências têm ocorrido de modo desigual, descontinuado e, muitas vezes, sem o devido registro, com fornecimento inadequado de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação (SIMONI; BENEVIDES; BARROS, 2008).

Não obstante o monitoramento da inserção das PIC no SUS pelo Ministério da Saúde aponte avanços da PNPIC tanto na normatização quanto na institucionalização das

experiências com essas práticas na rede pública, o mesmo monitoramento aponta ainda grandes lacunas no sistema. Essas lacunas configuram-se como importantes desafios para o desenvolvimento das PIC no SUS, dentre os quais se destacam: a viabilização da formação e qualificação de profissionais, em número adequado; a implementação do monitoramento e avaliação; o fornecimento de insumos; a estruturação dos serviços na rede pública; o desenvolvimento/adequação de legislação específica para os serviços no SUS; o investimento para desenvolvimento de processos e produtos e a implementação da pesquisa em PIC dentre outros (BRASIL, 2011a).

Inquérito realizado pelo Ministério da Saúde após dois anos da publicação da PNPIC, com o objetivo de analisar o conhecimento, a institucionalização e a oferta das PIC nos municípios brasileiros, identificou a presença da acupuntura em 203 municípios, ou seja, 5% dos 4.051 municípios de todo o território nacional. Quanto ao fornecimento de insumos para a acupuntura, há oferecimento de agulhas em cerca de 80% dos municípios, já os demais insumos são disponibilizados em um número muito reduzido de municípios (SIMONI; BENEVIDES; BARROS, 2008).

O processo de construção da PNPIC e a consequente possibilidade de ofertar a acupuntura no SUS deste país de dimensão continental que é o Brasil, a possibilidade de ver implantada suas diretrizes políticas e sua prática em consonância com as dimensões e os sentidos da integralidade preconizados por Pinheiro e Mattos (2001) são fatores considerados fundamentais no desenvolvimento deste estudo, tanto para analisar o processo de implantação da acupuntura via política nacional quanto para identificar espaços de ampliação da prática da acupuntura nos serviços integrantes do SUS, incluindo os da Atenção Básica (AB).

Uma política em si caracteriza-se como o diálogo entre sua formulação e sua implementação, ou seja, a interação entre o que se propõe executar e o que realmente se executa (SAMPAIO; ARAÚJO JÚNIOR, 2006). Passados oito anos da publicação da PNPIC, esse diálogo entre o que foi proposto e o que está sendo realizado no âmbito da acupuntura no SUS precisa ser identificado, explorado, traduzido e discutido, a fim de contribuir para a avaliação e monitoramento das ações, formulações e reformulações constantes da política.

Esse movimento, segundo Sampaio e Araújo Júnior (2006), caracteriza a dinamicidade do processo de construção das políticas públicas e amplia a própria concepção de formulação, implantação e avaliação, como partes de um processo contínuo de construção e reconstrução.

Dentro desse contexto, os questionamentos ora levantados são:

1. A acupuntura vem sendo implantada, nos serviços do SUS, de acordo com os objetivos e

diretrizes da Portaria nº 971 de maio de 2006? E ainda: sob qual paradigma está sustentada?

2. Quais espaços do SUS a acupuntura tem ocupado? Que atores - gestores, profissionais, usuários - têm sido sujeitos ativos desse processo de construção e decisão?
3. Quais fatores têm facilitado e quais têm dificultado esse processo?
4. Que estratégias podem ser utilizadas para ampliação e/ou fortalecimento da acupuntura no SUS?
5. O quê justifica a oferta ou não da acupuntura nos serviços do SUS?

Assumimos os seguintes pressupostos sob a luz dos argumentos anteriormente referenciados:

- A inserção da acupuntura nos serviços de saúde do SUS ainda é incipiente;
A acupuntura:
 - não se constitui uma prioridade no conjunto das políticas públicas de saúde;
 - é preterida em função da organização do sistema de saúde que é centrada predominante no modelo de atenção biomédico;
 - não tem aporte financeiro suficiente nem para sua oferta nem para sua ampliação;
 - é pouco debatida nos espaços coletivos de discussão, e a participação daqueles que têm subsídios para discutir não tem sido suficiente para impulsionar a acupuntura, para tirá-la da periferia e colocá-la no centro.
- A PNPIC tem potencial para nortear a inserção e a ampliação da oferta da acupuntura no SUS.

Para analisar a implantação e ou implementação da PNPIC e suas diretrizes e objetivos para a acupuntura, é preciso compreender sua lógica e o paradigma que a sustenta e reconhecer que o sistema de saúde ainda opera sustentado predominantemente pelo modelo biomédico, pautado por outro referencial, outro paradigma e outra lógica. Reconhecer esse contraste e discuti-lo é angariar e capturar dele possibilidades de criar mecanismos e estratégias numa direção onde haja intercâmbio solidário, integrando o melhor dos dois mundos – Oriente e Ocidente, mirando a oferta da acupuntura na atenção à saúde das pessoas que utilizam o SUS.

Ainda está para ser construída a contribuição das medicinas alternativas e complementares/RM para a integralidade da atenção à saúde no âmbito do SUS, *locus* reconhecidamente privilegiado para o desenvolvimento da expansão dessas outras

racionalidades médicas. Assim investir na legitimação de outras racionalidades médicas e sua oferta à população na rede básica é uma estratégia promissora de enriquecimento e ampliação do coeficiente de integralidade nas práticas do SUS (TESSER; LUZ, 2008).

Todas essas reflexões assinalam a relevância de se analisar a configuração atual e as perspectivas da acupuntura nos serviços públicos de saúde na esfera municipal e deixam visíveis os contornos da sua estreita relação, via PNPIC, com o fortalecimento da Atenção Básica e consequente consolidação do SUS.

Diante das considerações abordadas, o presente trabalho apresenta abaixo seus objetivos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar o processo de implantação da acupuntura nos serviços públicos de saúde dos municípios integrantes do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII) do Estado de São Paulo, no período de 2001 a 2011.

2.2 Objetivos Específicos

- - Analisar a implantação e implementação da acupuntura na Atenção Básica do DRS XIII do Estado de São Paulo, tendo como referência a Portaria GM 971 de 03 de maio de 2006.
- - Analisar a participação dos atores sociais no processo de implantação e implementação da acupuntura na Atenção Básica do DRS XIII do Estado de São Paulo.
- - Analisar quais ações estratégicas se fazem necessárias para ampliar e/ou fortalecer a acupuntura na Atenção Básica do DRS XIII do Estado de São Paulo.

3. QUADRO TEÓRICO

3.1 Revisão da literatura

“Mas recorrer à história não significa esgotá-la, pois esta é uma tarefa praticamente impossível” (MATTOS; BAPTISTA, 2011, p. 68).

Nesta pesquisa a discussão sobre a temática proposta permeia a inserção de uma prática de cuidado e cura – a acupuntura – no interior de uma política de saúde nacional – a PNPIC – e também a inserção dessa prática por meio de uma política nacional – a acupuntura na PNPIC – no interior da maior política nacional de saúde do país – o SUS.

Aqui pretendemos olhar para a acupuntura como uma prática social, ou seja, que não acontece isoladamente, mas sim de forma articulada à dinâmica da sociedade, estabelecendo simultaneamente relações de interdependência e de determinações na totalidade social, em distintos momentos históricos. Dessa maneira, a incorporação de novas práticas em um sistema estruturado consiste na questão sociológica deste trabalho, o que abrange uma dimensão macro – a incorporação de novas práticas ao sistema nacional de saúde e uma dimensão micro – a implantação da acupuntura no SUS.

Assim, ao discutirmos dentro do SUS a implantação da acupuntura, primeiro é necessário discutir a história do sistema nacional de saúde, qual sua concepção, de onde surge, qual sua relação com o que se chama de estado de bem-estar social. É conhecer essa história e entender como ela chega ao Brasil para posteriormente nos aproximarmos do processo de construção do SUS e de algumas das principais políticas de saúde que integraram e ainda integram esse processo. De outro lado, igual importância é conhecer a história da introdução de novas práticas de cuidado no sistema nacional de saúde, para posteriormente nos apropriarmos da introdução da acupuntura no SUS.

Concordamos com Rosen (1994, p. 25) que, “um entendimento significativo do presente exige que se o enxergue à luz do passado, de onde veio, e do futuro, que está nascendo em seu interior”. Nessa perspectiva, faremos, ainda que brevemente, alguns resgates históricos, a começar pelo surgimento dos sistemas de saúde.

3.1.1 O Sistema Nacional de Saúde

Segundo Pereira (2001), a busca de uma recuperação histórica contribui para que se compreendam as transformações das nuances e especificidades nos diferentes momentos de tempos/espços. Na intenção de conhecer um pouco mais sobre o surgimento do sistema nacional de saúde, utilizaremos fundamentalmente a reconstituição roseniana da história da saúde pública.

Para Rosen (1994), todo desafio enfrentado pelo homem tem origem histórica, portanto é preciso conhecer o passado, saber como veio a originar-se o presente e possuir um senso de continuidade no tempo, com a consciência de que para avançar para o futuro de modo inteligente é necessária disposição para olhar para o passado.

A construção histórica de Rosen sobre a saúde pública, que busca através da análise crítica dos seus dados empíricos “datar os tempos”, “localizar os lugares” e “subjeter os sujeitos” (AYRES, 1994 apud ROSEN, 1994), tem como “finalidade maior lançar luz sobre os processos de formação e de mudanças da política sanitária, e do conhecimento, e suas aplicações, em cada momento histórico” (ROSEN, 1994, p. 26). São esses os trilhos que pretendemos percorrer para nos aproximar da história do surgimento do sistema nacional de saúde, desde seu começo nas antigas civilizações até seu estado recente em países de economia e tecnologia avançadas.

A Antiguidade Clássica e o período greco-romano

Nesse caminhar pela história, é a compreensão sobre o surgimento das doenças e sobre a busca pela saúde que vai auxiliar e proporcionar a compreensão sobre os primórdios do que hoje conhecemos como sistemas de saúde. Assim o período greco-romano é o ponto de partida, onde na literatura da Grécia clássica ocorrem as primeiras descrições nítidas acerca de doenças agudas e práticas e atividades relacionadas à saúde e à doença (ROSEN, 1994).

Durante o movimento de colonização da Grécia antiga, por volta de 1000 a.C., os gregos expandiram-se na Itália, na Sicília, na Espanha e na Gália e ao estabelecer nova comunidade necessitavam garantir não apenas as exigências religiosas e militares, mas também a salubridade. O tratado hipocrático “Ares, Águas e Lugares” faz referência ao primeiro esforço sistemático para apresentar as relações causais entre o meio e a doença, a

influência dos fatores: clima, solo, água, modo de vida e nutrição na saúde e apresenta os conceitos de endemia e epidemias, os mesmos termos usados atualmente. A obra traz ainda em seu conteúdo recomendações para consultar os médicos, antes de se colonizar algum lugar (ROSEN, 1994).

O historiador e estadista ateniense, Tucídides, narra uma epidemia em Atenas no segundo ano da guerra do Peloponeso. Vale mencionar um dado curioso, de que a maioria das doenças transmissíveis parece ausente nos escritos do *Corpus Hippocraticum*, a coleção onde se agrupam os escritos atribuídos a Hipócrates e seus discípulos reunidos na Biblioteca de Alexandria (ROSEN, 1994).

Na Grécia antiga, assim como outras artes e ofícios, a medicina era itinerante, os médicos iam de uma cidade à outra, batiam nas portas e ofereciam seus serviços. As comunidades maiores contavam com médicos municipais permanentes e, por volta do ano 600 a.C., certas cidades começaram a nomear médicos, e caso quisessem ter um médico ofereciam-lhe salário anual, com dinheiro recolhido por meio de taxas especiais. No final do século V, essa prática se difundiu pelas cidades gregas e tornou-se comum em toda a região dominada pela cultura grega (ROSEN, 1994).

Embora essa descrição não mencione o local de atendimento médico, esse modo de organização, ligada à esfera municipal, com nomeação dos médicos, salários e taxas possibilita fazer uma analogia com a atual oferta do serviço médico pelo município, considerando, evidentemente, as características históricas, de cada época e contexto (ROSEN, 1994).

Na Antiguidade não há muitas referências aos serviços municipais que hoje associamos à saúde pública, mas existiam funcionários específicos responsáveis pela drenagem e pelo suprimento de água. Na administração da saúde pública na Grécia, os serviços públicos ofertados mudavam de acordo com o tamanho e riqueza das cidades. Já no período helenístico, marcado pela transição entre o domínio da cultura grega e o domínio e apogeu de Roma, a administração se tornou mais complexa e mais uniforme com a prática romana (ROSEN, 1994).

Se na teoria e na prática da medicina os romanos realizaram pouco e imitaram os gregos, como engenheiros, administradores e construtores de diversos sistemas e instalações sanitárias ofereceram exemplo ao mundo, deixaram sua marca na História e uma importante contribuição para a organização dos serviços médicos (ROSEN, 1994).

O livro *De Aquis Urbis Romae*, antes uma fonte de informação sobre o suprimento de água de Roma, é também **o primeiro relato completo acerca de um ramo**

importante da administração da saúde pública. Data do século II d.C. a criação de um serviço público (grifo nosso). Médicos eram nomeados para várias cidades e instituições, e essa prática se espalhou da Itália à Gália (nome romano dado, na Antiguidade, para as terras dos celtas na Europa ocidental, atual território da França, algumas partes da Bélgica e da Alemanha e norte da Itália), e às outras províncias (ROSEN, 1994).

Por volta de 160 d.C., o então imperador regulamentou a nomeação de médicos, estabeleceu a quantidade de médicos em razão do tamanho das cidades, cuja principal função era atender aos cidadãos pobres. A Roma imperial possuía diversas formas de assistência, além daquela dos clínicos municipais, existia a prática privada, grupos de assalariados ligados à corte imperial, às escolas de gladiadores, aos banhos e em alguns casos às famílias (ROSEN, 1994).

O hospital foi outra importante contribuição de Roma. Salas de cirurgias, lojas ou consultórios individuais, templos que ofereciam acomodações eram o que os romanos dispunham durante a República. No século I d.C., Columela, sábio agrônomo e agricultor, menciona a existência de enfermarias para escravos, e Sêneca, filósofo estoico, estadista e dramaturgo, menciona as enfermarias para os romanos livres. Algumas passagens de Galeno nas províncias parecem sugerir a transformação de locais privados em hospitais sustentados por recursos financeiros públicos (ROSEN, 1994).

Paralelamente à criação de hospitais públicos, são criados hospitais militares e também instituições similares para os oficiais do império e suas famílias. E sob a influência do cristianismo comportamentos humanitários contribuíram para o surgimento de hospitais em muitas localidades. Entre os louros de Roma esteve a criação de um sistema público de saúde que sobreviveu mesmo à queda do império (ROSEN, 1994).

A Idade Média

A desintegração do mundo greco-romano, somada ao impacto das invasões bárbaras, intensos saques e destruições, significou também o declínio político, econômico, da cultura, da riqueza e da prática da saúde pública no império ocidental. A queda do império romano ocidental e o surgimento de novas formas políticas, econômicas e sociais inauguram um novo período: a Idade Média (ROSEN, 1994).

Na comunidade medieval, a natureza da sociedade determinou a assistência médica e outras características da saúde pública. No início da Idade Média, os médicos eram

do clero, e sua subsistência é garantida pela Igreja, condição essa que possibilitava exercer a medicina como caridade (ROSEN, 1994).

A partir no século XI, há um crescimento de leigos na profissão e estes precisavam ganhar a vida de outra maneira. Com isso tornaram-se assalariados, trabalhando para algum senhor, uma cidade ou atividade privada. Os médicos municipais tratavam os pobres, investigavam doenças não comuns, as epidemias e supervisionavam as boticas. A maioria dos assalariados também exercia atividade particular, seguindo rigorosos códigos e tabelas. Durante a idade medieval, se estabeleceu a separação entre médicos e cirurgiões, sendo estes pertencentes a um nível social inferior, que por trabalhar com as mãos continuou a ser um artífice (ROSEN, 1994).

O sistema de saúde pública, não no sentido de hoje, contava com uma máquina administrativa para a prevenção de enfermidades e uma supervisão sanitária para proteger a saúde comunitária. Um conselho administrava a comunidade, e os problemas de saúde e bem-estar eram atribuídos a um dos conselheiros que atuava em um subcomitê (ROSEN, 1994).

Os motivos religiosos e sociais da idade medieval demarcaram a criação de hospitais e instituições beneficentes tanto no Oriente islâmico quanto no Ocidente cristão. No Oriente, foram criados hospitais em Bagdá sob o reinado do califa Harun AL-Rachid no século IX e do califa Al-Muktadir no século X. No Cairo, um hospital fundado em 1232 tinha a assistência prestada por um diretor e um corpo de médicos e havia enfermeiros e enfermeiras (ROSEN, 1994).

No Ocidente as igrejas também originaram os hospitais. Do século VIII ao século XII, o hospital monástico representou a instituição na Europa com a função principal de cuidar do doente. E durante as guerras santas várias ordens de cavaleiros foram criadas com a missão de manter e fundar hospitais (ROSEN, 1994).

A partir do século XIII, o hospital medieval começa a sair das mãos dos religiosos e passa a ser responsabilidade do município, que escolhe e paga o médico do hospital, ficando o atendimento dos pacientes com monges e freiras. Vários países, como Inglaterra, França, Itália, instalaram centenas de hospitais, de modo que no final do século XV uma rede de hospitais tomava o solo da Europa (ROSEN, 1994).

A Idade Medieval teve notável empenho para lidar com os problemas sanitários da vida na cidade, para criar medidas de administração, para criar o hospital, oferecer cuidados médicos e assistência social, criar um sistema racional de higiene pública, ainda mais se forem levadas em consideração as grandes superstições e a ausência de conhecimento para enfrentar os problemas de saúde desse período histórico (ROSEN, 1994).

A Idade Moderna

É nesse período que se desenvolve a saúde pública com características próximas a que conhecemos hoje. O Renascimento assinala uma fase de transição, marcado pelo processo de desaparecimento da civilização medieval e sua transformação em mundo moderno. A revolução técnica e científica tem importante papel na Idade Moderna. A criação de minas, salinas, fundições, vidraçarias, invenção da imprensa formam um novo clima intelectual, propício ao cultivo da ciência, à influência na educação e aos currículos das escolas, de modo que a ciência natural alcança um progresso notável, nos séculos XVI e XVII (ROSEN, 1994).

Enquanto a evolução e difusão da ciência foram rápidas nessa época, a prática sanitária pouco ou nada ganhou com esses avanços. O avanço científico não é uniforme ou simultâneo, mas ocorre, segundo tempos diferentes, de várias maneiras, em certas áreas do conhecimento. De um lado são necessárias a descoberta e a definição de dados elementares, de outro, são conhecimentos que integram ou contrapõem-se a um conhecimento anterior e assim contribuem para conformação de novos conhecimentos. No Renascimento, esses dois lados estiveram presentes no que se refere à saúde pública (ROSEN, 1994).

Os avanços obtidos em algumas áreas como, por exemplo, a estrutura do corpo humano, a circulação sanguínea, a evolução da epidemiologia e a observação clínica foram notáveis nos séculos XVI e XVII. No mesmo período, o crescente uso da experimentação, a disposição de tratar matematicamente os fenômenos naturais e a criação da aritmética política tiveram forte influência para o futuro da saúde pública. No entanto a organização e a administração sanitárias quase não mudaram (ROSEN, 1994).

Para estudar a história da saúde pública é preciso considerar dois fatores. Um, o desenvolvimento da ciência e da técnica médicas, o que contribui para o conhecimento da natureza e causa das doenças e conseqüente ação e controle, e o outro fator que depende essencialmente dos fatores econômicos, políticos e sociais. No período entre os séculos XVI e XVII, duas tendências principais modelaram a atividade da saúde pública. De um lado, a administração continuou centralizada em uma comunidade local, em particular, a cidade, mantendo-se assim o caráter da idade medieval. Do outro lado, emergiu o grande Estado Moderno, que com o passar do tempo caminhou cada vez mais em direção a um governo nacional centralizado, com um conjunto de doutrinas políticas e econômicas que influenciaram a administração da saúde pública (ROSEN, 1994).

Essas doutrinas faziam parte, sobretudo, de um esquema de política e administração cuja finalidade principal consistia em colocar a sociedade e a economia a

serviço do Estado. O mercantilismo, política de poder desse período, também era uma concepção da sociedade, assim o bem-estar da sociedade era visto como o bem-estar do Estado (ROSEN, 1994).

No século XVII, com o crescimento industrial na Inglaterra, a principal atividade econômica era a produção, de modo que o trabalho passou a ser fundamental para gerar riqueza para a nação. Assim, qualquer prejuízo na produtividade de trabalho, proveniente de doença ou morte, tornava-se um problema econômico (ROSEN, 1994).

Como a população era um fator de produção, conhecer o número e o “valor do povo” era essencial, e essa necessidade deu início ao uso da estatística nessa área. Desse modo, aplicar métodos de análise de problemas de saúde colaborou para o estudo e o desenvolvimento da saúde pública e conseqüente registros do Estado. Diante dessa necessidade, surge a “aritmética política”, campo da apuração dos principais dados quantitativos da vida nacional, cujo conhecimento poderia contribuir também para aumentar o poder e o prestígio do Estado (ROSEN, 1994).

Com o objetivo de se aumentarem a riqueza e o poder da nação do Estado, uma população grande e sadia ocupou o centro do interesse dos aritméticos políticos, de modo que estadistas, legisladores, administradores, médicos, homens de negócio reconheceram suas responsabilidades pelos cuidados da saúde, pela prevenção das doenças, pela assistência médica dos necessitados perante o povo. Esse reconhecimento gerava um conceito de política nacional de saúde, conceito este que prosperou tanto na Inglaterra quanto no continente (ROSEN, 1994).

Nesse contexto o foco da política nacional será a política pública de saúde. No cenário brasileiro, a palavra política pode expressar tanto poder (*Politics*) quanto diretrizes (*Policy*). Nessa direção, de acordo com Paim (2003), a política de saúde pode ser entendida como a resposta social, seja essa resposta a ação ou a omissão, de uma organização como, por exemplo, o Estado, perante as situações de saúde dos sujeitos e das populações e seus determinantes, bem como as relacionadas aos bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente, desde a sua produção, distribuição, gestão e regulação, abrangendo questões referentes ao poder em saúde e também ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde. Além dessa concepção, Levcovitz et al. (2003) também acrescentam que a política de saúde diz respeito às relações Estado-sociedade, políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento, além dos estudos sobre o papel do Estado (ROSEN, 1994).

No âmbito das políticas de saúde, a seguir trazemos uma síntese da história do

SUS, na sequência uma apresentação sucinta da PNPIC, seguida de um recorte das Políticas Nacionais de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, Humanização e Promoção de Saúde. A abordagem especificamente dessas políticas de saúde se faz relevante por considerar os objetivos desta investigação, e, sobretudo, por considerar suas identidades e interesses comuns em torno da saúde, da universalidade, da integralidade e continuidade da atenção e do cuidado (BARROS, 2008; SANTOS; TESSER, 2012).

3.1.2 O Sistema Único de Saúde

Para conhecermos a história do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizamos como referência os estudos de Baptista (2008). Antes de iniciarmos esse resgate histórico, vale destacar que compartilhamos com Morin (2004, p. 61) que

a consciência da História deve servir não só para reconhecemos os caracteres, ao mesmo tempo determinados e aleatórios do destino humano, mas também para nos abriremos à incerteza do futuro. É preciso, portanto, prepararmo-nos para nosso mundo incerto e aguardar o inesperado.

É no período do Brasil Colônia que se encontram as primeiras ações de saúde pública, implementadas em 1808 pelos governantes, em decorrência do interesse na manutenção de uma mão de obra saudável e capaz de manter os negócios promovidos pela realeza (BAPTISTA, 2008).

O contexto brasileiro insere-se em um contexto mundial que está em franca expansão, principalmente nos países do Ocidente, de modo que as ações iniciais de saúde pública e de políticas de saúde que passaram a existir no mundo também passaram a ser implementadas no Brasil Colônia. Em decorrência da organização social, política e econômica, a grande preocupação era com a saúde da cidade e do produto, portanto a assistência ao trabalhador era uma consequência dessa política (BAPTISTA, 2008).

Com a proclamação da República em 1889, começa um novo ciclo na política de Estado com o fortalecimento e a consolidação econômica da burguesia cafeeira. O trabalho assalariado da lavoura e toda a base para armazenamento e exportação do café indicavam a importância e a necessidade cada vez maior da mão de obra. No entanto, as péssimas condições de saneamento e de trabalho acarretavam na disseminação de epidemias entre os

trabalhadores, prejudicando a economia. Como consequência, as políticas de saúde receberam ainda mais espaço (BAPTISTA, 2008).

A busca por conhecimento e ações na área da saúde pública no mundo também se refletiu no Brasil, por meio da criação em 1897 da Diretoria Geral de Saúde Pública (DNSP), do incentivo às pesquisas nas faculdades de medicina e no exterior, no Instituto Pasteur, e da criação em 1900 do Instituto Soroterápico Federal e do Instituto Oswaldo Cruz, criado em 1901. Nesse período, as ações de saúde pública voltavam-se principalmente para ações coletivas e preventivas, no entanto, a maior parte da população que não tinha recursos próprios para custear uma assistência à saúde ficava desamparada (BAPTISTA, 2008).

Na década de 1920, os navios e portos brasileiros ainda tinham níveis de higiene insalubres e exportavam doenças. Essa condição implicou em uma crise aguda do padrão exportador capitalista do Estado brasileiro, pois os países importadores muitas vezes faziam represálias aos produtos brasileiros e tornavam-se cada vez mais exigentes com a qualidade dos produtos (BAPTISTA, 2008).

Esse contexto de crise, somado à restrição da assistência à saúde, propiciou revoltas e movimentos de diversos grupos da sociedade, o que impulsionou a organização de uma espécie de seguro social, administrada e financiada por empresas e trabalhadores, conhecida como Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Dentre os benefícios oferecidos pelas CAPs, estavam o socorro médico ao trabalhador e a toda sua família, os medicamentos, as aposentadorias e as pensões para herdeiros. Desse modo, uma pequena parcela de trabalhadores contava com assistência à saúde, ou seja, nesse período, o direito à assistência à saúde era restrito ao trabalhador segurado (BAPTISTA, 2008).

Com o governo de Getúlio Vargas, na década de 1930, o Estado passa a intervir na sociedade e na economia. Também tem início uma política de proteção ao trabalhador, garantindo assim uma mão de obra que atenda aos interesses econômicos do Estado. Nessa fase, amplia-se o papel das CAPs com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), o primeiro esboço do sistema brasileiro de proteção social. Nos IAPs são incluídas várias categorias profissionais sob administração, controle e financiamento do Estado, no entanto, o trabalhador que não contribuísse com o instituto, como os trabalhadores rurais, profissionais liberais e todo trabalhador cuja função não era reconhecida pelo Estado, estava excluído do sistema de proteção, excluído do direito à assistência à saúde, restando-lhe a caridade quando necessitasse de assistência (BAPTISTA, 2008).

A partir da década de 1950, o país vive um processo acelerado de industrialização, com progressiva expansão na economia e, conseqüentemente, nos serviços de saúde. O

modelo de saúde passa a ser definido na assistência cada vez mais especializada e com base no hospital, uma tendência mundial vinda do conhecimento científico do pós-guerra. Nessa época, a ideologia desenvolvimentista do cenário brasileiro aponta a necessidade de melhorar a saúde da população para obter desenvolvimento, o que significou o primeiro passo rumo à discussão sobre o direito à saúde e à proteção social como política pública (BAPTISTA, 2008).

Nas duas décadas seguintes, mudanças gradativas continuam a ocorrer na área da saúde, os IAPs são unificados e é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). No INPS são incluídas novas categorias profissionais, de modo que a assistência à saúde era garantida aos trabalhadores que possuíam carteira de trabalho ou carnê de contribuição previdenciária. Mesmo assim, muitas pessoas ainda não tinham o direito à atenção à saúde, o que era observado nos índices alarmantes de saúde do país, como por exemplo, esperança de vida ao nascer de 52,7 anos, taxa de mortalidade infantil de 87,9 bebês para 1.000 nascidos vivos e doenças parasitárias e infectocontagiosas como principais causas de óbito (BAPTISTA, 2008).

Em meados da década de 1970, com o fim do “milagre econômico”, a crise política, econômica e institucional possibilita uma política de abertura do governo, com compromisso de conjugação da política econômica e social, o que possibilitou a expressão gradativa dos movimentos sociais que até então não tinham voz para manifestar suas demandas. Na área da saúde, esse contexto é refletido na possibilidade de fortalecimento do “movimento sanitário”, cuja base foi estabelecida fortemente com o suporte de instituições acadêmicas com a Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), dentre outras (BAPTISTA, 2008).

O movimento sanitário tinha por finalidade reverter a lógica excludente de assistência à saúde no Brasil. Para tanto defendia como propostas: a saúde como direito de todo cidadão, independente de qualquer critério de discriminação e de contribuição; ações de saúde integradas em um único sistema garantindo acesso a todos os serviços de saúde para toda a população; uma gestão administrativa e financeira das ações de saúde descentralizada para Estados e municípios e a promoção do Estado na participação e no controle social das ações de saúde (BAPTISTA, 2008).

Transformações concretas ocorreram ainda na década de 1970, em decorrência das pressões na reforma da política de saúde, a exemplo da criação, em 1974, do Fundo de

Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), do Plano de Pronta Ação (PPA), com destaque para a formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975. Esse conjunto de medidas fortaleceu a perspectiva de reforma no setor saúde que passava a assumir um papel abrangente, resultante das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, trabalho, renda, transporte, lazer, acesso a serviços de saúde dentre outros. Desse modo, o direito à saúde significava a garantia do Estado por condições dignas de vida e acesso igualitário e universal. Nesse sentido a proposta de reforma da saúde era também a proposta de reforma do Estado, de um Estado burocrático para um Estado democrático (BAPTISTA, 2008).

A década de 1980 se inicia dentro desse clima de redemocratização, e as repercussões no âmbito da saúde são expressivas no Movimento da Reforma Sanitária. Várias propostas surgiram para reestruturação do setor, das quais se destacaram o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), posteriormente denominado Ações Integradas de Saúde (AIS), a Programação e Orçamentação Integrada (POI), o Programa de Racionalização Ambulatorial (PRA) e o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS). Destes, apenas o SAMHPS e as AIS expressavam os princípios básicos para uma política de saúde integrada, unificada e descentralizada (BAPTISTA, 2008).

Em 1986, técnicos, gestores de saúde e usuários, totalizando cerca de 4.000 pessoas, se reúnem para discutir a reforma do sistema de saúde brasileiro na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), um marco histórico. Nessa conferência a proposta defendia a saúde como um direito a todas as pessoas, garantido pelo Estado. Apesar das propostas da VIII CNS não terem sido concretizadas imediatamente, houve a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que significou uma estratégia para a construção do SUS. As discussões da reforma do setor saúde prosseguiram e fizeram parte das discussões da Assembleia Nacional Constituinte, tendo como base o relatório da VIII CNS, de modo que, em 1988, o SUS foi finalmente aprovado, tendo sido inscrito na Constituição Brasileira (OLIVEIRA, 2001).

Nessa conjuntura, o SUS é uma conquista do movimento social, fruto de um processo de luta e construção de cidadania e democracia, inserido em um contexto mais amplo da política pública de saúde que abrange, além desta, as políticas de previdência e assistência social. Contribuiu, sobretudo, para assegurar a saúde como um direito, legalização que significa um avanço na história do nosso país, ao mesmo tempo aponta outro caminho a ser perseguido, sua implementação e sua legitimidade (BAPTISTA, 2008).

Pereira (2008) considera a inserção do SUS no âmbito legislativo uma conquista a

ser destacada, no entanto ressalta que sua sustentação resulta de um processo constante de enfrentamento do desmonte das políticas públicas, evidenciado a partir da década de 1990.

Luz (2001), nesse sentido, alerta que além dos problemas crônicos vinculados aos contrastes econômicos, sociais, políticos e culturais resultantes do estilo do crescimento econômico, também o processo de globalização, implantado e fortalecido nos anos de 1990, contribuiu para fortalecer a concentração de renda, promoveu a elevação da taxa de desemprego e a nossa economia brasileira passou a ser monitorada por organismos financeiros internacionais com enfoque centrado no setor externo. Diante desse cenário político e econômico, torna-se pouco favorável à implantação e implementação de políticas sociais.

Frente a tanta diversidade e adversidade dos contextos regionais, dos contrastes econômicos e culturais para se implantar um sistema de saúde concebido de forma ampla como um direito de cidadania, o SUS desenvolveu estratégias conferindo relevância na sua:

capacidade de se reorganizar, de propor estratégias, ampliar e instituir legislação de vital importância para sua implementação, de estabelecer mecanismos de gestão social – Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, Comissões Intergestoras Tripartites, maior democratização nas relações entre Estado e sociedade, ampliar e diversificar o quadro de pessoal, desenvolver desenhos alternativos para o desenvolvimento da atenção à saúde e o estabelecimento atores políticos institucionais contínuos neste processo – as Secretarias Municipais de Saúde (PEREIRA, 2008, p. 25).

Nesse movimento histórico, no desenvolvimento de desenhos alternativos de atenção à saúde, o SUS vem incorporar diferentes práticas de saúde por meio da publicação da PNPIC, um marco importante para as PIC. Essa política significa um avanço na esfera legislativa que merece destaque, no entanto vale ressaltar, também, que esse aporte legal, isoladamente, não garante sua legitimação. Legitimação essa que transversaliza os planos político, econômico, social, cultural, institucional, epistemológico, científico dentre outros, o que tem se traduzido em um considerável desafio para sua consolidação (SIMONI; BENEVIDES; BARROS, 2008; TESSER; LUZ, 2008).

3.1.2.1 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS,

publicada na forma de Portaria Ministerial n° 971 em 03 de maio de 2006, estabelece diretrizes para a implantação e implementação de práticas integrativas e complementares (PIC), dentre elas a acupuntura, no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006a).

A PNPIC inclui no SUS, Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares (PIC), como a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a homeopatia, a medicina antroposófica, o uso de plantas medicinais e o termalismo social/crenoterapia. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e suas relações sociais. Há uma ampliação da visão do processo saúde-doença, valorizando o autocuidado (BRASIL, 2008a).

A PNPIC tem por prioridade a inserção e o fortalecimento das PIC no sistema de saúde, com ênfase no nível primário de atenção à saúde, com a explicitação dos instrumentos, técnicas e práticas terapêuticas a serem implantados no SUS (SOUSA et al., 2012). A construção da PNPIC iniciou-se a partir das recomendações de diversas Conferências Nacionais de Saúde e às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e contribui para o fortalecimento e a implantação dos princípios fundamentais do SUS, ou seja, o desenvolvimento da PNPIC deve ser entendido como mais um passo para a consolidação do SUS (BRASIL, 2008a).

Para a acupuntura, a PNPIC apresenta diretrizes no âmbito da *oferta da acupuntura; qualificação e educação permanente; divulgação para usuários, profissionais e gestores; acesso a insumos; acompanhamento e avaliação; integração com políticas de saúde afins; pesquisa e financiamento* (BRASIL, 2008a).

Oferta da acupuntura: estruturação e fortalecimento da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) /acupuntura em todos os níveis do sistema, com ênfase na Atenção Básica (BRASIL, 2008a).

Qualificação e educação permanente: Capacitação e qualificação para os profissionais no SUS em MTC/acupuntura, de acordo com princípios e diretrizes para a Educação Permanente no SUS (BRASIL, 2008a).

Divulgação para usuários, profissionais e gestores: Divulgação para usuários, profissionais de saúde e gestores do SUS, acerca de informações e conhecimentos básicos da MTC/acupuntura (BRASIL, 2008a).

Acesso a insumos: Garantia do acesso aos insumos necessários para o desenvolvimento da prática MTC/acupuntura, garantindo a qualidade e segurança das ações

(BRASIL, 2008a).

Acompanhamento e avaliação: Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação para a MTC/acupuntura, com criação de códigos de procedimentos para informação e financiamento, registro de práticas corporais e avaliação dos serviços oferecidos, a fim de acompanhar a implantação e implementação da MTC/acupuntura nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2008a).

Integração com políticas de saúde afins: Integração das ações da MTC/acupuntura como políticas de saúde afins e com todas as áreas do Ministério da Saúde, a fim de estabelecer parcerias que promovam o desenvolvimento integral das ações (BRASIL, 2008a).

Pesquisa: Incentivar as pesquisas de MTC/acupuntura no SUS que aprimorem a prática, avaliem a efetividade e identifiquem técnicas mais eficazes, eficientes e seguras (BRASIL, 2008a).

Financiamento: Garantia de financiamento das intervenções realizadas que são lançadas nos sistemas de informação e financiamento para divulgar e informar profissionais, gestores e usuários do SUS sobre os conhecimentos básicos nesta prática (BRASIL, 2008a).

Após a apresentação das diretrizes das PIC/acupuntura, a PNPIC aborda sobre as responsabilidades institucionais, no nível federal, estadual e municipal. Além do diagnóstico situacional das PIC no SUS, realizado no ano de 2004, antes da publicação da política nacional (BRASIL, 2008a).

3.1.2.2 Política Nacional de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família

Em 28 de março de 2006, a Portaria n° 648/GM aprova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), *estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB) para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)* (BRASIL, 2006f).

A PNAB é fruto da experiência acumulada de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como usuários, movimentos sociais, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2012a).

A AB deve ser a principal porta de entrada, o contato preferencial dos usuários e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. No Brasil, a proposta é que ela

seja desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da integralidade da atenção, da continuidade do cuidado, da humanização, da equidade, da responsabilização e da participação social (BRASIL, 2012a).

A AB é caracterizada por conjuntos de ações de saúde coletiva e individual que incluem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Tem como objetivo desenvolver uma ação integral que impacte na situação de saúde e autonomia da população e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A Saúde da Família é a estratégia prioritária da PNAB para a consolidação e expansão da AB (BRASIL, 2012a).

Em 21 de outubro de 2011, a Portaria nº2.488 *aprova a PNAB, estabelecendo a revisão, diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)* (BRASIL, 2012a).

A nova política traz algumas mudanças em relação à PNAB, publicada em 2006, em relação ao aumento de recursos repassados fundo a fundo; atualização de conceitos na política e introdução de elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção; formatos diversos de equipes de Saúde da Família; inclusão de equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua (Consultórios de Rua); ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); facilitou as condições para que sejam criadas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Fluviais, ESF para populações ribeirinhas e a articulação da AB com importantes iniciativas do SUS¹.

A PNAB, publicada em 2012, aborda sobre os princípios e diretrizes gerais da AB; funções da rede de saúde; responsabilidades de todas as esferas do governo, do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, Distrito Federal e Secretarias Municipais de Saúde; infraestrutura e funcionamento da AB; implantação e credenciamento das equipes de AB e financiamento AB (BRASIL, 2012a).

¹ Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

3.1.2.3 Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida por HumanizaSUS, foi lançada em 2003, buscando pôr em prática no cotidiano dos serviços de saúde os princípios do SUS (BRASIL, 2013a).

Ela aposta na introdução dos trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, a fim de produzir mudanças no modo de gerir e cuidar (BRASIL, 2013a).

A humanização deve ser vista como eixo norteador das práticas de atenção e gestão na esfera federal, estadual e municipal do SUS (BRASIL, 2004a). Humanizar se traduz como inclusão das diferenças nos processos de cuidado e gestão (BRASIL, 2013a).

Os princípios que fundamentam a PNH são transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. O princípio de transversalidade busca reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido, podendo em conjunto, produzir saúde de forma mais corresponsável. O princípio de indissociabilidade entre atenção e gestão discorre a respeito de que os usuários e trabalhadores devem conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede, participando ativamente do processo de tomada de decisão e nas ações de saúde coletiva. Assim como os usuários e sua rede sociofamiliar devem ser protagonistas em relação a sua saúde. O princípio de corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos referem-se às mudanças na gestão e atenção na qual se tornam concretas quando são construídas com ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas que compartilham responsabilidades. O SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítimo cidadão de direitos e incentiva a atuação do usuário, gestor e trabalhador na produção de saúde (BRASIL, 2013a).

3.1.2.4 Política Nacional de Promoção à Saúde

A Portaria n° 678, de 30 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS). Esta política, assim como as anteriores, provoca mudanças no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde, uma vez que o

processo de construção, de implantação e implementação da política é dado nas várias esferas de gestão do SUS e possui interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade (BRASIL, 2007a).

A promoção à saúde, uma estratégia que visa a promover a qualidade de vida, proporciona visibilidade aos fatores determinantes e condicionantes (modos de viver, habitação, condições de trabalho, ambiente, educação, cultura, lazer, acesso a bens e serviços essenciais) que colocam a saúde da população em risco, tem por objetivo criar mecanismos que reduzem essas situações de vulnerabilidade (BRASIL, 2007a).

A política ainda aborda sobre objetivos específicos, diretrizes, estratégias de implementação, responsabilidades das esferas de gestão (gestor federal, estadual e municipal) e ações específicas.

3.1.3 Medicina complementar e alternativa, medicina tradicional e racionalidades médicas

As necessidades humanas, o cuidado e os problemas de saúde e a conseqüente necessidade de sanar essas necessidades e problemas são inerentes à existência da humanidade, ou seja, conforme assinala Barros (2000a) “*o cuidado faz parte do desenvolvimento da biografia humana*”. Esse cuidado vem sendo desenvolvido com traços que Luz, ao estudar sistemas médicos complexos, reconheceu como

sendo construídos no contexto social em que se inserem essas medicinas, e que muito deles são frutos de colagens e bricolages de momentos culturais diversos, em tempos históricos sucessivos, que se moldaram num verdadeiro caleidoscópio teórico-prático, articulando arte e saber (...) (LUZ, 2012a, p.29).

Segundo Luz (2012b; 2008), no campo da saúde, nesses saberes, tradicionais ou atuais, nos sistemas médicos complexos ou terapias descoladas de uma racionalidade médica específica, há uma multiplicidade e diversidade de modelos, discursos, práticas e representações presentes, justaposição, paralelismo, hibridismo, sincretismo, oposição, dispersão, fragmentarismo e até exclusão.

Nesse sentido, no campo da saúde, há uma diversidade e variedade de diferentes expressões utilizadas para se referir à acupuntura, foco deste estudo. Embora reconheçamos a importância da discussão epistemológica sobre as diferentes expressões utilizadas, nos

limitaremos a apresentar os conceitos utilizados pela OMS acerca de Medicina Alternativa e Complementar – MAC e Medicina Tradicional – MT e o conceito de Racionalidades Médicas – RM elaborado por Madel Luz. É importante destacar que tomamos a acupuntura enquanto Racionalidade Médica.

A OMS, no seu documento, o *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*, preconiza o uso dos termos MT para referir-se aos países da África, América Latina, Sudeste Asiático e/ou Pacífico Ocidental, MAC para os da Europa e/ou América do Norte e Austrália e MT/MAC quando se refere em um sentido geral a todas essas regiões (WHO, 2002).

Segundo a OMS, a terminologia MAC, também denominada “não convencional” ou “paralela”, é usada para referir-se a um amplo grupo de práticas sanitárias que não fazem parte da tradição do próprio país ou não estão integradas em um sistema de saúde sanitário prevalente (WHO, 2002). Já a MT é um termo amplo utilizado

to refer both to TM systems such as traditional Chinese medicine, Indian ayurveda and Arabic unani medicine, and to various forms of indigenous medicine. TM therapies include medication therapies - if they involve use of herbal medicines, animal parts and/or minerals - and non-medication therapies - if they are carried out primarily without the use of medication, as in the case of acupuncture, manual therapies and spiritual therapies (WHO, 2002, p.1).

Compartilhamos com Tesser e Barros (2008) que as caracterizações das MAC da OMS abrangem práticas heterogêneas sob uma mesma definição, deixando o conceito de MAC vago e/ou pouco claro, entretanto o esquema analítico-classificatório formulado por Luz por meio da categoria racionalidade médica permite distinguir sistemas médicos complexos como a biomedicina, a medicina ayurvédica, a medicina tradicional chinesa-acupuntura de terapias ou métodos diagnósticos.

Ao longo do trabalho de pesquisa sócio-histórica, no desenvolvimento dos estudos sobre a homeopatia na década de 1980, Luz demonstrou que havia na medicina homeopática “uma lógica terapêutica e diagnóstica distinta, porém coerente, além de concepções de fisiologia e fisiopatologia estruturadas em plano teórico e empírico”, assim, em oposição à concepção construída desde o século XVII de que a medicina ocidental contemporânea ou biomedicina “é assumida como única portadora de racionalidade, na medida em que *racionalidade*, nesta cultura, é assimilada à cultura científica”, demonstrou que havia na medicina homeopática outra *racionalidade médica*” (LUZ, 2012c, p.18.).

O conceito da categoria de análise racionalidade médica foi desenvolvido por

Madel Luz a partir dos estudos de seu grupo² de pesquisa, no início da década de 1990, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Na fase inicial do estudo, segundo Luz (2012a, p. 28-29), os objetivos e hipóteses foram:

1. estabelecer (...) que existe mais de uma racionalidade médica, atuante na sociedade contemporânea, o que implica, na prática, colocar em questão o monopólio epistemológico, teórico e terapêutico da medicina ocidental (biomedicina), desenvolvida em nossa cultura de um século e meio para cá sobre a denominação de medicina científica;
2. demonstrar que as medicinas homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica (...) constituem efetivamente racionalidades médicas (...)
3. estabelecer comparações entre essas racionalidades e a racionalidade médica ocidental contemporânea (biomedicina), com base na hipótese que, embora irreduzíveis em muitos pontos, esses sistemas têm elementos comuns não apenas comparáveis mas compatíveis, e co-operativos, através das dimensões teóricas e práticas presentes em toda racionalidade médica.

Desse modo, o estudo comparou quatro sistemas médicos complexos: medicina ocidental contemporânea ou biomedicina, medicina homeopática, medicina tradicional chinesa e medicina ayurvédica à luz de uma categoria ideal-típica weberiana³ (LUZ, 1996; LUZ, BARROS; 2012).

Em perspectiva comparativa, as racionalidades médicas, no plural, podem ser entendidas como um conjunto estruturado e integrado de saberes e práticas, empiricamente verificáveis, de acordo com procedimentos racionais sistemáticos, de intervenções eficazes em face ao adoecimento humano, referem-se a sistemas médicos complexos, com raízes em sociedades complexas e altamente diferenciadas na esfera cultural (LUZ, 1996).

Construída a partir do conceito ideal típico de Max Weber,

² No período de 1992-1997, o grupo era denominado Racionalidades Médicas, de 1998 a 2009, ficou conhecido como Grupo CNPq Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde, e “embora ainda chamado “Racionalidades Médicas”, foi recentemente inscrito no CNPq Grupos como “Racionalidades em Saúde: sistemas médicos complexos e práticas integrativas em saúde” (LUZ, 2012a).

³ “Max Weber construiu seus tipos ideais indutivamente, como contribuição teórica para o campo das ciências humanas, especificamente para a área da sociologia interpretativa, *compreensiva*. Estava preocupado com a explicação dos fenômenos culturais e sociais de seu tempo, como o desenvolvimento da estrutura capitalista, vista por ele como conjunto de relações sociais construídas de modo historicamente peculiar, do ponto de vista de sua racionalidade e de sua ética do trabalho. Analisou, em perspectiva histórica e cultural, as formas sociais capitalistas precedentes desenvolvidas na história, buscando “tipificar” o capitalismo ocidental moderno. Os traços típicos específicos dessa estrutura social foram descritos em sua *Ética protestante e o espírito do capitalismo*, onde uma forma específica de racionalidade da vida social e do trabalho aparece como fundamento das ações e relações sociais da estrutura. O tipo ideal de aplica assim, com grande pertinência teórica, ao campo das ciências sociais e humanas, inclusive da Saúde Coletiva, descrevendo e interpretando fenômenos que impliquem a cultura (LUZ, 2012b, p.17)”.

A categoria 'racionalidade médica tem seus traços ou dimensões fundamentais modelados a partir de uma operação indutiva. Tal operação constata num objeto específico de categorização a presença, com maior ou menor grau de explicitação e clareza daqueles traços ou dimensões fundamentais (Luz, 1996, 5p.).

Nos estudos de Luz, foram estabelecidas cinco dimensões essenciais: morfologia, dinâmica vital, sistema de diagnose, sistema terapêutico e doutrina médica, todas embasadas por uma sexta dimensão, a cosmologia. Assim sendo, a RM pode ser compreendida como todo sistema médico complexo estruturado, necessariamente, segundo essas seis dimensões (LUZ, 1996; LUZ, BARROS; 2012, NASCIMENTO, BARROS, NOGUEIRA, LUZ; 2013).

Os quatro sistemas médicos complexos e as seis dimensões presentes nos estudos sobre RM encontram-se no Quadro 1 abaixo. Vale ressaltar que o Quadro 1 foi construído a partir dos **quadros que foram desenvolvidos pelos grupos de estudos de Luz, ao longo desses 20 anos de pesquisas**, assim sendo, sua elaboração se deu a partir do Quadro Classificatório das Racionalidades Médicas de Acordo com as Dimensões Ideal-Típicas Estruturais (LUZ, BARROS; 2012, p. 19) e no Quadro-Resumo Comparativo das Racionalidades Médicas (LUZ, BARROS; 2012, p. 22 e 23) (grifo nosso).

Racionalidades Médicas	Cosmologia	Doutrina Médica	Morfologia	Dinâmica Vital	Sistema Diagnóstico	Sistema Terapêutico
	Traços Fundamentais	Traços Básicos	Aspectos Principais	Aspectos Principais	Aspectos Principais	Formas Principais de Intervenção
Medicina Ocidental Contemporânea	Física Newtoniana (Clássica) implícita	Teoria(s) da causalidade da doença e seu combate	Morfologia dos sistemas (macro e micro) orgânicos	Fisiopatologia e fisiologia dos sistemas	Semiologia anamnese; exame físico e exames complementares	Medicamentos, cirurgia, prevenção
Medicina Homeopática	Cosmologia Ocidental Tradicional:(Alquímica) e Clássica (Newtoniana) implícita	Teoria da energia ou força vital e seus desequilíbrios nos sujeitos individuais	Organismo material (sistemas) força (ou energia) vital animadora	Fisiologia energética (implícita); Fisiologia dos sistemas; Fisiologia do medicamento e adoecimento	Semiologia anamnese do desequilíbrio individual. Diagnóstico do remédio e da enfermidade individuais. Diagnóstico clínico.	Medicamento. Higiene (física e mental)
Medicina Tradicional Chinesa	Cosmogonia Chinesa (geração do microcosmo a partir do macrocosmo)	Teorias do “Yin-Yang” e das “cinco fases (ou elementos)” e seu equilíbrio (harmonia) nos sujeitos individuais	Teoria dos “canais” meridianos e dos pontos de acupuntura (“corpo sutil”). Teoria dos órgãos e das vísceras (“corpo orgânico”).	Fisiologia dos “sopros vitais”(Qi) Fisiologia dos órgãos; Dinâmica Yin-Yang no organismo e com o meio ambiente.	Semiologia anamneses do desequilíbrio Yin-Yang. Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos.	Higiene. Exercícios:(artes, meditação, etc.) Dietética: fitoterapia, massagens, acupuntura e Moxabustão
Medicina Ayurvédica	Cosmologia Indiana. (Geração do microcosmo a partir do macrocosmo)	Teoria dos cinco elementos e das constituições humorais (“Tridosha”) nos sujeitos individuais.	Teoria dos vários corpos (“denso” e “sutis”). Teoria da constituição dos tecidos vitais, dos órgãos e dos sentidos.	Fisiologia “energética” (circulação do Prana e das demais energias nos “corpos”). Equilíbrio do “Tridosha”.	Semiologia:anamnese do desequilíbrio do “Tridosha”. Sistema de observação “dos oito pontos”. Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos.	Dietética:Técnicas de eliminação e purificação. Exercícios: (Yoga, meditação, etc.). Massagens:Fitoterapia; medicamentos.

Fonte: Adaptado de LUZ, BARROS; 2012, p. 19, 22 e 23

Quadro 1 – As diferentes Racionalidades Médicas e suas respectivas dimensões essenciais. Ribeirão Preto. 2014

Compartilhamos com Luz e Barros (2012) que a concepção de racionalidades médicas, no plural, vem para acentuar a existência e convivência da pluralidade terapêutica na sociedade contemporânea. A utilização da categoria RM no âmbito do ensino, da pesquisa, das práticas e das políticas de saúde já tem contribuído para expandir a reflexão desta temática, nas diversas regiões do país (NASCIMENTO, BARROS, NOGUEIRA, LUZ; 2013).

Também acreditamos que essa concepção pode contribuir para superar o atual modelo biologicista e tecnoassistencial vigente e ampliar a visão (de profissionais e gestores de saúde e da população) sobre outras opções de cuidado e de cura que são pautados por um modelo de atenção holístico e vitalista, e assim, “revisitar diferentes saberes e práticas em saúde, de forma a ultrapassar a compreensão hegemônica da racionalidade biológica, e afirmar a abertura ao intercâmbio solidário entre diferentes sistemas culturais em saúde, no sentido de sua complementaridade” (NASCIMENTO, BARROS, NOGUEIRA, LUZ; 2013, p.3606).

3.1.4 Incorporação de práticas alternativas de saúde

Para discutir a incorporação de diferentes práticas de saúde, nos apoiaremos nos estudos e trabalhos desenvolvidos por Madel Luz e seu grupo de pesquisa. Para Luz (2005), o surgimento de novos paradigmas em saúde tem ligação com diversos acontecimentos, situações e condicionamentos complexos, de natureza ao mesmo tempo socioeconômica, cultural e epidemiológica. Um dos acontecimentos fundamentais apontados pela autora é a crise da saúde do final do século e do milênio que pode ser vista, primeiramente, como fruto do crescimento das desigualdades sociais no mundo.

Luz (2005) afirma que essas desigualdades podem ser observadas predominantemente nas sociedades do capitalismo avançado, nas do capitalismo dito dependente, nas sociedades originárias da derrota do regime socialista e no conjunto dos países subdesenvolvidos do continente africano, as quais têm sido submetidas às leis de uma economia capitalista de internacionalização e dominância completa sobre o planeta – a globalização.

Nas sociedades nas quais a desigualdade social é profunda, como no continente latino-americano, essa crise torna-se aguda, uma vez que a grande concentração de renda gera

graves problemas sanitários, como a desnutrição, doenças infectocontagiosas, crônico-degenerativas, violência, consumo de drogas como cocaína e crack em escala cada vez mais crescente, além do retorno de antigas doenças como tuberculose, hanseníase, sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis que se ajuntam a novas epidemias como a aids (LUZ, 2005).

Outra repercussão das condições socioeconômicas do mundo capitalista são as alterações biopsíquicas que se refletem na saúde física e mental da força de trabalho, caracterizadas por dores difusas, depressão, ansiedade, pânico, males da coluna vertebral entre outras que atingem milhões de pessoas em quase todos os países nas grandes cidades, ocasionando uma situação constante de sofrimento para os cidadãos (LUZ, 2005).

Essas condições ocasionam a perda de milhões de dólares anuais para as economias desses países em função dos dias de trabalho perdido e, ao mesmo tempo, são questões que poderiam ser controladas ou prevenidas com políticas sociais adequadas se o comprometimento dos governos desses países fosse com o bem-estar e a saúde da população e não com a atual política ideológica neoliberal que tem gerado políticas econômicas e sociais agravadoras do quadro sanitário apresentado (LUZ, 2005).

Diante dessa transformação, observamos a perda de valores humanos milenares, nos campos mais importantes do agir e do viver humanos, no plano da ética, da política, da convivência social, da sexualidade, em prol da valorização do consumismo, do individualismo, da busca pelo poder, o prazer imediato como fontes privilegiadas de *status* social (LUZ, 2005).

De acordo com a autora, esse fenômeno de natureza sanitária e cultural coletivo tem sua origem no capitalismo globalizado, tanto pelas suas consequências sobre as condições de trabalho quanto na transformação recente da cultura, o que tem gerado um quadro de inquietação e mal-estar social, com repercussões visíveis na saúde das pessoas das diferentes sociedades. E todas essas questões irão motivar indiretamente a busca por outra racionalidade em saúde pelas populações (LUZ, 2005).

Além da crise da saúde, a crise da medicina também contribuiu para o desenvolvimento de novas práticas em saúde. Há de se esclarecer que essa crise não está relacionada à produção de conhecimento, mas sim aos planos ético, político, pedagógico e social. Para analisar a crise da medicina, é tomada como marco histórico simbólico a Conferência Internacional de Alma Ata. Realizada em 1978 na União Soviética, a conferência teve como meta “Saúde para todos no ano 2000” e foi marcada pelo apelo do diretor-geral da OMS aos governos de todos os países para o desenvolvimento de formas simplificadas de

atenção médica às populações carentes no mundo inteiro, mediante a incapacidade da medicina tecnológica e especializante para resolver os problemas de saúde de dois terços da humanidade (OMS, 1978).

Há mais de uma década ultrapassamos o ano 2000 e ainda estamos distantes do propósito estabelecido, uma vez que já somam três quartos da população mundial que necessitam de saúde. Paralelamente, seguem crescentes o avanço tecnológico da medicina e sua incapacidade para reverter tal situação. Esse conjunto de fatores parece explicar o aumento e o sucesso de sistemas terapêuticos configurados por outra racionalidade em saúde, conduzidos por paradigmas diferentes daqueles da medicina científica (LUZ, 2005).

Outra questão importante a destacar é que, apesar da crise da medicina se diferenciar da crise da saúde, está ligada a ela em várias esferas. Na esfera institucional, traduzida nos programas de atenção médica, principalmente os dedicados às populações de baixa renda. Na esfera ética, associada à prática médica, na qual a relação médico-paciente caracteriza-se pela fragmentação e objetivação do paciente, sendo este visto mais como consumidor do que como sujeito doente (LUZ, 2005).

Em seguida, na esfera da eficácia institucional médica, relacionada à perda pela atual medicina da sua arte milenar de curar por meio da diagnose, prevalecendo o uso cada vez maior da tecnológica para identificar patologias em detrimento do sujeito doente. Na esfera da bioética, relacionada à investigação científica biomédica, relacionada principalmente à genética (LUZ, 2005).

Na esfera corporativa, da ética profissional das relações intra e intercategorias da área da saúde, ou seja, a relação entre médicos de diferentes especialidades e entre médicos e psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros, além da relação entre médicos e cidadãos, caracterizada muitas vezes por embate e hostilidade. Na esfera pedagógica, da educação e formação médica, e o político-institucional para atuar nos diferentes níveis, técnico, administrativo e de planejamento (LUZ, 2005).

Além dessas esferas, para finalizar, na esfera da Racionalidade Médica, à:

[...] medida em que o próprio paradigma que rege a medicina contemporânea afastou-se do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva em suas investigações diagnósticas, bem como em sua prática de intervenção. Também, na medida em que esse sujeito humano sofredor deixou de ser o centro de seu objeto (como investigação) e de seu objetivo (como prática terapêutica) (LUZ, 2005, p. 151).

Esse duplo afastamento gerou uma dupla crise, na saúde dos povos e na medicina

enquanto instituição, revelada a partir da segunda metade do século XX. E é nesse momento que vão surgir novos modelos e sistemas terapêuticos em cura e saúde diferentes daqueles da nossa racionalidade médica. Esses modelos são importados com o movimento da contracultura, iniciado nos anos de 1960 e prolongado durante os anos de 1970 nos EUA e na Europa (LUZ, 2005).

Esse evento histórico, além da importação de antigos sistemas médicos, como a medicina tradicional chinesa e outros, atingiu grandes centros urbanos de vários países latino-americanos, inclusive o Brasil, principalmente durante a década de 1980. Aqui se demarca o *boom* das medicinas tradicionais complexas na sociedade ocidental, denominadas de terapias, ou medicinas “alternativas”, e desde então começaram a disputar espaços, demandar legitimação institucional e obter lentamente espaços de inserção na rede pública. De acordo com Luz (2006), uma das mais procuradas alternativas aos tratamentos da medicina convencional que vem se firmando no cenário internacional é a MTC, que tem como um de seus recursos terapêuticos a acupuntura, que será abordada a seguir (LUZ, 2005).

3.1.5 A MTC – Acupuntura

Do Oriente ao Ocidente

A acupuntura tem origem na China no período da Idade da Pedra, há cerca de 4500 anos, e é um importante componente terapêutico da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que visa à manutenção e/ou ao restabelecimento da saúde por meio de aplicação de agulhas, moxas e outras técnicas (WEN, 2006; WENBU, 1993).

Na aproximação com a acupuntura e sua história, nos apoiaremos principalmente nos estudos de Souza (2008). Descrita ao longo das dinastias, a história da medicina chinesa apresenta o cenário de uma medicina construída no tempo, evoluindo de saberes e práticas mais simples para mais complexas, com respaldo em evidências histórico-arqueológicas (UNSCHULD, 1985; BIRCH, 2002 apud SOUZA, 2008).

Desde os primeiros registros da civilização chinesa na dinastia SHĀNG 商 (1751 a 1112 a.C.) até o final da dinastia ZHŌU 周 (1112 a 249 a.C.), a medicina chinesa baseava-se em um paradigma mágico-ritualístico, cujas principais características eram adequadas com a própria estrutura social, sem qualquer separação entre religião e medicina, e os curadores

eram sacerdotes, denominados WŪ 巫, termo usualmente traduzido por *shamans* (UNSCHULD, 1985 apud SOUZA, 2008).

No período médio da dinastia ZHŌU 周, por volta do ano 500 a.C., acontece a diferenciação entre as funções do sacerdote e do terapeuta, bem como o uso de substâncias medicinais para a cura de doenças, além de algumas referências à acupuntura, como registros de diagnose através das noções de calor e frio, escuridão ou claridade, relacionadas à teoria YĪN 陰-YÁNG 陽 (SOUZA, 2008).

Também nesse período, surgem os chamados “filósofos” que contribuíram para transformações nas crenças e valores sociais, bem como na medicina. Um deles foi KŌNG FŪ ZĪ 孔夫子, conhecido como Confúcius, que influenciou a medicina com as noções de moderação, num sentido mais restrito relacionado à higiene e moderação alimentar, e num sentido mais amplo relacionado à adequação dos atos individuais às normas sociais e à saúde (SOUZA, 2008).

A separação entre medicina e religião foi um processo que durou aproximadamente de cinco a sete séculos e foi na dinastia HÀN 漢 (206 a.C. a 220 d.C.) que as novas compreensões formadas ao longo desses períodos foram sintetizadas e reunidas em seus dois cânones fundamentais, HUÁNG DÌ NÈI JING 黃帝內經, O Livro do Imperador Amarelo e o NAN JING 難經, O Clássico das Dificuldades (UNSCHULD, 1985 apud SOUZA, 2008).

Desse modo, ao final da dinastia HÀN 漢 o novo paradigma, denominado de paradigma de correspondências sistemáticas (UNSCHULD, 1985 apud SOUZA, 2008), já estava sistematizado e solidificado, configurando-se como medicina hegemônica. O paradigma anterior permaneceu sendo praticado, secundário dentro do campo médico, diferenciado da religião.

Assim, a Medicina Clássica Chinesa se estruturou no período da dinastia HÀN 漢, e permaneceu sem rupturas paradigmáticas significativas até a formação da Medicina Tradicional Chinesa. Passados muitos séculos, na dinastia QĪNG 清 (1644–1912 d.C.), a Medicina Clássica entra em franco declínio. Nesse período, a cultura chinesa passava por um processo de transformação dos seus valores pelos ocidentais, inclusive na medicina, dada a influência da cultura ocidental em expansão. O término da dinastia QĪNG marca também o final do império, o início da República da China (1912-1949 d.C.) e um período de aceleração no processo de modernização (SOUZA, 2008).

Somente após a revolução comunista de 1949, a medicina chinesa foi reconstruída, com apoio de MÁO ZÉ DŌNG毛澤東. As razões de saúde coletiva, aliadas às econômicas e políticas, foram significativas no processo de construção da República Popular de China, pois seus dirigentes tinham o objetivo de resgatar parte da cultura tradicional criando uma síntese com a ciência e os valores modernos. Assim, dessa proposta de síntese nasceu a medicina denominada Medicina Tradicional Chinesa (SOUZA, 2008).

Essa dinâmica que acontece no Oriente não se dá isolada do contexto mundial, pelo contrário, está ligada a ele e ao conjunto de transformações sociais já mencionadas anteriormente que contribuem para enfraquecer a hegemonia da era da modernidade. Esses movimentos e revoluções sociais do final da década de 1960, apesar de não terem alcançado inteiramente seus objetivos, contribuíram expressivamente para o rompimento do monopólio da biomedicina no campo da saúde e o conseqüente ressurgimento de diversas culturas de saúde e o uso crescente de novas práticas terapêuticas. Dentre a diversidade de novas práticas, algumas foram mais incorporadas e difundidas junto às culturas ocidentais, destaca-se a acupuntura que estabeleceu fortes raízes no mundo ocidental (SOUZA, 2008).

No Brasil

A história da acupuntura no cenário brasileiro é descrita com base nos estudos de Nascimento (2006). Segundo a autora, a história da acupuntura no Brasil vem acompanhada da imigração japonesa nos primórdios do século XX, e se inicialmente a acupuntura fica restrita à colônia oriental, na década de 1940 ela começa a ser divulgada por Sakae Maki (1924-2001), um integrante da equipe japonesa de natação que chega ao Brasil e ao utilizar a terapêutica na recuperação dos atletas de sua equipe chama a atenção dos atletas brasileiros que começam a procurá-lo em função da acupuntura.

Já os primeiros cursos dessa prática aos brasileiros foram oferecidos pelo professor luxemburguês Frederico Spaeth (1912-1990) que se dedicou por cerca de quatro décadas à disseminação e regulamentação da acupuntura no país. Com início em São Paulo e no Rio de Janeiro, à medida que os cursos se estruturaram, passaram a ser ministrados em diversas capitais brasileiras. Somente nos anos de 1970 começaram os primeiros cursos ministrados por orientais e aberto a brasileiros (NASCIMENTO, 2006).

Como resultado dos trabalhos e dedicação de Spaeth em prol da acupuntura, no início da década de 1980, a acupuntura passa a ser introduzida em diversas unidades do serviço público de saúde, são criados cursos de formação profissional e realizados congressos nacionais de acupuntura.

A trajetória da inserção da acupuntura nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil

Com o intuito de percorrer essa trajetória, realizamos uma revisão sistemática da literatura nos documentos do Ministério da Saúde do Brasil, utilizando os termos “acupuntura” e/ou “medicina tradicional”, “complementar”, “alternativa”, “integrativa” e “não convencional”. Para tanto, estabelecemos como critérios para seleção: conter os termos completos ou em parte no título ou corpo do documento; escritos em português. A partir desses critérios, foram identificados os documentos: Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde; Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - Atitude de Ampliação de Acesso, Portarias e Resoluções (NASCIMENTO, 2006).

A partir dos documentos analisados, foi possível delinear uma linha do tempo que correlaciona acupuntura e construção de uma política de saúde pública que contempla essa prática desde os anos de 1970 até os dias de hoje, conforme descrição a seguir.

No final da década de 1970, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional e Complementar/alternativa, também denominada de Medicina Natural e Práticas Complementares (MNPC) e incentivou os Estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas, para seu uso racional e integrado, e o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade (BRASIL, 2008a).

No Brasil, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) deliberou em seu relatório final a introdução das práticas alternativas na assistência à saúde, possibilitando acesso democrático e direito de escolha. Houve uma modificação significativa nos princípios que norteavam as ações de saúde até o presente momento, como, por exemplo, a atenção centrada na doença. Foi considerado um marco importante, pois ampliou o conceito de saúde garantindo acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação de saúde (BRASIL, 1986).

Em 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) fixa normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo e em técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia nos serviços públicos de saúde, por meio das Resoluções nº 4, 5, 6, 7 e 8/88 (BRASIL, 2008a).

Em 1995, ocorre a Instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas não convencionais, por meio da Portaria Nº 2543/GM, de 14 de dezembro, editadas pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde

(BRASIL, 2008a).

Em 1996, a 10ª Conferência Nacional de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde realizada, aprova a incorporação ao SUS, em todo o país, de práticas em saúde, como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares, garantindo, assim, a toda população o acesso às ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação da saúde (BRASIL, 1996a).

Em outubro de 1999, por meio da Portaria Nº 1230/GM, a prática da acupuntura é introduzida na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região, em todo o país (BRASIL, 1999a).

A 11ª CNS, realizada em 2000, enfatiza a importância de fortalecer as ações e serviços de atenção básica e o cumprimento de seu papel como porta de entrada de um Sistema de Saúde que ofereça integralidade de atenção; e, ao mesmo tempo, possa estimular a adoção de programas voltados à ampliação do acesso aos serviços a toda a comunidade, reforçando a incorporação de práticas não convencionais de terapêutica como a acupuntura e a homeopatia (BRASIL, 2000a).

Em dezembro de 2003, acontece a 12ª CNS que trouxe novas propostas na busca de soluções para efetivar um sistema de saúde de qualidade que atendesse aos princípios de universalidade, equidade e integralidade no SUS, trazendo em seu relatório final o direito ao usuário de acesso à informação sobre novas modalidades de promoção, manutenção e recuperação da saúde, como medicina natural, fitoterapia, práticas tradicionais indígenas e práticas complementares e alternativas de saúde, priorizando a informação correta sobre indicação e sobre o resultado de pesquisas científicas, inclusive para os profissionais de saúde, facilitando e garantindo o acesso e atendimento com qualidade e humanizado (BRASIL, 2003a).

Ainda em 2003, com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – MNPC – no SUS, é constituído o Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a).

Em 2004, a MNPC foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa (BRASIL, 2008a).

Em 03 de maio de 2006, a Portaria nº 971 aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). Essa política, de caráter nacional, recomenda às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios a adotarem a implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares, como a acupuntura, homeopatia entre outras (BRASIL,

2006a).

Nessa trajetória, desde a 8ª CNS até criação da PNPIC transcorreram 20 anos, e nesse período foram elaborados nove documentos, sendo cinco relatórios, três portarias e uma resolução.

Com a implantação da PNPIC, houve a necessidade da adequação dos estabelecimentos de saúde e informações sobre os procedimentos relativos à política, sendo assim, por meio da Portaria 853 de 17 de novembro de 2006 foi incluído, na tabela de serviços/classificações do sistema de cadastro nacional de estabelecimentos de saúde - SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 que diz respeito às Práticas Integrativas e Complementares com a classificação 001 para acupuntura (BRASIL, 2006c).

Em 2007, por meio da Resolução nº 371, o Conselho Nacional de Saúde instituiu a Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas do Controle Social no SUS (CIPICSUS) com a representação de órgãos governamentais e não governamentais das áreas do conhecimento envolvidas com as PIC e articula políticas, programas e atores na implementação das diretrizes da PNPIC (BRASIL, 2007b).

Em 2008, o relatório final da 13ª CNS faz referência ao dever de as esferas federal, estadual e municipal garantir a todos os profissionais de saúde, com especialização em acupuntura, o exercício de suas atribuições profissionais por meio da realização de concursos em todos os municípios (BRASIL, 2008b). Também em 2008, por meio da Portaria SAS 154 de 18 de março, a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF amplia as ações de Atenção Básica, apoiando a inserção de profissionais acupunturistas e apresenta as classificações brasileiras de ocupações no âmbito da acupuntura, bem como códigos de classificação para procedimentos (BRASIL, 2008c).

Em 2009, por meio da Portaria 84 de 25 de março, diante da necessidade de atualizar e atender às diretrizes da Portaria 971/GM, de 03 de maio de 2006, o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES resolve adequar o serviço especializado 134 – para o serviço de Práticas Integrativas e a classificação 001 para acupuntura (BRASIL, 2009b).

Rever essa trajetória possibilitou um olhar linear sobre a acupuntura e sua recente inserção legal nas políticas de saúde pública do país. Entretanto esse delineamento possibilitou olhar também sua legitimidade, em construção, com uma trajetória antiga e muitos desafios a serem enfrentados, o que nos permitiu refletir a acupuntura para além da sua legalidade, assinalando a importância de se discutir o processo dessa legitimidade em curso, considerando os diversos determinantes que têm permeado a inserção da acupuntura no

campo das políticas públicas de saúde. É nessa direção que pretendemos avançar ao longo deste estudo.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo é uma pesquisa de natureza analítica com abordagem qualitativa. Encontramos na abordagem metodológica qualitativa o caminho para desenvolver esta investigação, na medida em que tal perspectiva dá abertura ao pesquisador atuar com a matéria-prima das vivências, das experiências, da cotidianidade e, também, analisar as estruturas e as instituições, entendendo-as como ação humana objetivada, de modo que a linguagem, os símbolos, as práticas, as relações e as coisas são inseparáveis e todos passam pela subjetividade humana. A compreensão desses fundamentos permite olhar e querer trabalhar o objeto deste estudo na sua natureza política, econômica, social e cultural (MINAYO, 2008).

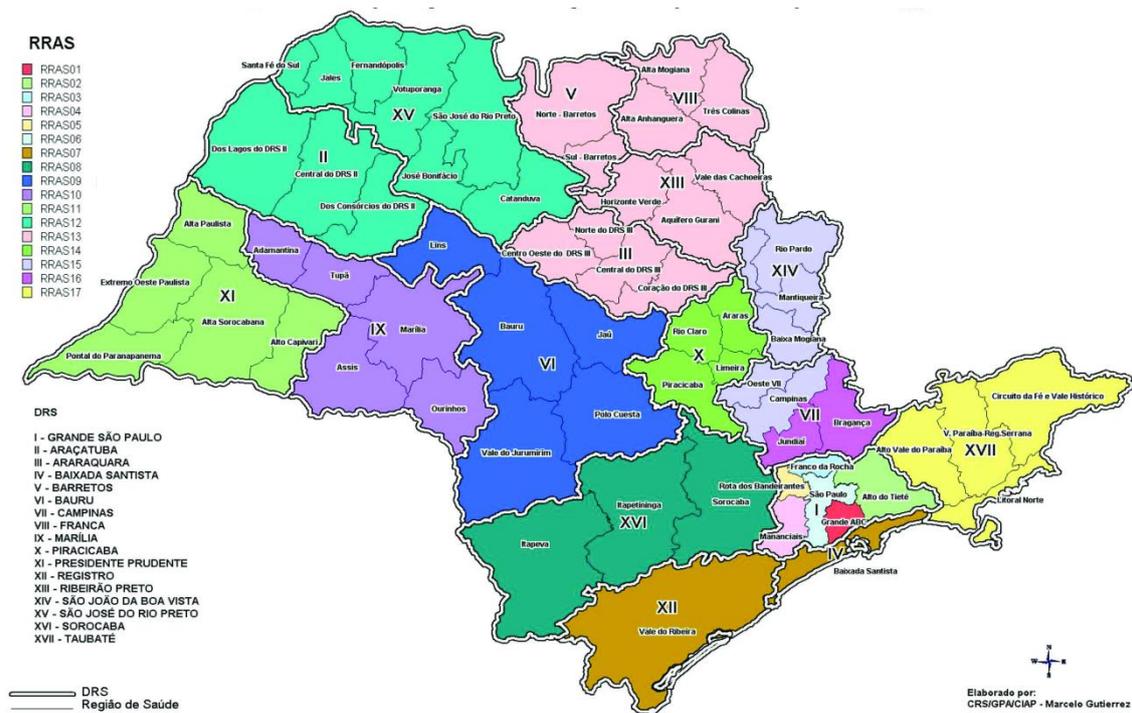
A abordagem qualitativa prevê como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação do pesquisador com os atores sociais envolvidos. Esta questão implica em uma maior atenção ao objeto específico deste tipo de investigação que pressupõe outras relações que podem ser apreendidas no transcorrer do processo, dada a própria dinamicidade da realidade. Trabalha com o mundo dos significados das ações e das relações humanas, respondendo a questões muito particulares, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2008).

A natureza analítica desta pesquisa seguiu a proposta de análise de políticas públicas de Araújo e Maciel (2001) que caracterizam as mesmas como uma categoria de estudo, com metodologias próprias e que deve ser claramente definida, pois reflete uma forma específica de compreender as políticas públicas e seu estudo. Este referencial teórico-analítico que amplia e facilita a observação de diversos determinantes, pois permite visualizar os diferentes elementos que estruturam a política em todo o seu processo, será explicitado mais adiante, na abordagem sobre a análise de dados.

4.1 Local de estudo

No Estado de São Paulo, a organização das ações e serviços de saúde se dá por meio de Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS). As RRAS, de acordo com a Portaria GM/MS nº4279/10, têm como finalidade articular serviços e organizar fluxos de informações e sistemas, a fim de dar apoio às atividades de planejamento e definição de fluxos no

território. O Estado de São Paulo é dividido em 17 RRAS (Mapa 1)⁴, as quais são compostas por Departamentos Regionais de Saúde (DRS). A RRAS13 é composta pelos DRS III, DRS V, DRS VIII e DRS XIII.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2014)

Mapa 1 - Distribuição das Redes Regionais de Atenção à Saúde, do Estado de São Paulo em março de 2012. Ribeirão Preto 2014

O estudo foi realizado nos municípios⁵ integrantes do DRS XIII. Com relação a

⁴ Disponível em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/reunioes/redes_regionais_de_atencao_a_saude_nelson.pdf Acesso em: 10 nov. 2013

⁵O DRS XIII possui 26 municípios integrantes, a saber: Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guatapar, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antnio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa de Viterbo, Santo Antnio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana e Sertãozinho.

definição do local de estudo, temos que considerar que o DRS XIII abrange uma população estimada de um milhão e duzentos mil habitantes, se destaca por constituir um polo de saúde no interior paulista, seu município sede é referência no setor para os municípios da região e, ainda, em determinadas especialidades da área da saúde, para o Estado. No âmbito das RM/PIC, o município sede tem uma história de quase duas décadas de oferta dessas práticas no serviços público de saúde (PMS 2010-2013).

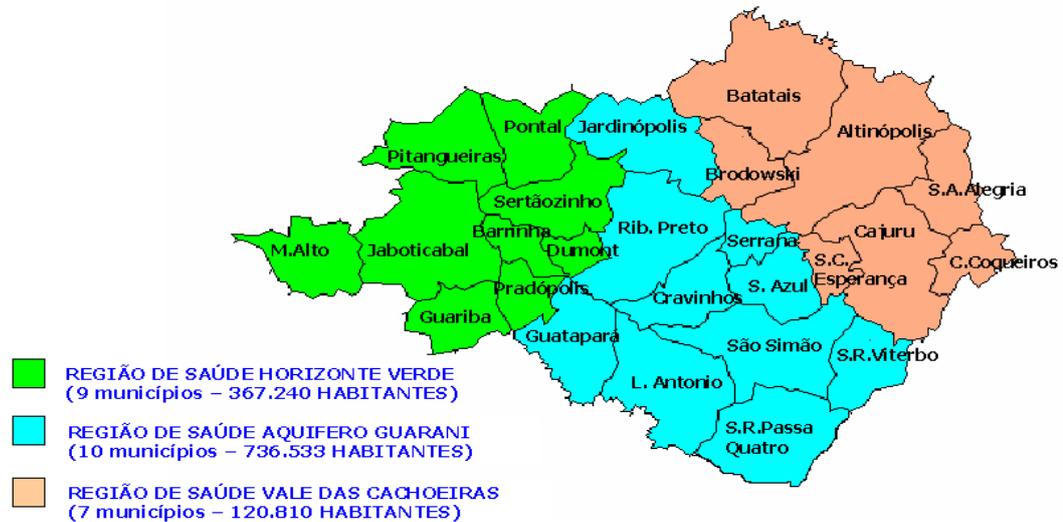
Os DRS são divisões administrativas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que atendem ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006, e são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil. Esses departamentos são divididos, ao todo, em 17 DRS (Mapa 2).

Cada DRS tem seus municípios agrupados em Colegiados Gestores Regionais (CGR). O DRS XIII (Mapa 3) abrange 26 municípios agrupados em 03 CGR, assim distribuídos: CGR Aquífero Guarani: 10 municípios, CGR Vale das Cachoeiras: 07 municípios e CGR Horizonte Verde: 09 municípios (SÃO PAULO, 2010).



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde (2014)

Mapa 2- Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo. Ribeirão Preto, 2014



Fonte: IBGE 2007

Mapa 3 - Municípios pertencentes ao DRS XIII, segundo o CGR, Ribeirão Preto, 2014

4.2 Sujeitos da pesquisa

4.2.1 Seleção dos participantes

Os sujeitos participantes do presente estudo, definidos previamente na fase de construção do projeto de pesquisa, foram os gestores municipais de saúde, os conselheiros municipais de saúde e os acupunturistas, por entender que estes têm importante papel perante o desenvolvimento de ações no âmbito da acupuntura. No entanto, após nos aproximarmos (e compartilharmos) das contribuições de Mattos e Baptista (2011) quanto à importância do entendimento de sujeitos na participação do debate político para além de atores com papéis definidos, e das contribuições de Araújo e Maciel (2001) que consideram que atores são todas as pessoas que participaram direta ou indiretamente da decisão política, optamos por selecionar todos os sujeitos, além dos definidos inicialmente, que tiveram algum tipo de participação no processo de implantação/implementação da acupuntura no serviço municipal da rede de atenção à saúde.

Para a seleção dos gestores dos 26 municípios do DRS XIII, definiu-se como critério de inclusão serem gestores do último período de gestão dentro do recorte temporal, ou seja, 2009-2012. Esse período foi definido por ser mais recente e pela dificuldade de localizar os gestores nos períodos de 2001-2004 e 2005-2008. Tendo em vista que a DRS XIII é composta por 26 municípios, esperávamos entrevistar 26 gestores municipais. No entanto, 11 gestores do referido período de gestão estabelecido pelo estudo não foram localizados, mesmo após vários contatos por telefone e email (de três a cinco tentativas em dias e horários alternados) nas Secretarias Municipais de Saúde e também pessoalmente no DRS XIII. Um gestor, embora tenha aceitado participar em um primeiro contato, não foi possível realizar a entrevista por estar morando fora do Estado de São Paulo, em Corumbá/MS, onde o acesso à internet e ao telefone é precário, o que inviabilizou a entrevista. Desse modo, foram encontrados e entrevistados 14 gestores. Destes, 12 estiveram na gestão de municípios que não ofertam acupuntura e dois na gestão de municípios que ofertam acupuntura, a saber: M16 e M18.

Sendo assim, no município M16, além do coordenador do Centro de Especialidades (CE), que foi indicado pelo secretário municipal e pelo seu assessor, também participou da pesquisa o acupunturista do Centro de Especialidades (CE). Esses sujeitos não indicaram conselheiros de saúde ou outras pessoas que participaram do processo de inserção da acupuntura no serviço de saúde público municipal.

No município M18, participaram da pesquisa o gestor municipal, dois conselheiros de saúde, o coordenador do Programa de Fitoterapia e Homeopatia, o acupunturista do CE, o acupunturista do CEREST, o acupunturista da Saúde da Família Rural, um farmacêutico e o gerente do CE onde acontece o atendimento de acupuntura, totalizando nove sujeitos. Assim sendo, fizeram parte desta pesquisa 11 sujeitos, sendo nove do município M18 e dois do município M16, cujas características são apresentadas a seguir.

4.2.2 Caracterização

No Quadro 2 constam as características sociodemográficas dos sujeitos entrevistados, nos respectivos municípios M16 e M18.

Município	Profissão/Escolaridade	Idade (anos)	Função/ Identificação do sujeito
M18	Médico e sociólogo	58	Secretário municipal da saúde desde 2010/ GM
M18	Enfermeira	68	Coordenadora do Programa de Fitoterapia e Homeopatia do município/ CP
M18	Médico	54	Acupunturista no Centro de Especialidade/ ACE
M18	Médico	49	Médico de família na saúde da família rural e realiza atendimento de acupuntura/ ASF
M18	Médico	52	Médico do trabalho no Ambulatório do Centro Regional da Saúde do Trabalhador/ ACEREST
M18	Comerciante/1º grau completo	73	Membro efetivo do Conselho Municipal da Saúde/ MSCS1
M18	Pedagoga	70	Membro efetivo do Conselho Municipal da Saúde/ MSCS2
M18	Cirurgião-dentista	51	Gerente do Centro de Especialidade/ GCE
M18	Farmacêutico	49	Gerente de uma Unidade Básica de Saúde/ FGMP
M16	Fisioterapeuta	29	Fisioterapeuta e acupunturista/ EFA
M16	Fisioterapeuta	34	Coordenador do Centro de Especialidades/ EG

Fonte: elaboração própria, 2014.

Quadro 2 - Apresentação dos participantes por município, profissão e escolaridade, idade e função, nos municípios M16 e M18. Ribeirão Preto, Dezembro de 2013

Como mostra o Quadro 2, fizeram parte desta pesquisa 11 sujeitos, sendo nove do município M18 e dois do município M16. Os participantes do município M18 foram: **GM**, 58 anos, médico e sociólogo, é secretário municipal da saúde desde 2010. **CP**, 68 anos, enfermeira, atualmente é coordenadora do Programa de Fitoterapia e Homeopatia do município (M18). **ACE**, 54 anos, médico, atua como acupunturista do CE. **ASF**, 49 anos, médico, atua como médico de família na saúde da família rural e realiza atendimento em acupuntura. **ACEREST**, 52 anos, médico, é médico do trabalho no CEREST, onde também realiza atendimentos em acupuntura. **MSCS1**, 73 anos, comerciante. **MSCS2**, 70 anos,

pedagoga, atualmente é comerciante. **GCE**, 51 anos, cirurgião-dentista, é gerente do CE, onde funciona o ambulatório de acupuntura. **FGMP**, 49 anos, farmacêutico, atualmente é gerente de uma UBS. Os participantes do município M16 foram: **EFA**, 29 anos, fisioterapeuta e atualmente atua como fisioterapeuta e acupunturista, e **EG**, 34 anos, fisioterapeuta, é coordenador do Centro de Especialidades. Identificamos que a idade média dos participantes foi de 53 anos. Com relação à formação dos participantes quatro são médicos, sendo um também sociólogo, dois fisioterapeutas, um enfermeiro, um cirurgião-dentista, um farmacêutico, um pedagogo e um participante com o 1º grau completo. Dentre os acupunturistas, prevaleceu a formação médica.

4.3 Instrumentos de coleta de dados

4.3.1 As fontes documentais

Lüdke e André (1986) recomendam a análise documental em algumas situações ou para desvelar novos aspectos de um problema, ou de um tema, ou seja, para complementar as informações obtidas por outras técnicas. Podem ser consideradas como fontes documentais desde leis e regulamentos, normas, pareceres, jornais, revistas e estatísticas.

Segundo Pádua (2005), o estudo documental tem sido bastante realizado na área das ciências sociais como estratégia para descrever e comparar fatos sociais. O autor orienta esse tipo de estudo a partir de documentos autênticos, contemporâneos ou retrospectivos.

Para o presente estudo, recorte temporal analítico estabelecido foram cinco anos anteriores e cinco anos posteriores à publicação da PNPIC. A PNPIC foi promulgada pela Portaria Ministerial nº 971/2006 em maio de 2006, portanto o período do estudo resultou entre os anos de 2001 a 2011. Esta decisão abriu a possibilidade de analisar a inserção da acupuntura na AB antes e após a publicação da Portaria Ministerial nº 971/2006. Ao considerar nesse período os aspectos relacionados à gestão do SUS, é importante considerar também sua divisão em quadriênios, assim discriminados: 2001-2004, 2005-2008 e 2009-2012 (BRASIL, 1990a, 1996b, 2006a).

A fim de obtermos informações nos documentos oficiais referentes ao processo de

implantação da acupuntura na Atenção Básica, foram utilizados como fonte de coleta de dados instrumentos de gestão, entre eles os Planos Municipais de Saúde (PMS), disponíveis no DRS XIII e/ou nos sites das Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Para complementar essas informações, foram utilizados os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e as bases do Sistema de Informação do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

Os PMS foram disponibilizados pelo Centro de Planejamento e Avaliação em Saúde, mais especificamente no Núcleo de Avaliação e Monitoramento de Resultados do DRS XIII sob forma impressa. Embora o acesso aos documentos tenha sido fácil, houve grande dificuldade em encontrar todos os PMS estimados dentro do período previsto pelo estudo. Diante dessa dificuldade, entramos em contato com as SMS tanto pelo telefone quanto pelos sites, o que contribuiu para a obtenção de mais alguns documentos, no formato digital.

Para a busca dos RAG, foi acessado o site do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGUS (BRASIL, 2012d) onde foi selecionado o Estado de São Paulo, com as seguintes variáveis: tipo (municipal), município (os 26 pertencentes ao DRS XIII) e ano (de 2007 a 2011). Essa busca possibilitou os seguintes achados: ou o RAG foi apreciado e aprovado pelo Conselho de Saúde, porém não está disponível em meio eletrônico, ou está disponível para download no formato de arquivo pdf. Além do SARGUS, foram consultados os sites das Secretarias de Saúde na busca dos RAG, no período anterior ao ano de 2007.

A fim de complementar essas informações, também se utilizaram os dados disponíveis no site do DATASUS (BRASIL, 2013d, 2013e), o que possibilitou identificar os municípios com algum tipo de registro (serviços cadastrados, consultas médicas ou procedimentos) referente à acupuntura.

As informações sobre acupuntura nos municípios do DRS XIII, disponíveis no período de 2001 a 2007, foram obtidas por meio de consulta ao DATASUS selecionando a opção “informações de saúde (TABNET)”, seguida das opções “assistência à saúde”, “produção ambulatorial de 1994 a 2007” e Estado de São Paulo. Os dados foram coletados com as seguintes variáveis: Regional de Saúde/Município (na linha), ano/processamento (na coluna) quantidade apresentada (no conteúdo), períodos disponíveis (janeiro de 2001 a dezembro de 2007), Regional de Saúde (Ribeirão Preto), Proced. após 10/99: 0701234-consulta médica em acupuntura.

As informações disponíveis, no período de 2008 a 2011, foram obtidas por meio de consulta ao DATASUS, onde primeiramente foi selecionada a opção “informações de

saúde (TABNET)”, seguida das opções “rede assistencial”, “CNES-estabelecimentos”, “serviço/classificação – até fevereiro de 2008” e Estado de São Paulo. Os dados foram coletados com as seguintes variáveis: Regional de Saúde/Município (na linha), ano/mês de competência (na coluna), quantidade (no conteúdo), períodos disponíveis (todos), Regional de Saúde (Ribeirão Preto), tipo de prestador (público) e classificação do serviço (acupuntura). Na sequência, repetiu-se essa busca com a opção “serviço/classificação – a partir de março de 2008” e na variável período disponível; março de 2008 a dezembro de 2011.

Para seleção e busca nessas fontes, foi estabelecido como critério de inclusão constar os termos “acupuntura” e/ou: “medicina tradicional”, “práticas”, “complementar”, “alternativa”, “integrativa”, “natural” e “não convencional” combinados ou isolados. Este critério possibilitou identificar os municípios cujas fontes documentais apresentavam ou não algum registro sobre acupuntura. Esse material encontrado foi disposto em quadros organizativos por ano, tipo de documento, município e registro ou não de acupuntura. Na sequência procedeu-se à estatística descritiva e análise dos documentos encontrados e não encontrados, bem como dos documentos encontrados sem registros quanto à oferta da acupuntura. Os documentos, PMS e RAG, que apresentaram registros referentes à acupuntura foram analisados de acordo com a matriz analítica de políticas públicas, proposta por Araújo e Maciel (2001).

4.3.2 A entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada é uma ferramenta na qual, a partir de certos questionamentos importantes para a pesquisa, permite maior liberdade de respostas do informante, sem perder de vista o foco colocado pelo investigador. Segundo Triviños (1992), o processo de entrevista semiestruturada valoriza a presença do investigador e oferece perspectivas possíveis para que o entrevistado tenha a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. Foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada, direcionado aos gestores e diferentes sujeitos cujos municípios ofertam acupuntura nos serviços públicos de saúde (APÊNDICE B).

As entrevistas foram previamente agendadas por contato telefônico de acordo com a disponibilidade dos sujeitos participantes. Todos os sujeitos dos municípios que ofertam acupuntura foram entrevistados no município M18, sede do DRS XIII, as entrevistas

foram realizadas no período de agosto a dezembro de 2013, tiveram duração média de 40 minutos.

Todas foram gravadas, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, transcritas e posteriormente analisadas.

4.4 Análise de dados

No campo da saúde coletiva no Brasil,

o conjunto de técnicas de pesquisa consideradas aceitáveis é bastante amplo e eclético. Nesse contexto, sobretudo nas áreas de Políticas e das Ciências Humanas e Sociais na Saúde Coletiva, a escolha das técnicas de pesquisa não se faz *a priori*, mas ela deriva do objeto construído (MATTOS; BAPTISTA, 2011, p. 34.).

A presente pesquisa apresenta uma aproximação nesta direção, uma vez que a opção teórico-metodológica se pautou pela análise de políticas públicas.

De acordo com Mattos e Baptista (2011), ao buscar analisar uma política pública, é relevante inteirar-se sobre quem participou ou participa do processo político e como foram definidos os rumos da ação política, quais os embates e disputas entre outros, com a clareza que “não será possível trabalhar todos os âmbitos e questões que perpassam o processo de construção de uma política”. Não obstante, ao analisar uma política pública é possível explorar os modos de fazer e conduzir uma política, apreender as especificidades de cada realidade, refletir sobre as escolhas e direcionamento dos vários grupos sociais numa certa sociedade e fomentar a participação dos diferentes sujeitos neste processo (MATTOS; BAPTISTA, 2011). Araújo e Maciel (2001) ressaltam que é importante que a análise possa contribuir para o desenvolvimento, fortalecimento teórico e aprimoramento no campo das intervenções públicas.

Dentre os diversos modos de analisar uma política, Walt e Gilson (1994) apresentam uma proposta de análise que utiliza um modelo analítico que incorpora quatro categorias de análise: contexto, processo, atores e conteúdo, as quais são interligadas, mutuamente influenciadas e dependentes entre si. A partir dessas quatro categorias, Araújo e Maciel (2001) identificaram em cada uma *o quê* analisar e *como* analisar, desenvolveram um modelo operacional composto por um conjunto de informações práticas que pode ser utilizado em várias situações e, assim, elaboraram uma matriz analítica de políticas públicas de saúde.

Para analisar os dados desta investigação, utilizamos a matriz analítica formulada por Araújo e Maciel (2001) por meio das categorias: **atores, conteúdo, contexto e processo**.

Segundo Araújo e Maciel (2001), para a categoria de análise *atores* consideram-se todas as pessoas, instituições e organizações sociais relacionadas direta ou indiretamente com a política, em todas as fases de seu processo, os quais sejam formuladores, implementadores, apoiadores ou opositores, beneficiários ou prejudicados. Também é importante que se identifiquem os principais atores, sua posição em relação à política e seus graus de mobilização, a correlação de forças entre eles e as possíveis alianças e confrontos.

Para a categoria de análise *conteúdo*, esses autores consideram os programas, projetos, ações, objetivos, metas e, ainda, os recursos materiais, organizacionais e políticos. Na análise do conteúdo além de identificar esses aspectos e sua organização, busca-se também identificar a coerência interna e externa, os resultados e a perspectiva política e social que cerca a política. Vale acrescentar a contribuição de Mattos e Baptista (2011) ao mencionarem que “o conteúdo de uma política apresenta-se nos documentos institucionais, nos discursos oficiais, nas falas de sujeitos participantes do debate político, na mídia e em outros veículos”.

Para Araújo e Maciel (2001), na análise da categoria *contexto*, considera-se a realidade política, econômica e social que cerca e interage com uma determinada política, a qual pode ter uma dimensão ampla, o *macro contexto*, e uma dimensão setorial, o *micro contexto*. O macro contexto pode ser analisado nas esferas política, econômica e social. Para a esfera política, devem ser considerados as mudanças políticas, o regime político, as ideologias, as políticas públicas e as influências internacionais. Na esfera econômica, devem ser considerados as condições da economia, as mudanças econômicas, as políticas econômicas e financeiras e os gastos públicos. Para a esfera social, devem ser considerados as mudanças demográficas, a qualidade de vida, pobreza, distribuição de renda e disparidades e o desenvolvimento humano. O micro contexto pode ser analisado levando-se em conta a política e as finanças setoriais e os problemas de saúde e serviços. Na política setorial, devem ser observados os principais interesses, o poder dentro do setor, as políticas de saúde e as relações entre os setores público e privado. Nas finanças setoriais, devem ser observados o orçamento e gastos da saúde, as políticas e mecanismos de financiamento e as fontes e volume de recursos. Para os problemas de saúde e os serviços, devem ser observados as mudanças epidemiológicas, os principais problemas de saúde, os recursos humanos e a rede de serviços de saúde.

Quanto à análise da categoria processo, para Araújo e Maciel (2001) devem ser

considerados a tomada de decisão: pluralista ou elitista, a extensão da política, se é sistêmica ou macro política ou se é setorial ou micropolítica, o tipo de política: distributiva, redistributiva regulatória ou autorregulatória, a forma de implementação: tradicional, participativa, a relação entre os níveis de governo: bilateral, mecanismos de controle e a concepção de políticas públicas: racional, incrementalista, estratégica, sendo importante considerar também os momentos de formulação e implementação.

4.4.1 Análise dos dados documentais

Nesta etapa da pesquisa, para a análise da categoria atores, buscamos nos documentos – PMS e RAG, identificar quem eram as pessoas e/ou instituições que participaram da elaboração e implantação/implementação da política local.

Para a análise da categoria conteúdo, foram realizadas sucessivas leituras nos PMS e RAG que abordaram acupuntura/PIC. Para a organização dos dados, os registros referentes à acupuntura/PIC que continham os aspectos considerados na categoria conteúdo foram dispostos e ordenados por tipo de documento (PMS/RAG) e ano (2001- 2011).

Na análise da categoria contexto, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS foi considerada como macro contexto, e como micro contexto foi considerado o nível ou esfera local/municipal. Para análise do macro contexto, foram realizadas leituras contínuas sobre o cenário da saúde nacional e políticas públicas no período do estudo (2001 – 2011). Para a análise do micro contexto, foram realizadas sucessivas leituras nos PMS e RAG que abordaram acupuntura/PIC. Para a organização dos dados do micro contexto, os registros referentes à acupuntura/PIC que continham os aspectos considerados nessa categoria analítica foram dispostos e ordenados por tipo de documento (PMS/RAG) e ano (2001- 2011).

A análise da categoria processo se deu tal qual a análise da categoria conteúdo, ou seja, foram realizadas sucessivas leituras nos PMS e RAG que abordaram acupuntura/PIC. Os dados foram organizados de acordo com os registros encontrados referentes à acupuntura/PIC que continham os aspectos considerados na categoria processo, sendo posteriormente dispostos e ordenados por tipo de documento (PMS/RAG) e ano (2001- 2011).

4.4.2 Análise das entrevistas

Para a análise das entrevistas, com base nas categorias atores, contexto, processo e conteúdo, após sucessivas e exaustivas leituras, foram sendo capturados, das falas dos sujeitos, os diferentes aspectos considerados em cada uma das categorias, mencionados anteriormente. Esse material foi organizado e sistematizado em quatro quadros, um para cada categoria analítica, nos diferentes municípios nos quais a oferta da acupuntura foi identificada.

Assim sendo, em cada categoria analítica, os trechos das entrevistas foram dispostos nos quadros onde as *colunas* são referentes às falas por *sujeitos* e as *linhas* são referentes às falas por *aspectos* de cada categoria. Os aspectos considerados em cada categoria analítica nos diferentes municípios foram:

M18:

Quadro da categoria atores: identificação dos sujeitos; grau de mobilização – apoiadores e opositores; jogos de interesse e poder – econômico e corporativo (APÊNDICE A).

Quadro da categoria contexto: rede de serviços existentes; disponibilidade de recursos humanos e financiamento do setor (APÊNDICE A).

Quadro da categoria processo: a atual falta de participação e de mobilização dos diferentes sujeitos sociais; a estagnação e restrição da oferta; a falta de influência e apoio da PNPIC no nível local e diversos problemas e necessidades ao longo do processo de implementação (APÊNDICE A).

Quadro da categoria conteúdo: incorporação da acupuntura e do Programa de Fitoterapia e Homeopatia numa perspectiva política, social e cultural e ações no âmbito da acupuntura e do Programa de Fitoterapia e Homeopatia (APÊNDICE A).

M16:

Quadro da categoria atores: identificação dos atores; apoiadores e insuficiência de profissionais na AB (APÊNDICE A).

Quadro da categoria contexto: serviços existentes; financiamento do setor (APÊNDICE A).

Quadro da categoria processo: tomada de decisão, iniciativa dos profissionais; construção da agenda; formulação da política e forma de implementação da política

(APÊNDICE A).

Quadro da categoria conteúdo: perspectiva político-social e econômica; ações e projetos (APÊNDICE A).

4.5 Aspectos éticos

Por tratar-se de pesquisa envolvendo seres humanos, foram seguidas as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na Resolução do CNS 196/96 e capítulo IV da Resolução 251/97, cabendo ainda ressaltar que há o compromisso da divulgação dos resultados da pesquisa junto às instituições envolvidas. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob o protocolo 06067812.2.0000.5393 (ANEXO 01). No Apêndice C, encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Acupuntura no SUS – análise documental nos diferentes instrumentos de gestão

Um dos instrumentos básicos do sistema de planejamento do SUS é o Plano de Saúde. O Plano de Saúde norteia, em cada esfera, a definição da gestão do SUS e da programação anual das ações e serviços de saúde prestados, sendo este planejamento na esfera municipal definido pelo Plano Municipal de Saúde – PMS.

O Plano de Saúde apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas (BRASIL, 2006d). Este é elaborado no segundo ano do mandato e deve ser cumprido até o primeiro ano do mandato seguinte.

Dentre as fontes documentais desta pesquisa estão os planos plurianuais dos municípios pertencentes ao DRS XIII, e os resultados referentes à quantidade de PMS encontrados por município e registro de diretrizes e/ou ações em acupuntura nesses documentos encontram-se no Quadro 3.

Quadriênio	Municípios																										Totais	
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18	M19	M20	M21	M22	M23	M24	M25	M26		
2001 a 2004											P								P/A									2/1
2005 a 2008											P				P				P/A		P							4/1
2009 a 2011	P/A	P	P/A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P/A	P	P	P	P	P	P	P	P	26/3	

Legenda: P PMS encontrado P/A PMS com Acupuntura PMS não encontrado Totais = PMS /PMS com Acupuntura

Fonte: Elaboração própria com base no DRS XIII, Ribeirão Preto.

Quadro 3 - Distribuição de PMS encontrados e de PMS com registro de diretrizes e/ou ações em acupuntura por município do DRS XIII, no período de 2001 a 2011. Ribeirão Preto, 2013

O Quadro 3 mostra os municípios em que foram e não foram encontrados seus respectivos PMS, e que apresentam e não apresentam registro sobre diretrizes e/ou ações para acupuntura, no período de 2001 a 2011. Foi encontrado um total de 32 PMS, o que corresponde a 41,0%, destes, cinco PMS descrevem acupuntura, o que equivale a 15,6% e 27 PMS não trazem abordagem sobre acupuntura, ou seja, 84,4%. Não foram encontrados 46 PMS o que corresponde a 59,0%. A soma dos PMS encontrados e não encontrados mostra

que o total de PMS estimados era de 78, no período do estudo.

A última coluna do Quadro 3 demonstra a quantidade total de documentos encontrados por total de documentos que apresentam registro sobre diretrizes e/ou ações para acupuntura ao longo do período. No período de 2001-2004, encontraram-se dois PMS (7,6%), destes, um apresenta registro sobre acupuntura (50% do total de PMS encontrados). No período de 2005-2008, foram encontrados quatro PMS (6,5%), destes, um apresenta registro sobre acupuntura (25% do total de PMS encontrados) e no período de 2009-2011, dos 26 PMS encontrados (100%), três apresentam registros sobre acupuntura (11,5% do total de PMS encontrados).

Destes, somente o município M18 apresenta PMS com registro de diretrizes e/ou ações em acupuntura, nos anos de 2001 a 2011, enquanto os municípios M1 e M3 apresentam um registro referente à quantidade de procedimentos realizados em acupuntura e valor do procedimento no PMS de 2010-2013.

Outra fonte documental desta pesquisa foram os Relatórios Anuais de Gestão (RAG). Os RAG também são instrumentos básicos do sistema de planejamento do SUS. Auxiliam no acompanhamento da gestão da saúde, para comprovar a aplicação de recursos do SUS, apresentar os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no plano (BRASIL, 2006d).

Os resultados referentes à quantidade de RAG encontrados por município e registro de diretrizes e/ou ações em acupuntura nesses documentos são apresentados no Quadro 4.

QUADRIÊNIO	MUNICÍPIOS																										Totais	
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18	M19	M20	M21	M22	M23	M24	M25	M26		
2001																											0	
2002																												0
2003																												0
2004																												0
2005																			R/A									1/1
2006																			R/A									1/1
2007																			R/A									1/1
2008																			R/A									1/1
2009																			R/A									1/1
2010	R	R		R	R	R	R								R				R/A		R	R	R	R		R	R	14/1
2011	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R/A	R	R/A	R	R	R	R	R	R	R	R	R	26/2

Legenda: R RAG encontrado R/A RAG com Acupuntura ■ RAG não encontrado Totais = RAG /RAG com Acupuntura

Fonte: Elaboração própria com base no SARGSUS, Ministério da Saúde.

Quadro 4- Distribuição de RAG encontrados e de RAG com registro de diretrizes e/ou ações em acupuntura por município do DRS XIII, no período de 2001 a 2011. Ribeirão Preto, 2013

O Quadro 4 mostra os municípios em que foram e não foram encontrados seus respectivos RAG, e que apresentam e não apresentam registro sobre diretrizes e/ou ações para acupuntura. Foi encontrado um total de 45 RAG, o que corresponde a 15,7%, destes, oito RAG descrevem acupuntura, o que equivale a 17,8% e 37 RAG não trazem abordagem sobre acupuntura, ou seja, 82,2%. Não foram encontrados 241 RAG, o que corresponde a 84,3%. A soma dos RAG encontrados e não encontrados mostra que o total de RAG estimados era de 286 no período.

A última coluna do Quadro 4 expressa a quantidade total de documentos encontrados por total de documentos que apresentam registro sobre diretrizes e/ou ações para acupuntura, ao longo do período.

Nos anos de 2005 a 2009, encontraram-se cinco RAG (3,8%), sendo todos do mesmo município e com abordagem sobre acupuntura (100% do total destes RAG encontrados). No ano de 2010, foram encontrados 14 RAG (53,8%), destes, um apresenta abordagem sobre acupuntura (7,1% do total destes RAG encontrados), sendo este referente ao mesmo município dos anos anteriores. No ano de 2011, dos 26 RAG encontrados (100%), três apresentam abordagem sobre acupuntura (11,5% do total de RAG encontrados). Identifica-se, no Quadro 4, ausência de RAG para os anos de 2001 a 2004 nas fontes disponíveis e consultadas.

Considerando que o RAG é um documento que deve ser elaborado anualmente, por cada município, para os anos de 2001 a 2004, estimava-se obter 104, no entanto, nenhum RAG foi encontrado. Para os anos de 2005 a 2009, estimava-se encontrar 130 RAG, porém foi identificado um total de cinco RAG (3,8%). No ano de 2010, estimava-se obter 26 RAG, no entanto foram detectados 14 (53,8%) RAG. Em 2011, foram constatados 26 RAG (100%), referentes a cada um dos municípios que compõem o DRS XIII.

As informações obtidas no PMS e RAG foram complementadas pelos Sistemas de Informações do SUS: DATASUS, Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), todos considerados instrumentos de planejamento.

O DATASUS disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde. Também são encontradas informações sobre assistência à saúde da população, os cadastros das redes hospitalares e ambulatoriais, o cadastro dos estabelecimentos de saúde, além de informações sobre recursos financeiros e informações demográficas e socioeconômicas.

O CNES é base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, a fim de disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde nas três esferas, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população.

O SIA disponibiliza ferramentas para o cadastramento, cálculo da produção ambulatorial, controle orçamentário e registra dados voltados para o gerenciamento da capacidade instalada e produzida, dos recursos repassados aos prestadores de serviços públicos e conveniados ao SUS.

Os resultados referentes aos registros referentes à acupuntura nos diferentes Sistemas de Informação consultados por município são apresentados no Quadro 5.

QUADRIÊNIO	MUNICÍPIOS																										Totais
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18	M19	M20	M21	M22	M23	M24	M25	M26	
2001			A															A									2
2002			A																A								2
2003			A																A								2
2004			A																								2
2005			A																								2
2006			A																								2
2007			A																								2
2008														A		A		A									3
2009														A		A		A								A	4
2010										A					A		A		A							A	5
2011										A					A		A		A							A	5

Legenda: A Registro referente a Acupuntura encontrado Registro referente a Acupuntura não encontrado

Fonte: Elaboração própria com base no CNES e no SIA, Ministério da Saúde.

Quadro 5 – Registro encontrado referente à acupuntura e registro não encontrado referente à acupuntura nos Sistemas de Informação por municípios do DRS XIII, no período de 2001 a 2011. Ribeirão Preto, 2013

O Quadro 5 mostra que foram identificados seis municípios (23,1%) com algum tipo de registro referente à acupuntura, nos diferentes sistemas de informação do SUS, CNES e SIA, no período entre 2001 e 2011.

Por meio da análise documental das diferentes fontes consultadas PMS, RAG, CNES, SIA, sete municípios do DRS XIII (26,9%) apresentaram, em pelo menos uma dessas fontes, algum registro referente à acupuntura entre 2001 e 2011, a saber, M1, M3, M9, M14, M16, M18 e M26.

O resultado referente aos municípios cujos documentos PMS e RAG não

foram encontrados faz levantar alguns questionamentos: se os diferentes instrumentos têm potencial para auxiliar no planejamento e na gestão da saúde, por que eles ainda não foram incorporados como tal? Como eram estabelecidas as ações a serem desenvolvidas? Em quais espaços as decisões eram tomadas e por quais atores? Que indicadores definiam a prioridade das ações e a aplicação dos recursos? Como eram estabelecidos os compromissos do que iria ser desenvolvido, das ações a serem implantadas? E o que era implantado, como era monitorado e avaliado? Ou seja, como se dava o processo de monitoramento e avaliação do desenvolvimento das políticas de saúde desses municípios?

A iniciativa de construção de uma política de avaliação e de monitoramento de políticas e programas de saúde no âmbito do SUS data do ano 2000, e as características dos instrumentos de gestão relacionados muitas vezes ao caráter burocrático, com múltiplos objetivos de planejamento, formulação de políticas, de gestão financeira e organizacional, também podem se constituir como barreiras ou mesmo resistências para sua incorporação (BRASIL, 2005; PAULO, 2010), ainda mais se levarmos em conta os diversos sujeitos envolvidos e o modo como eles lidam com a construção e o manejo desses diferentes instrumentos de gestão. Nesse sentido, este é um tema que precisa ser incorporado ao debate técnico e político decisório para favorecer o reconhecimento efetivo desses instrumentos no âmbito do planejamento e da gestão estratégica (PAULO, 2010).

Além da ausência de uma política específica de avaliação e monitoramento, os processos de avaliação vêm de uma trajetória na qual são pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão (BRASIL, 2005). Acreditamos que esse contexto contribui para justificar o grande quantitativo de documentos não encontrados, no período entre 2001 e 2011.

No entanto, ao longo dessa década, o desenvolvimento do campo da avaliação, do monitoramento, do planejamento, da gestão e seus diversos instrumentos foram gradativamente se estruturando, no sentido de contribuir também para a estruturação e consolidação do SUS. Houve nesse período a construção de um arcabouço no âmbito legislativo que contou com documentos, portarias, decretos e pactos que se constituíram em referências importantes nesse processo. O Quadro 6 apresenta alguns desses documentos entre o período de 2001 a 2011.

Ano	Documento	Assunto
2001	Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS - SUS 01/2001. (BRASIL, 2001)	Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de Estados e municípios.
2002	Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS - SUS 01/2002 (BRASIL, 2002a)	Resulta do contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde.
	Portaria nº 1.101/ GM de 12 de junho (BRASIL, 2002b)	Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
2006	Portaria nº 399 / GM de 22 de fevereiro.	Divulga o Pacto pela Saúde 2006; consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto.
	Portaria nº 648/ GM de 28 de março.	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
	Portaria nº 687 de 30 de março (BRASIL, 2006g)	Aprova a Política de Promoção à Saúde.
	Portaria nº 3.085 de 01 de dezembro (BRASIL, 2006h)	Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS.
	Portaria nº 3.332 de 28 de dezembro.	Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS
2007	Portaria nº 1.229 de 24 de maio (BRASIL, 2007c)	Aprova as orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.
2008	Portaria nº 325/GM de 21 de fevereiro (BRASIL, 2008d)	Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.
	Portaria nº 1.885 de 09 de setembro. (BRASIL, 2008e)	Institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS.
	Portaria GM nº 3.176 de 24 de dezembro. (BRASIL, 2008f)	Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão.
2009	Portaria nº 2.751 de 11 de novembro. (BRASIL, 2009c)	Dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS e do Pacto pela Saúde.
2011	Decreto nº 7.508 de 28 de junho. (BRASIL, 2011b)	Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências.
	Portaria nº 2.488 de 21 de outubro. (BRASIL, 2011c)	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos, Ribeirão Preto, 2013.

Quadro 6 - Documentos que se constituíram referências importantes no período de 2001 a 2011

Para os documentos que foram encontrados, especificamente, todos os PMS do último quadriênio e todos os RAG de 2011, acreditamos que esse cenário possa ter sido significativo, e por que não dizer determinante, para efetivar a incorporação desses instrumentos de gestão por parte dos diversos atores dos municípios do DRS XIII.

O resultado referente aos documentos encontrados sem registros sobre acupuntura, o que equivale a 84,4%, permite algumas reflexões: a ausência de registros nesses documentos significa a ausência de oferta de acupuntura nos respectivos municípios? Para essa questão, duas possibilidades de resposta são postas.

Uma resposta negativa, na qual se pode considerar a subnotificação, ou seja, a oferta pode estar acontecendo, mas não está sendo registrada. Antes da elaboração e publicação da PNPIC, na ausência de diretrizes específicas, as experiências da rede pública municipal e estadual ocorriam sem o devido registro (BRASIL, 2008a). O documento da PNPIC define claramente diretrizes, objetivos e responsabilidades institucionais, nas três esferas de gestão. Uma oferta não registrada fere diretamente a responsabilidade do gestor municipal definida na PNPIC de *“estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da Política.”*

Para a resposta afirmativa, é possível considerar, por exemplo, a falta de prioridade para a acupuntura na agenda política para o planejamento das ações de saúde no nível municipal. Fora da agenda política, não há como estruturar e fortalecer a atenção em MTC-Acupuntura no SUS e incentivar sua inserção em todos os níveis do sistema com ênfase na Atenção Básica, que é a primeira diretriz da PNPIC, nem tampouco implementar as demais diretrizes preconizadas para a acupuntura pela PNPIC. Esse cenário contribui para manter a acupuntura e a PNPIC na periferia do sistema, e, assim, igualmente ficam na periferia a universalidade de acesso e a integralidade inerente à política e às suas práticas.

Além do número reduzido de documentos, este trabalho mostrou que poucos municípios (26,9%) registram ações em acupuntura, ou seja, sete municípios do DRS XIII - M1, M3, M9, M14, M16, M18 e M26 - apresentaram, em pelo menos uma das fontes consultadas: PMS, RAG, CNES e SIA, algum registro referente à acupuntura, no período entre 2001 e 2011, conforme mostra o Quadro 7.

Fontes documentais	Municípios						
	M1	M3	M9	M14	M16	M18	M26
PMS	A	A				A	
RAG					A	A	
CNES/SIA		A	A	A	A	A	A
Legenda:		Registros de Acupuntura encontrados					
	A	Registros de Acupuntura não encontrados					

Fonte: Elaboração própria com base nas fontes documentais.

Quadro 7 - Apresentação dos municípios e suas respectivas fontes documentais com algum registro referente à acupuntura, entre 2001 e 2011

Considerando que, para o desenvolvimento efetivo das ações de saúde, são essenciais a organização e o funcionamento de um sistema de planejamento (BRASIL, 2006d) e que o Plano de Saúde e o RAG são instrumentos estratégicos que expressam esse sistema de planejamento (BRASIL, 2009c) e, por fim, considerando o CNES e o SIA instrumentos capazes de auxiliar no planejamento em saúde nas esferas federal, estadual e municipal, era de se esperar que o registro da oferta da acupuntura estivesse presente nos diferentes documentos para um mesmo município.

Nessa perspectiva, as lacunas observadas no Quadro 7 revelam incoerências entre os diferentes instrumentos de gestão. Além das lacunas observadas, esses registros também revelaram desigualdades de informação no tocante à oferta da acupuntura pelos municípios conforme detalhamento a seguir.

- M1 apresentou apenas um registro referente à quantidade e ao valor de procedimentos realizados somente em um PMS (2010-2013).
- M3 apresentou apenas um registro referente à quantidade e ao valor de procedimentos realizados somente em um PMS (2010-2013) e registros no CNES e/ou SIA, entre 2001 e 2007.
- M9 apresentou somente registros no CNES e/ou SIA, entre 2010 e 2011.
- M14 apresentou somente registros no CNES e/ou SIA, entre 2008 e 2011.
- M16 apresentou registros somente no RAG de 2011 e no CNES e/ou SIA, entre 2004 e 2011.
- M18 apresentou registros nos PMS, entre 2001 – 2011, no RAG, entre 2005 – 2011 e CNES e/ou SIA, entre 2001 – 2003 e 2008 e 2011.

- M26 apresentou registros somente no CNES e/ou SIA, entre 2009 e 2011.

Esse resultado corrobora o estudo realizado nos municípios de Campinas, Florianópolis e Recife sobre as características da oferta e produção de práticas integrativas e complementares no SUS, entre os anos 2000 e 2011, no CNES e no SIA, que apontou inconsistências nos sistemas de informação, falta de integração entre os referidos sistemas, subnotificação e um distanciamento entre o registrado e o praticado (SOUSA et al., 2012).

Em face desse resultado, a análise documental, isoladamente, não permite nesses municípios a análise pelas categorias conteúdo, atores, contexto e processo. Apenas no município M18 foram encontrados PMS e RAG com registros de ações e/ou diretrizes em acupuntura, o que possibilitou a análise nos documentos deste município pelas categorias conteúdo, contexto, atores e processo, integrantes da matriz analítica de políticas públicas.

Categoria conteúdo

Nessa categoria Araújo e Maciel (2001) consideram como aspectos fundamentais de análise a definição de objetivos e metas, alcance ou não das metas e resultados e se há ou não coerência entre objetivo e metas.

No município M18, no período entre 2001-2004, foram analisados um PMS e nenhum RAG, pois não havia RAG disponível nesse período. Entre os anos de 2005 a 2009, foram analisados um PMS e cinco RAG. Considerando o recorte temporal até 2011, foram analisados um PMS referente ao quadriênio 2010-2013 e dois RAG referentes aos anos 2010 e 2011, o que totaliza três PMS e sete RAG.

Seguindo o referencial metodológico assumido no presente trabalho, para o ordenamento dos dados, realizou-se a categorização do conteúdo, a partir do qual os dados foram extraídos do PMS e do RAG, considerando-se todos os registros referentes à acupuntura para o período estudado.

Para tanto se construiu um quadro organizativo no qual a categorização se deu por tipo de documento - PMS e RAG, por ano - de 2001 a 2011 e por conteúdo, considerando-se, neste, os aspectos fundamentais abordados nesta categoria de análise.

Os conteúdos foram organizados de acordo com as diferentes ações, propostas e programações para a PIC/acupuntura descritas em cada um dos documentos, entre elas as de “oferecer”, “implantar”, “implementar”, “incentivar”, “divulgar”, “capacitar”. Essa organização possibilitou verificar cada uma dessas propostas, ao longo do período estudado, bem como os aspectos considerados nessa categoria analítica. Nesse sentido, são apresentados

a seguir os recortes dos trechos extraídos destes documentos, tendo como exemplo as propostas referentes à oferta:

PMS 2001-2004

Metas	Ações corretivas
Desenvolvimento de ação de promoção, prevenção, cura e reabilitação que possam intervir no processo de saúde/doenças, incorporando o conceito de qualidade de vida.	Ações Corretivas: “Oferecer à população a opção de tratamento através da Prática Natural de Saúde pelo atendimento ambulatorial em (...) acupuntura. (PMS 2001-2004, p.19).

PMS 2005-2009

Proposta	Resultado Esperado
Oferecer a opção de prática natural de saúde (...);	Aumentar o acesso à prática natural de saúde (...). (PMS 2005-2009, p.62)

RAG 2005

Propostas	Metas 2005 / 2006	Ações realizadas.
Ofertar atendimento ambulatorial em (...) acupuntura como opção de tratamento (...);	Otimizar o atendimento ambulatorial em práticas naturais de saúde (...).	Mantido atendimento ambulatorial em (...) acupuntura (...). (RAG 2005, p.18)

RAG 2006

Proposta	Metas 2006	Ações Realizadas
Ofertar atendimento ambulatorial em (...) acupuntura (...).	Aumentar a procura da comunidade aos serviços de (...) acupuntura (...).	Atendimento ambulatorial realizado no ano de 2006: Acupuntura = 3808. (RAG 2006, p.27)

RAG 2007

Programação	Metas para 2007	Ação realizada	Indicadores
Ofertar atendimento ambulatorial em (...) acupuntura (...).	Aumentar a procura da comunidade aos serviços de (...) acupuntura (...).	Atendimento ambulatorial em Fitoterapia prejudicado por falta de profissional capacitado.	Número de unidades que oferecem o atendimento de acupuntura na rede municipal de saúde = 1.” (RAG 2007, p.27).

RAG 2008

Programação	Metas para 2008	Ação realizada	Indicadores
Ofertar atendimento ambulatorial em (...) acupuntura (...).	- Retomar o atendimento (...) em fitoterapia; Implantar atendimento (...) em Medicina antroposófica.	- Encaminhando projeto - Déficit de recursos humanos	Número de unidades que oferecem o atendimento de acupuntura na rede municipal de saúde = 1. (RAG 2008, p.26).

RAG 2009

Programação	Metas previstas para 2009	Metas realizadas 2009
Oferecer a opção de prática natural (...).	Implementar o acesso às práticas integrativas e complementares (...)	Manutenção do atendimento ambulatorial em (...) acupuntura (...). (RAG 2009, p.27).

PMS 2010-2013

“Objetivos: Ofertar opções de tratamento com Práticas Integrativas e Complementares (...).”

“Diretrizes: Diretrizes: Efetivar as opções de tratamento de saúde: acupuntura (...). Realizar encontros, cursos, seminários, informativos e afins para divulgação das Práticas Integrativas e Complementares.”

Projetos	Metas
Implantar (...) atendimento ambulatorial em homeopatia. Implantar ações de práticas alternativas de saúde com a adoção de práticas corporais e meditativas.	Ampliar em 40% o atendimento ambulatorial de acupuntura (...).” (PMS 2010-2013, p.63)

RAG 2010

Objetivo	Metas anuais		Recursos orçamentários:	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Ofertar opções de tratamento com práticas integrativas e complementares (...)	*	*	0,00.	0,00.
Diretriz				
Efetivar as opções de tratamento de saúde: acupuntura (...)	*	*	0,00.	0,00.
Ações				
Criar (...) cargo em acupuntura 03 (três médicos) (...)	Ampliar equipe médica para atendimento ambulatorial em (...) acupuntura em 100%,	Meta parcialmente atingida	0,00	0,00
Avaliação da diretriz.	(...) município pioneiro na implantação das práticas integrativas e complementares no SUS. A demanda é crescente (...) na área de (...) acupuntura, sendo, portanto, necessários investimentos crescentes por parte dos governos municipal, estadual e federal, em recursos humanos e materiais.” (RAG 2010, p.18)			

*está em branco.

RAG 2011

Objetivo	Ofertar opções de tratamento com práticas integrativas e complementares à população (...).	
Diretriz	Efetivar as opções de tratamento de saúde: acupuntura (...).	
Ações	Metas	
Readequar atendimento ambulatorial em (...) acupuntura (...), sendo necessário: 02 médicos acupunturistas (...).	Programada Ampliar equipe médica para atendimento em (...) acupuntura em 50%.	Realizada Meta atingida.
Implantar o atendimento ambulatorial em acupuntura no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST (...).	Ampliar atendimento ambulatorial em acupuntura (...).	Meta atingida.
Avaliação da Diretriz	A ampliação de profissionais especializados veio facilitar muito o fluxo de atendimento, possibilitando a oferta de terapias dentro das Práticas Integrativas e Complementares na Comunidade de Trabalhadores Rurais Assentados na Fazenda. A demanda crescente na área das Práticas Integrativas e Complementares justifica a necessidade de ampliação da estrutura básica, bem como de Recursos Humanos e materiais específicos. (Anexo II – Detalhamento da Programação anual de saúde, RAG 2011, p.15 e 16).	

No conteúdo dos documentos, notamos o uso equivocado de conceitos relacionados a instrumentos do planejamento como meta, objetivo e indicador. Segundo Teixeira (2010), meta é um objetivo quantificado, ou seja, é necessário quantificar o que é esperado, enquanto o objetivo descreve a situação a ser alcançada no plano, de acordo com prioridades preestabelecidas. O indicador é um índice que retrata uma situação específica a partir da relação entre variáveis que permitem medir mudanças e determinar o grau de cumprimento de metas (BAHIA, 2009).

Esse uso equivocado se traduz em incoerências, seja no tocante à estrutura do PMS e do RAG, seja no tocante aos registros referentes à acupuntura. Essas incoerências quanto à acupuntura podem ser identificadas nas descrições de meta sem nenhuma ação realizada, de diretrizes e/ou objetivos com recurso orçamentário programado igual a zero ou sem descrever nenhum recurso orçamentário, além de não possibilitar um acompanhamento e comparação ao longo dos anos, em um período de mesma gestão.

A política pode ser permeada por diferentes conteúdos, por vezes até contraditórios, mas que se organizam de determinada forma a dar-lhe corpo e estrutura, não sendo muitas vezes possível definir um único perfil que a delimite (SAMPAIO; ARAÚJO JÚNIOR, 2006). No entanto, o uso impreciso ou indevido desses conceitos fundamentais revela contradições que podem fragilizar e comprometer o processo de planejamento, inserção

e ampliação da acupuntura e retardar a sua expansão e a da PNPIC.

Na análise, constatamos que a PNPIC foi incorporada aos diferentes documentos a partir da sua publicação em 2006, conforme mostram os trechos abaixo retirados dos RAG dos anos de 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010:

“Propostas: Divulgar os princípios básicos das Práticas Integrativas e Complementares e os serviços oferecidos pela Rede Municipal de Saúde.”

E que há propostas para acupuntura em consonância com a política nacional, conforme recorte do PMS 2010-2013:

“Objetivo: Ofertar opções de tratamento com Práticas Integrativas e Complementares à população residente no município.

Diretrizes: Efetivar as opções de tratamento de saúde: Acupuntura, Homeopatia e Fitoterapia, na rede municipal de atenção à saúde; Realizar encontros, cursos, seminários, informativos e afins para divulgação das Práticas Integrativas e Complementares.”

Considerando que o município M18 já ofertava esta prática antes da publicação da política, identificamos que a PNPIC não foi indutora para fortalecer ou mesmo ampliar essa oferta e não podemos afirmar que a publicação dessa política impulsionou a implementação da acupuntura neste município.

Finalmente, cabe enfatizar nesta discussão que, embora muitas lacunas tenham sido identificadas, é fundamental reconhecer o pioneirismo do município M18 que já ofertava a acupuntura, antes da publicação da PNPIC.

Categoria contexto

Para a análise desta categoria, foram considerados o macro e o micro contexto. Foram considerados como macro contexto o SUS e a PNPIC no nível nacional e como micro contexto o SUS e a política para acupuntura no nível local/municipal.

Nesse sentido, o macro contexto, considerando o período deste estudo entre 2001 e 2011, é precedido por um cenário de importantes transformações políticas, econômicas e sociais. A luta pela democracia, o neoliberalismo e a globalização, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a participação popular e a descentralização dos serviços marcam algumas dessas transformações (BRASIL, 2011b).

Nesse período, o setor saúde recebe um arcabouço legislativo na esfera nacional

para fortalecer a estrutura do SUS, amparar e subsidiar o planejamento e a gestão do sistema de saúde, fortalecendo a regionalização, a descentralização e a municipalização (BRASIL, 2006e, 2009c).

Enquanto no âmbito da legislação há um avanço, no âmbito do financiamento o cenário é marcado por profundas dificuldades. O descumprimento da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) (BRASIL, 2000b) acontece nas três esferas de gestão, a crise é real e se acentua cada vez mais. O quadro crônico tem se tornado agudo e o subfinanciamento da saúde complexo e multifatorial, seguindo concomitante com outros grandes problemas (CARVALHO, 2008).

Nesse contexto de avanços e dificuldades, nasce, em 2006, a PNPIC sem nenhum recurso predefinido, fruto de esforços coletivos, resultantes de diversas conferências nacionais de saúde e recomendações da OMS. Sua publicação é considerada um avanço e um marco importante na introdução de práticas não convencionais no sistema público de saúde. Reconhecidamente as PIC saíram da marginalidade e entraram na periferia do sistema (SIMONI, 2013).

No contexto local, o município M18 é integrante do DRS XIII. Este DRS do Estado de São Paulo, composto por 26 municípios, compreende uma população estimada de um milhão e duzentos mil habitantes e se destaca por constituir um polo de saúde no interior paulista. Metade dessa população se situa no município M18, que é sede do DRS XIII e tem importante papel no setor saúde, sendo uma referência em todo o Estado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010a).

Além da saúde, nos últimos dez anos se observa um crescimento socioeconômico no município. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,855, sendo o sexto maior do Estado. Considerado um "polo tecnológico", possui o trigésimo maior PIB brasileiro (IBGE, 2010b).

Na rede de atenção à saúde, o município se torna gestor pleno do sistema de saúde desde 04/05/1998 (PMS 2010-2013), acompanhando e incorporando os avanços advindos da estrutura legislativa do SUS, no decorrer dos anos e ao longo do período entre 2001 e 2011, notadamente na descentralização das ações de saúde e na reorganização da rede de atenção observadas na composição e estrutura dos documentos no que tange ao planejamento em saúde do município.

A rede municipal de saúde conta com a seguinte estrutura física: 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 14 Unidades de Saúde da Família (USF) com 24 equipes/Estratégia Saúde da Família (ESF). Atualmente são 31 equipes, entre ESF e Equipes de Agentes

Comunitários de Saúde (EACS), cuja cobertura na rede municipal corresponde a aproximadamente 14%. Um Posto de Atendimento Médico - PAM II (atendimento básico de pediatria e especialidades pediátricas), 04 UBDS (Unidade Básica e Distrital de Saúde) e 12 Unidades Especializadas (RAG, 2011). Dentre as Unidades Especializadas, uma delas, que é referência da rede de saúde, oferece atendimento de acupuntura desde 1998.

A acupuntura faz parte do Programa de Fitoterapia e Homeopatia, e este foi implantado na Secretaria da Saúde do município M18, a partir de 1992. Essa implantação se dá quando o Partido dos Trabalhadores (PT) assume pela primeira vez a gestão do município entre 1993 e 1996. Já a incorporação da acupuntura ocorre quando à frente da gestão municipal está o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) entre 1997 e 2000, sendo sucedida pelo PT de 2001 a 2004. Pode-se dizer que a implantação do programa teve uma base sólida para se manter e até incorporar outra prática, no caso a acupuntura, mas não para se fortalecer e ampliar mesmo quando o PT volta à gestão.

Podemos dizer que o micro contexto reflete e é refletido pelo macro contexto, uma vez que tanto no nível local como no nível nacional o cenário aponta a implantação das PIC no SUS como um avanço. No entanto, passados sete anos de implantação da política, o subfinanciamento multifatorial persiste, e somado a outros problemas, o fortalecimento, a ampliação e a implementação da política continuam na periferia, com pouca perspectiva de entrarem no centro do sistema.

Categoria atores

O PMS e o RAG são documentos elaborados e produzidos coletivamente. Nessa perspectiva, na categoria atores, pela análise documental identificaram-se somente atores institucionais.

Constam no RAG a Prefeitura Municipal e a Secretaria Municipal da Saúde. No PMS fazem parte: prefeito municipal, secretário municipal da saúde, assistente do secretário, Divisão de Planejamento em Saúde, cuja equipe técnica é responsável pela coordenação e elaboração do PMS, com a colaboração da Equipe Técnica dos Departamentos, Divisões e Programas da Secretaria Municipal da Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Representantes de Instituições de Ensino parceiras e participantes das Oficinas de Inte(g)ração

Neste estudo diversos atores foram identificados nos diferentes documentos, e essa diversidade é profícua, pois conforme Mattos e Batista (2011) os atores são sujeitos imprescindíveis na participação do debate político. Reconhecidamente, os atores têm

contribuição dinâmica ao longo da política, eles podem ser favoráveis ou desfavoráveis, de modo a colaborar, impedir ou alterar desenvolvimento desta (THOMAS; GILSON, 2004). No que concerne às PIC, a participação de atores sociais, institucionais e profissionais é um processo em construção (TESSER; BARROS, 2008).

Neste trabalho, exclusivamente por meio da pesquisa documental não foi possível identificar a participação e as posições dos diferentes atores em relação à PIC/acupuntura. Um recurso potencial para aprofundar nessa categoria analítica é a entrevista semiestruturada com os diferentes sujeitos identificados, próxima etapa desta pesquisa, o que pode contribuir ainda mais para o entendimento e discussão da PNPIC/acupuntura.

Categoria processo

Para categorização do processo, o ordenamento dos dados seguiu os mesmos passos da categorização do conteúdo. Os dados foram extraídos do PMS e do RAG, considerando-se todos os registros referentes à acupuntura para o período estudado, organizados por tipo de documento - PMS e RAG, por ano - de 2001 a 2011 e por conteúdo.

Na categoria processo, os conteúdos foram analisados tendo como fio condutor a implementação, considerando a relevância da implementação nessa categoria de análise e considerando, também, que os outros aspectos dessa categoria como tomada de decisão, formulação e forma de implementação não podem ser identificados no interior dos documentos.

Para tanto, assumimos como implementação o ato de implementar, executar, levar à prática por meio de providências concretas, nesse sentido, nas descrições contidas nos documentos, foram selecionados os registros que exprimissem a definição adotada. Para essa seleção, foram consideradas as seguintes expressões contidas nos PMS e RAG: “divulgar”, “incrementar”, “capacitar”, “ampliar”, “consolidar” e “implementar”.

Desse modo, ao longo da década, foi possível identificar a implementação da acupuntura por meio de propostas, metas, ações e resultados esperados, apresentados nos diferentes documentos como mostram os recortes abaixo:

“Implementar ações de (...) acupuntura” (PMS 2001- 2004, p.19).

“Incrementar parcerias para a consolidação da prática natural de saúde” (PMS 2005- 2008 p.62)

“Divulgar os princípios básicos das Práticas Integrativas e Complementares” (RAG 2006, p.26 e 27; RAG 2009, p.27).

“Consolidar e implementar o Programa de (...) Acupuntura da Secretaria Municipal de Saúde, segundo parâmetros da Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006, Ministério da Saúde na aprovação da “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares” (PNPIC) no SUS” (RAG 2006, p.26 e 27; RAG 2009, p.27).

“Ampliar a equipe de Coordenação do Programa, incorporando 01 profissional de saúde capacitado na área.” (RAG 2011, p.15)

Esse município oferta a acupuntura desde 1998, incorpora as diretrizes da PNPIC nos seus instrumentos de gestão a partir da sua publicação em 2006, e os registros nos documentos dão visibilidade quanto ao auxílio da política, na descrição da organização para a oferta da acupuntura. Esse conjunto todo configura o pioneirismo e, sobretudo, o avanço na atenção à saúde no SUS no nível municipal. Esse reconhecimento é fundamental e representa o primeiro passo.

Algumas considerações

Pesquisar a inserção da acupuntura no SUS por uma matriz de análise de políticas públicas em distintos instrumentos de gestão produziu questionamentos para diferentes atores e possibilitou identificar os limites e avanços dos conteúdos e processos em cada contexto.

O planejamento em saúde é fundamental para o desenvolvimento das ações em saúde no SUS e para se efetivar o planejamento os instrumentos de gestão são essenciais, no entanto sua incorporação na prática ainda é incipiente. Mais incipiente ainda é a incorporação da acupuntura e da PNPIC ao SUS. Sabemos que, embora os atores e o contexto sejam influenciados e influenciem esse processo, a lógica da gestão, do cuidado, da definição de prioridades nem sempre prevalece pautada pela integralidade da atenção e pelos direitos de cidadania na implementação de ações e políticas de saúde.

Como afirmam Tesser e Luz (2008, p. 203-204)

o SUS constitui-se em locus privilegiado de desenvolvimento da expansão dessas outras racionalidades médicas e de sua integralidade (...) e na construção da presença das medicinas tradicionais e complementares no SUS, para que contribuam no que elas são fortes, como, por exemplo, na sua integralidade, praticamente tudo está ainda por fazer.

A exemplo deste e de outros estudos, os primeiros passos já foram dados em alguns municípios do país. Os próximos passos são fortalecer e ampliar a oferta da acupuntura e demais PIC no SUS. Para tanto será essencial priorizar a acupuntura e as PIC na agenda política dos formuladores e implementadores. Uma mobilização maciça, com a participação de gestores, profissionais de saúde, controle social, serviços de saúde, universidades, cidadãos usuários e diferentes segmentos da sociedade, enfrentando as dificuldades e complexidades existentes, discutindo e compartilhando de um intercâmbio solidário de saberes em saúde, pode se constituir como um disparador em potencial nessa conquista.

Esse é um processo não só da inserção da acupuntura e de outras racionalidades médicas no SUS. É um processo rumo à consolidação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, da Política Nacional de Atenção Básica e, sobretudo, da consolidação do Sistema Único de Saúde.

5.2 Acupuntura no SUS – na voz dos diferentes sujeitos e atores envolvidos

Dentre os diversos sujeitos que participaram direta ou indiretamente do processo de implantação e/ou implementação da oferta da acupuntura nos municípios M16 e M18, onze fizeram parte da presente investigação, contribuindo dessa maneira para a análise apresentada a seguir, inicialmente pelo município M18, sucedida pelo município M16.

5.2.1 Município M18

O município M18, fundado em 1856, possui uma área de 650 km², sendo 157,50 km² de perímetro urbano, 172,18 km² constituem área de expansão urbana e 320,32 km² constituem zona rural. A população do município passou de 504.923 no ano de 2000 para 604.682 habitantes em 2010, crescimento de quase 100.000 habitantes em um período de 10 anos, sendo no ano de 2010 47,93% do sexo masculino e 51,95% do sexo feminino (IBGE, 2010a, 2010b).

Com uma economia forte e diversificada, o município se constitui num polo tecnológico, com atividades comerciais e de prestação de serviços, agricultura, indústria com destaque para a agroindústria e outros setores industriais relevantes como o de equipamentos médico-odontológicos e farmacêuticos (IBGE, 2010b). Também se constitui em um dos principais centros universitários e de pesquisa do Estado e do país na área da saúde.

Atualmente a Rede de Atenção à Saúde – SUS do município M18 está organizada em cinco Distritos de Saúde (norte, sul, leste, oeste e central), sendo que cada Distrito comporta unidades com funcionamento 24 horas, e dessa forma são distribuídas em quatro Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS)⁶ e uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA)⁷ com funcionamento 24 horas, 11 Unidades com Especialidades, 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁸, 14 Unidades de Saúde da Família com um total de 30 Equipes de Saúde da Família (ESF)⁹, o que equivale a uma cobertura populacional na ordem de 13,9% e 18 Unidades Básicas tradicionais com 20 EACS.

Aqui cabe destacar que, no PMS 2010-2013, o compromisso assumido era implantar uma UPA no município e aumentar a cobertura da ESF em 50%. A UPA foi inaugurada e começou a funcionar no ano de 2012. Para termos uma ideia, no ano de 2009, a cobertura de ESF era de 11% (PMS 2010-2013) e aumentou para 13,9% no ano de 2013 (PMS 2014-2017). Esse dado demonstra que o compromisso de implantar uma UPA foi cumprido e o de aumentar a cobertura da ESF não foi, revelando como o nível federal em composição com o nível municipal se articula para definir as prioridades e induzir políticas. Notamos que a ênfase na urgência e emergência pode ser uma situação pontual, mas que

⁶ Definida como: "... São regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam várias unidades de saúde (UBDS e UBS) e outros equipamentos sociais. A distribuição das Unidades em Distritos visa a oferecer aos munícipes um atendimento básico e de urgência próximo à sua residência e tornar mais acessível o atendimento de algumas especialidades encontradas nas U.B.D.S." (PM-RP, 1993)

⁷ Definida como: "Unidades de Pronto Atendimento (UPA) funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana e podem resolver grande parte das urgências e emergências. As UPAs fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, que estrutura e organiza a rede de urgência e emergência no país, com o objetivo de integrar a atenção às urgências" (BRASIL, 2014a).

⁸ Definida como: "a porta de entrada para o sistema de atenção à saúde. Deve ser localizada junto ao local de moradia dos usuários, com área programática estabelecida a nível geográfico e populacional ... (é responsável pelo): a) atendimento nas especialidades básicas (clínica, pediatria, tocoginecologia e odontologia) tanto em programas como pronto atendimentos; b) realização de procedimentos cirúrgicos simples como suturas, drenagens e outros c) sala de imunização e) vigilância epidemiológica - notificação, bloqueios de caso e visitas domiciliares f) registro de informações - boletins de produção e sistema de arquivo, prontuário médico e registro de morbidade" (SMS-RP, 1989)

⁹ Definida como: "A portaria GM 648/2006 sobre a Política Nacional da Atenção Básica prioriza a Estratégia Saúde da Família como instrumento principal para a reorganização da atenção básica no país. Esta estratégia orienta a implantação de equipes de saúde da família, propriamente ditas (ESF) e de equipes de agentes comunitários de saúde (EACS) nos estabelecimentos de saúde dos municípios" (PMS, 2010-2013).

exige um olhar atento quanto às demandas da APS, a qual deve ser a porta de entrada para o usuário no sistema.

No âmbito das RM e PIC nos serviços públicos de saúde, este município vivencia uma história de mais de duas décadas, inclusive antes da publicação da PNPIC. Vale destacar, portanto, o seu pioneirismo e sua autonomia na organização da oferta da acupuntura, homeopatia e fitoterapia, coadunando com o princípio da descentralização preconizado pelo SUS. As especificidades desse processo de construção política das RM/PIC na rede de atenção à saúde, os embates e disputas entre diferentes atores sociais e institucionais envolvidos analisados sob a matriz analítica de políticas públicas é apresentada a seguir. É importante destacar, conforme alerta Sampaio (2006, p. 65) que:

É imprescindível compreender que a divisão destas categorias de análise tem efeito apenas de organização da apresentação. Elas se articulam e se justapõem, (...) É possível apresentar estas quatro categorias de análise em qualquer ordem. Esta opção de apresentação é apenas uma forma esquemática, dentre tantas outras possíveis. Não há nenhuma pretensão de obscurecer ou evitar os entrelaçamentos - as idas e vindas - que a discussão destas categorias impõe.

Categoria contexto

Para proceder à análise da categoria contexto, Araújo e Maciel (2001) consideram ser possível diferenciar o micro e o macro contexto.

Macro contexto

Nesta investigação, onde o foco é analisar o processo de implantação e implementação da acupuntura no micro contexto dos municípios que oferecem essa prática no SUS do DRS XIII do Estado de São Paulo, consideramos como **macro contexto** a Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares no SUS, a qual pode ser analisada nas esferas política, econômica e social.

Na análise da **esfera econômica**, é fundamental assinalar que no processo de inclusão da PNPIC no SUS, o texto da política é aprovado no ano de 2005, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) sem assegurar recurso financeiro indutor. Assim sendo, sem recurso financeiro indutor, a PNPIC tem sua implantação/implementação sustentada na época, pela aposta do corpo técnico e gestor na força das RM e PIC e na necessidade da gestão local buscar outros modelos para dar conta das questões de saúde da sua população (SIMONI,

2013). Por outro lado, Estrela (2013) alerta que não se implanta política sem recurso financeiro, nessa perspectiva, a ausência de recurso financeiro indutor para a implantação da PNPIC põe em xeque essa aposta.

A aposta dos técnicos e gestores na força das RM e PIC é considerada válida, e o desenvolvimento da PNPIC deve ser entendido como uma continuidade no processo de implantação do SUS, pois corrobora para a integralidade da atenção à saúde, para o acesso a serviços de saúde de maneira mais equânime e favorece o cumprimento dos seus princípios e diretrizes de forma efetiva (BRASIL, 2008a). Também é pertinente a aposta na gestão local quanto ao exercício da autonomia para as questões da saúde na esfera municipal, e nesse caso, para viabilizar a implantação da PNPIC.

Vale ressaltar que a Emenda Constitucional EC-29, proposta em setembro de 2000, determinou fontes e percentuais de recursos mínimos para a saúde provenientes das três esferas de governo. Embora essa aprovação significasse avanços como a possibilidade de fixar constitucionalmente recursos para a saúde; definição destes quantitativos; tornar constitucional o fundo de saúde em cada esfera de governo; tornar constitucional, em detalhe, o conselho de saúde atribuindo-lhe a função de acompanhar e fiscalizar o fundo de saúde e definição de sanções para quem não cumprir a EC 29, a sua regulamentação, 12 anos mais tarde, aconteceu com cortes que tiveram significado muito negativo para a saúde (BRASIL, 2012b; CARVALHO, 2008).

A aprovação da regulamentação da EC 29 ocorreu em dezembro de 2011, tendo estabelecido que Estados alocassem 12%, no mínimo, da receita de impostos compreendidas as transferências constitucionais, e municípios 15% (MENDES; MARQUES, 2014). A EC 29 foi regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012b) e sancionada pela presidente Dilma Rousseff, no dia 16 de janeiro de 2012, com alguns vetos, dos quais prevaleceram a eliminação da correção dos recursos federais em conformidade com a variação do PIB e o uso de contas separadas para o setor, de acordo com as fontes de receita (MEDICI, 2012). Mendes e Marques (2014) assinalam que essa regulamentação significa uma perda importante para o financiamento das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Concordamos com Araújo e Maciel (2001) que não investir ou não dar visibilidade a determinadas questões expressa um posicionamento político da gestão pública que deve estar relacionado com suas prioridades e com os jogos de interesses que organizam as tomadas de decisão.

Esses interesses e prioridades vêm atendendo à ordem econômica vigente, em

consonância com o modelo liberal-periférico (PASSARINHO, 2010). Esse modelo sacrifica mais de 30% do Orçamento da União, o que compromete todas as políticas públicas voltadas para a população, como é o caso da Educação, da Saúde, dos Transportes Públicos, da Habitação Popular, ou do Saneamento (MENDES; MARQUES, 2014). Essas questões também são apontadas pelo ex-ministro da saúde José Gomes Temporão (2013):

O Congresso aprovou a Emenda 29 sem reservar 10% das receitas da União para a saúde. (...) Na prática, há uma redução gradual da participação da União no financiamento. Cada vez mais o ônus incide sobre estados e municípios. Precisamos de uma estrutura financeira mais sólida no sistema público. (...) A macroestrutura econômica, do jeito que está montada, impede o financiamento adequado da saúde, da educação e de qualquer política social.

Ou seja, a prioridade, ao longo dos anos, tem sido sustentar a permanência dessa política econômica neoliberal, em detrimento das políticas sociais de direitos, o que pode ser observado nos governos FHC e em continuidade nos governos Lula. As consequências, vividas nesse momento pós-Lula, são as dificuldades de consolidação da política de direitos universais da saúde, de financiamento do SUS e da Seguridade Social (MENDES; MARQUES, 2014).

Nesse contexto econômico e político, qual tem sido a prioridade da PNPIC na agenda política do governo federal? A ausência de financiamento à PNPIC responde a quais interesses? Fortalece que modelo de atenção no SUS? Não destinar recurso financeiro “adequadamente” para o SUS fortalece que projeto político para a saúde?

Vale lembrar que, no ano de 2006 (implantação da PNPIC), o país era governado pelo presidente Luis Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores, e durante campanha eleitoral para seu primeiro mandato, dentre suas várias promessas, destaca-se a de cumprir os gastos com saúde previstos na Constituição (FREITAS, 2007). Segundo Mendes e Marques (2014), ainda que Lula tenha enfatizado a prioridade com as políticas de saúde “os governos Lula não reconheceram o SUS como prioridade na sua agenda da política social”, pois não valorizou a saúde como um direito social universal.

Vale lembrar também que, em 1988, metade da população brasileira não tinha acesso ao sistema público de saúde e atualmente mais de 70% dependem exclusivamente dele (TEMPORÃO, 2013). Embora a criação do SUS signifique um avanço e inúmeros benefícios para a sociedade brasileira, o conflito entre a construção da universalidade e a contenção de gastos tem sido constante há mais de duas décadas (MENDES; MARQUES, 2014). Todas essas questões possibilitam entender o porquê, até o momento, de o SUS não estar na agenda

de prioridades na política dos governos, de não ter se concretizado como foi idealizado desde a reforma sanitária e ainda não dispor de um gasto público em saúde, condizente com a média de países como Reino Unido, Suécia e Canadá (MARQUES; MENDES, 2012).

Frente a esse contexto, se o subfinanciamento do SUS se constitui em um dos desafios para a o projeto da saúde como um direito, a ausência de aporte financeiro específico para a PNPIC implica em um desafio de tal magnitude que nos permite afirmar que os idealizadores e defensores dessas práticas têm e ainda terão que resistir e investir muito nesse jogo complexo de contratos e interesses, demarcados por problemas crônicos na área da saúde do Estado brasileiro.

Na análise da **esfera política**, cabe ressaltar que, (não só) no tocante à PNPIC a esfera econômica permeia a esfera política e vive-versa, o tempo todo. Após essa consideração, ao abordar o contexto político nacional, é importante resgatar dois aspectos já mencionados, a aprovação da PNPIC no ano de 2006 e o recorte temporal analítico definido neste estudo – 2001 a 2011. Esse período, conforme apresentado anteriormente na análise documental, é marcado por um notório arcabouço legislativo para contribuir na estruturação e consolidação do SUS, desde a NOAS – SUS em 2001 até a Portaria 2488 de 2011 (BRASIL, 2011c; OLIVEIRA, 2001), a primeira definindo o processo de regionalização e descentralização, e a segunda revisando as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e o PACS.

Duas ressalvas, a primeira anterior a 2001 e imprescindível de mencionar é a 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS em 1986, cujo papel foi de fundamental importância para a área da saúde no país e também para as RM/PIC. No presente estudo, os entrevistados trazem aspectos interessantes do macro contexto que, segundo a perspectiva deles, se relaciona de alguma maneira com a presença da acupuntura e demais PIC no município, e apontam a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a abertura para as PIC:

[...] a partir da conferência, da 8ª Conferência (8ª CNS) que institui o SUS... [...] Fundamental foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que abriu espaço para todo tipo de prática, e que o próprio Ministério reconhecia. (CP)

O movimento da reforma sanitária que tomou como eixo estruturante um sistema de saúde equânime, universal e com práticas de atenção e de gestão pautadas nos princípios democráticos também assegurou no seu relatório final o direito à saúde e o direito à escolha da prática terapêutica pelos seus usuários, conforme o trecho abaixo:

3 – O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios: a) referente à organização dos serviços (...) – introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida (BRASIL, 1986, p. 10-11).

A segunda ressalva é o Pacto pela Saúde, instrumento de gestão estabelecido no ano de 2006 pelo governo federal, que institui uma reorganização das práticas de gestão e de financiamento, trazendo a possibilidade de estabelecer mais pactos entre os municípios e regiões frente às necessidades locais. Com essa decisão política no âmbito do financiamento, a lógica da produtividade para o repasse de recursos financeiros é superada.

As diretrizes presentes na regionalização e descentralização do SUS conferem ao gestor municipal autonomia na gestão das ações de saúde no nível local, assim como as diretrizes da PNPIC norteiam as ações e orientam as responsabilidades do gestor municipal no desenvolvimento das ações de saúde relativas às RM e PIC. No entanto, como assegurar a implantação/implementação da PNPIC no nível local sem aporte financeiro. A média percentual aplicada à saúde pelos municípios tem sido de 20%, o que representa 30% a mais que o mínimo legal de 15% previsto na EC-29 (CARVALHO, 2008). Os municípios analisados neste estudo se inserem nessa realidade. M16 e M18 aplicaram respectivamente, 16,19% e 25,96% no ano de 2006 e 25,49% e 25,4% em 2011, conforme registrado no Sistema de Informação do Orçamento Público da Saúde - SIOPS (BRASIL, 2014b). Ou seja, para a implantação/implementação da PNPIC é fundamental a indução financeira da gestão federal, pois pelos dados registrados no SIOPS, os municípios já estão arcando com suas despesas para além do mínimo estabelecido legalmente.

Apesar do retrocesso que a nova lei complementar que regulamenta a EC-29 representa para o financiamento da saúde, a sobrecarga imposta aos municípios e Estados pode ter um significado positivo. Medici (2012), que se mostra favorável à EC-29 regulamentada pela lei complementar tal como ela foi aprovada, alerta que os governos terão de buscar estratégias para gastar melhor os recursos que têm, se quiserem melhores resultados, terão de saber o quanto gastam e acompanhar esse processo de perto. Ou seja, os gestores terão de, necessariamente, rever e restabelecer suas prioridades, a estrutura dos seus serviços, suas estratégias e forma de gestão, o que pode ter uma implicação direta em rever o modelo de atenção na gestão e organização dos serviços de saúde, o que é fundamental.

Desde a criação do SUS, temos vivenciado a conformação do modelo de atenção, predominantemente estruturado por características mais pertinentes à saúde como um bem de

consumo no mercado capitalista. Esse modelo de atenção tem sido permeado por diversos nós críticos relacionados, entre outros fatores, ao processo de trabalho em saúde, à gestão/financiamento da saúde e aos interesses econômicos diversos e marcados por contradições entre seu arcabouço constitucional e as práticas vivenciadas nos espaços de gestão, formação e atenção à saúde, se constituindo em verdadeiros desafios que precisam ser urgentemente superados, como assinalam muitos estudiosos e militantes do SUS (CARVALHO, 2008; PEREIRA, 2001).

A atual proposta política de repasse de recursos para a saúde traz uma pressão para os gestores que pode impulsionar estratégias como rever planejamento, prioridades, processo de trabalho, monitoramento e avaliação das ações e serviços, com potencial para contribuir para a superação desse modelo de atenção fragmentado que também tem sido responsável pela crise na saúde e pela dificuldade de consolidação do SUS.

Nessa perspectiva, é fundamental que haja também comprometimento político, tanto por parte dos gestores do sistema de saúde como da educação. Particularmente os órgãos formadores específicos da área da saúde na educação, seus gestores e corpo docente precisam se empenhar com a implantação/implementação de uma educação que priorize os princípios que potencializem a formação de cidadãos politizados e comprometidos com os problemas que afligem a população brasileira. Para essa formação, a produção do conhecimento no campo da saúde precisa enfatizar a saúde como direito, o modelo de atenção enquanto organizador do sistema de saúde, considerando os princípios da integralidade, da universalidade de acesso, de práticas de saúde na sua compreensão mais ampla e abrangente, o que pode potencializar também a abertura para as RM e demais PIC.

Conforme assinala Carvalho (2008), as lacunas e dificuldades presentes na saúde se devem em grande parte, mas não **exclusivamente**, aos conflitos e aos problemas financeiros (grifo nosso). O modelo de atenção biologicista predominante também consiste em um grave problema a ser superado. E estendemos esse mesmo olhar, quanto aos problemas do financiamento e do modelo de atenção para a PNPIC. Entendemos que as barreiras para implantação/implementação da PNPIC são permeadas por questões econômicas, culturais, ideológicas, políticas e sociais condicionantes e determinantes da saúde. Ou seja, mesmo com diretrizes nacionais bem estruturadas para o SUS e para as RM/PIC, ainda existem muitas fragilidades em se consolidar na prática tais diretrizes, na conformação das políticas públicas em consonância com arcabouço ético-político do SUS.

E finalmente, a análise da **esfera social** do macro contexto. Socialmente, a aceitação das PIC, dentre um conjunto de fatores, deve-se amiúde a uma abordagem

inovadora em face do corpo, da saúde, do adoecimento e da cura (NASCIMENTO, 2006). Luz (2005) traz uma grande contribuição acerca de algumas hipóteses socioantropológicas acerca da aceitação e sucesso social das medicinas alternativas, as quais elencamos de forma bastante sucinta: o aspecto cultural atualmente presente na sociedade civil com novas representações e compreensões sobre saúde, adoecimento e cura e relações entre homem e natureza; o aspecto da relação terapeuta/paciente, centrada no comprometimento com a arte de cuidar e na pessoa e não apenas na doença e suas causas; o aspecto psicológico, com o crescimento de concepções e teorias psicossociais do adoecimento, superação da dicotomia corpo/mente da cultura ocidental, surgimento e desenvolvimento da chamada medicina psicossomática e a importância das emoções e dos sentimentos nos fenômenos de adoecimento e de cura; todos esses aspectos acrescentados pelo que Luz chamou de dupla crise, uma na saúde e outra na medicina.

Outro importante alcance das RM/PIC na esfera social são suas interfaces na atuação de diversas condições clínicas como as doenças crônicas não transmissíveis, doenças respiratórias e alérgicas, saúde do idoso, vários aspectos da saúde da mulher como tensão pré-menstrual e climatério ou mesmo nos transtornos psicossomáticos apenas para citar alguns exemplos (BRASIL, 2008a; ESTRELA, 2013; OMS, 2003; WHO, 2002).

Para Sampaio (2006), o recurso destinado a uma determinada política pode favorecer outras políticas que a ela estejam articuladas, nessa direção, a PNPIC, por meio de suas ações e diretrizes, demonstra convergência e sintonia com outras políticas nacionais as quais poderia favorecer como a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa, a Política Nacional de Saúde da Mulher, Promoção da Saúde, Educação Permanente, Assistência Farmacêutica, Plantas Medicinais e Fitoterápicos, Povos e Comunidades Tradicionais, de Biodiversidade, a Política Industrial Tecnológica e de Comércio Exterior, entre outras (BRASIL, 2011d, 2012a, 2012c).

De acordo com o relatório mundial da OMS (2003) sobre cuidados inovadores para condições crônicas, o vertiginoso aumento das condições crônicas, incluindo as doenças não transmissíveis e os distúrbios mentais, preponderantemente diabetes, asma, doenças cardíacas e depressão, consiste em um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde em todo o mundo.

Atualmente, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. Para o ano de 2020, nos países em desenvolvimento, 80% da carga de doença deve advir de problemas crônicos de tão acelerado que tem sido seu crescimento. Nesses países, a adesão aos tratamentos chega a 20%, ocasionando estatísticas

negativas na área da saúde com encargos muito elevados para a sociedade, o governo e os familiares (OMS, 2003).

Na atual conjuntura, o alcance da RM/PIC é de extrema relevância, inclusive considerando sua contribuição na redução da demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a farmacodependência, ajudando a melhorar a qualidade de vida dos usuários (BRASIL, 2008a).

Apesar de toda essa potencialidade e dos avanços conquistados no processo de implantação da PNPIC, a coordenadora do programa assinala: “... ainda tem alguma coisa do SUS que não consagrou definitivamente as Práticas Integrativas Complementares” (CP). Ou seja, sua “verdadeira institucionalização” ainda não se consolidou no SUS, o que tem sido alvo de inúmeros debates e questionamentos (SIMONI, 2013).

Todas essas considerações exigem uma reflexão por parte dos diferentes sujeitos, atores sociais e institucionais e, sobretudo, assinalam que PNPIC pode e deve ocupar um espaço no centro do sistema de saúde brasileiro, se constituindo com uma prioridade na agenda política dos governos nas três esferas de gestão.

Para caminhar por esses trilhos, intervenções de diferentes naturezas precisarão ser percorridas, criadas e perseguidas. A presente análise assinala que as PIC tiveram avanços, valendo-se das oportunidades do contexto político-social da saúde pública no Brasil, um exemplo é a própria elaboração e publicação da PNPIC. No entanto seus princípios e diretrizes ainda estão distantes de serem considerados e valorizados como recursos tecnológicos em ascendência, na conformação das práticas de saúde do SUS.

Podemos afirmar que a implantação dessas práticas ainda é tímida e frágil e, na disputa de visibilidade, se tornam praticamente invisíveis. O brilho das práticas, que não têm compromisso com a produção de bens de mercado, ainda não consegue minimamente ofuscar as máquinas que valorizam exclusivamente as práticas de densidade tecnológica.

Embora a análise da Política Nacional de Práticas e Integrativas e Complementares mostre essa conformação, considerando os diferentes contextos e atores envolvidos no processo de construção da política, é importante realizar essa análise no nível local. Nessa direção, optamos por apresentar a análise do micro contexto do município M18 e na sequência as demais categorias de análise desse município. Posteriormente, apresentaremos a análise do município M16.

Micro contexto

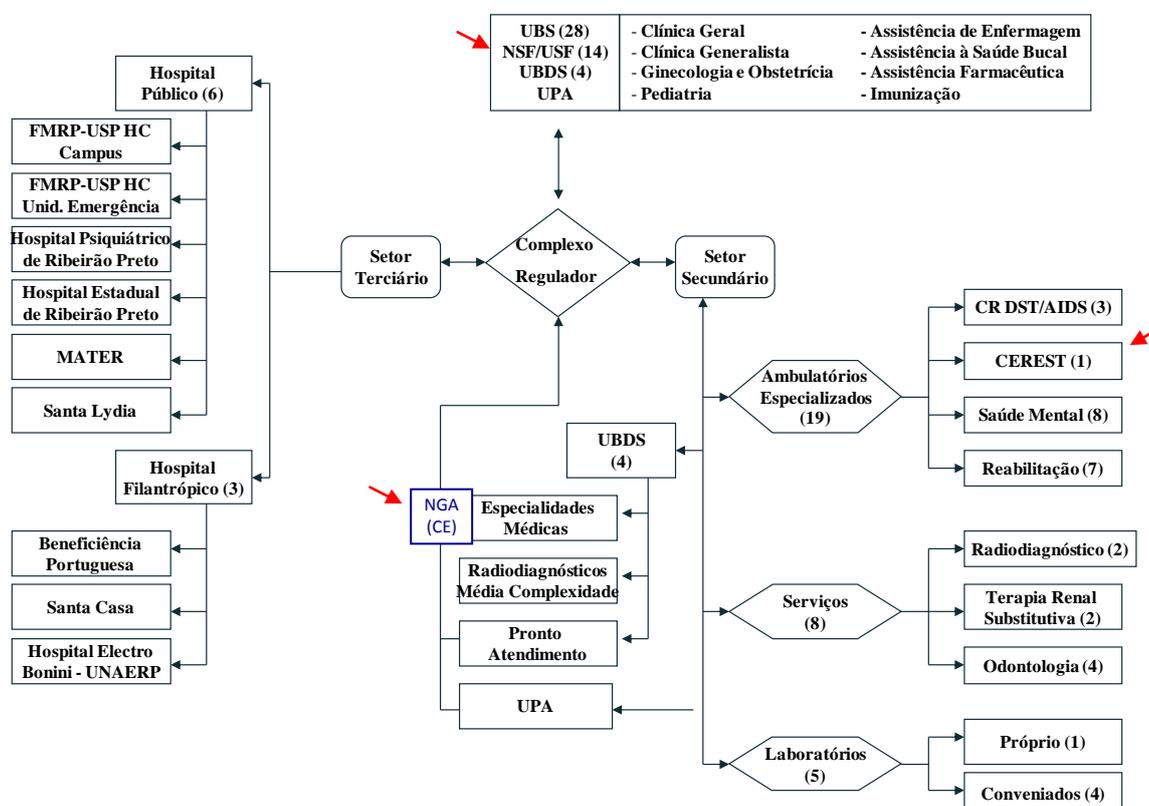
A análise do **micro contexto** da oferta da acupuntura no SUS do município M18, segundo o referencial analítico de políticas públicas, possibilitou apreender os seguintes aspectos: **a rede de serviços existentes, a disponibilidade de recursos humanos e o financiamento do setor.**

Considerando o contexto da implantação do Programa de Fitoterapia e Homeopatia no ano de 1992, a **rede de serviços existentes** no município, segundo Pereira (1996), passava por mudanças em função do processo de municipalização. De onze Unidades de Saúde que funcionavam em casas populares improvisadas em 1983, passou-se a contar com vinte e três UBS em 1990 e com trinta unidades em 1993, sendo vinte e seis UBS e quatro UBDS. As UBS são responsáveis pelos atendimentos de nível primário, pautado nas especialidades médicas Clínica Médica, Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria, no atendimento odontológico e na assistência farmacêutica.

As UBDS oferecem atenção neste nível de atenção e também oferecem assistência especializada. Além das UBDS, para a oferta da atenção especializada, a rede municipal de saúde conta com o Núcleo de Gestão Ambulatorial -NGA 59, o qual se constitui em um ambulatório regional das seguintes clínicas especializadas: Ambulatório de Hepatite, Cardiologia, Cirurgia Geral e Vascular, Doenças Infectocontagiosas, Dermatologia, Endocrinologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Geriatria, Hematologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Urologia. Ainda dispõe de serviços de apoio diagnóstico - radiologia simples, ultrassonografia, eletrocardiografia e eletroencefalografia. Vale ressaltar, nesse período, **a implantação de ações voltadas para "práticas alternativas" - homeopatia e fitoterapia** (PEREIRA, 1996). (grifo nosso)

Em 1998, quando foi inserida a acupuntura no Programa de Fitoterapia e Homeopatia, a rede de serviços contava com 26 UBS com atendimento médico em clínica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, além de atendimentos de odontologia, enfermagem, imunização, aplicação de tratamentos e vigilância epidemiológica; cinco UBDS com o mesmo atendimento básico das UBS e mais os atendimentos de referência para a área distrital em especialidades como serviços de apoio e diagnóstico (eletrocardiográfica, ultrassonografia, raios-x) e pronto-atendimento 24 horas em clínica e pediatria; dois Núcleos de Atenção Psicossocial com atendimento multiprofissional de saúde mental para adultos em regime de semi-internação; um Ambulatório Regional de Saúde Mental e um Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59), com atendimentos em especialidades para o município e para a região (MATUMOTO, 1998).

Atualmente a estrutura da rede de atenção à saúde, já apresentada no início deste tópico, pode ser representada pelo Organograma - 1 abaixo na qual se apontam os locais onde há atendimento de acupuntura:



Fonte¹⁰: Adaptação da aula PIT, 2013. Arquivo RAS M18.

Organograma 1 - Rede de Atenção à Saúde do município M18 e locais de atendimento de acupuntura. Ribeirão Preto, 2013

Na estrutura organizacional atual representada pelo Organograma - 1, o atendimento de acupuntura pode ser identificado na Saúde da Família, no CEREST - Centro Regional de Saúde do Trabalhador e no ambulatório de Especialidades Médicas (NGA-59). Como essa história remonta a quase duas décadas, vale resgatar brevemente o início dessa implantação até os dias atuais.

O Programa de Fitoterapia e Homeopatia foi implantado no ano de 1992, ofertando atendimentos de homeopatia e fitoterapia, com atendimento inicialmente estruturado e organizado na Unidade Básica Distrital da Vila Virgínia. Seis anos mais tarde,

¹⁰ Fonte: PMRP – SMS – Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Planejamento em Saúde, 2013.

em 1998, o Programa passa a ofertar também a acupuntura, e os atendimentos foram transferidos para o Centro de Especialidade (CE) localizado no NGA- 59 deste município.

A inserção da acupuntura na rede de atenção à saúde no município M18, que tem início no CE, e posteriormente passa a ser oferecida na Saúde da Família e no CEREST, é apresentada na perspectiva dos diferentes entrevistados e possibilita apreender os espaços onde se dá essa oferta na rede, o fluxo do encaminhamento dos usuários para o atendimento, e os usuários que têm acesso a essa oferta, como mostram os depoimentos a seguir:

Dos serviços públicos do município nós temos um ambulatório no NGA-59 (CE) e outro no CEREST. [...] E o J. (médico da SF rural) que tem habilitação em acupuntura, ele eventualmente faz [...], nos pacientes que ele entende que pode ter benefícios com a acupuntura e ele aplica o tratamento, mas não é um ambulatório de acupuntura, não um serviço de acupuntura. Dentro lá da atividade assistencial dele (na SF rural), quando ele acha que pode haver benefício ele aplica. [...] eu não sei se ele está usando instrumental próprio ou se ele tem feito requisições aqui pelo nosso, pelo nosso, vou chamar de almoxarifado. Que adquire isso para o ambulatório. Eu não sei te dizer. (GM).

É um recurso nosso aqui de dentro, eu propus pra esse trabalhador fazer acupuntura. [...] além de atender a medicina do trabalho, os pacientes da acupuntura são agendados pra mim aqui de dentro [...] são os pacientes acompanhados com o ambulatório da saúde do trabalhador, entendeu?! Então, veja bem, implantou pelo CEREST, [...] mas só o trabalhador daqui de dentro. [...] Quer dizer era um procedimento interno, entendeu?! [...] um recurso a mais [...] Faz uns três anos mais ou menos. (ACEREST).

Das ações desenvolvidas na SF Rural, eu faço a parte de homeopatia, acupuntura, visitas domiciliares [...] (ASF).

Os depoimentos acima revelam que o atendimento de acupuntura oferecido no CE, na SF e no CEREST possui diferentes inserções na rede de atenção municipal, revelando que no CEREST e na SF o atendimento é restrito a esses dois espaços e se dá em função da iniciativa dos profissionais, em virtude da sua especialização na área. Essa diferença também pode ser apreendida tanto no histórico do programa no site da Secretaria Municipal quanto nos depoimentos dos distintos sujeitos entrevistados que, ao serem questionados sobre os locais da oferta da acupuntura nos serviços públicos de saúde do município, apresentam respostas convergentes e também divergentes.

Por exemplo, o gestor menciona o atendimento da acupuntura no ambulatório do CE, do CEREST e na SF o atendimento é eventual, não é um ambulatório ou um serviço de acupuntura. No entanto, o acupunturista do CEREST refere que este não é um ambulatório, e que a acupuntura é interna, restrita aos pacientes da saúde do trabalhador. O CEREST também não é mencionado no histórico do programa e nem nos depoimentos do coordenador do programa e do acupunturista da SF (embora seja mencionado pelo acupunturista do CE).

Na SF, além do gestor, o atendimento de acupuntura é mencionado pelo coordenador do programa, mas não está no histórico e não é mencionado pelo acupunturista do CE. Aqui chamamos a atenção que a equipe do Programa conta, entre outros, com a coordenadora e com o acupunturista do CE. Destacamos que o atendimento do CE consta no histórico do Programa e é mencionado nos depoimentos de todos os sujeitos entrevistados.

Diante dessas considerações, concordamos com Mattos e Baptista (2011) quando afirmam que “os conteúdos não expressos também revelam um posicionamento político”. Nesse sentido, a SF e o CEREST, no âmbito do atendimento de acupuntura, se constituem como serviços existentes que integram e se articulam à rede de atenção à saúde do município? Na SF rural, o atendimento é ofertado à população adstrita ao território, portanto não há necessidade de encaminhamento. No CEREST, o atendimento também é exclusivo aos trabalhadores que são atendidos pelo centro e o encaminhamento se dá internamente, não tendo um fluxo estabelecido pela rede de atenção para a oferta de acupuntura.

Reconhecemos a oferta na SF e no CEREST como profícua à população atendida nesses dois serviços públicos e aderente à primeira diretriz da PNPIC quanto à oferta na especialidade e na atenção básica, com destaque para a saúde da família. Entretanto, o atendimento exercido pela iniciativa dos profissionais representa uma fragilidade na consolidação da oferta da acupuntura no sistema público de saúde deste município, devido à falta de articulação com a rede de atenção à saúde e também ao alto índice de rotatividade, principalmente na categoria médica, em decorrência da falta de uma política de pessoal específica para o setor de saúde do município.

Nesse sentido, destacamos que a iniciativa pessoal desses acupunturistas acaba por criar um fluxo próprio construindo uma rede interna, uma rede micropolítica. Esta iniciativa poderia se constituir em um disparador para que a estrutura e a ampliação do acesso fossem potencializadas. No âmbito municipal, onde uma rede interna é construída a partir de iniciativas pessoais também assinala que a implantação da PNPIC não conseguiu articular força suficiente para promover na SF e no CEREST uma integração com a rede, ampliando e fortalecendo a oferta da acupuntura dentro do município e mesmo para a região.

No CE, como já mencionado anteriormente, o atendimento de acupuntura é ofertado, desde o ano de 1992, e conta com um profissional acupunturista especificamente para esse atendimento, ou seja, não se trata de uma iniciativa pessoal como na SF e no CEREST. No intuito de entender a articulação entre o atendimento de acupuntura do CE e a Rede de Atenção à Saúde municipal, apresentamos a seguir alguns depoimentos dos diferentes sujeitos:

[...] pode e deve ser encaminhado para o CE, certo? Com o médico solicitando o tratamento de todas as unidades pode. Agora tem uma fila. Tem uma fila que tem que ser respeitada, a não ser que a pessoa esteja num estado que precisa de uma urgência. [...] Agora na própria rede, né, sempre consta tá, quem procura, inclusive acho que na internet deve ter como procurar, como chegar. E nas unidades de saúde que o médico atendente é que hoje tem muito médico novo que entrou depois, mas os mais antigos ele detectando qualquer problema que precise de acupuntura ele manda para o CE. (CP)

É através de encaminhamento. Por exemplo, passa na atenção básica em uma UBS por uma consulta com o clínico geral, ou um pediatra ou G.O, caso esse profissional médico diagnostique que existe uma indicação para a acupuntura ele pode fazer o encaminhamento – que se chama Guia de Referência – ao CE para que seja feito o tratamento de acupuntura. Só que esse médico tem que saber [...] que existe acupuntura e pra quê ela serve... (FGMP)

As informações contidas nesses dois relatos não deixam claro ou, no mínimo, põem em dúvida se o médico sabe ou não que existe a oferta de acupuntura no serviço público de saúde. Ao buscar informações sobre o atendimento de acupuntura na rede municipal de saúde, após um percurso não tão simples, foi possível encontrar no site da secretaria de saúde a seguinte informação:

Acupuntura – Local: Ambulatório Regional de Especialidades (atual CE). – Ambulatório de acupuntura tem como objetivo o tratamento específico de paciente portador de dor crônica, devendo ser previamente avaliado pelas especialidades: reumatologia, fisioterapia, neurologia e ortopedia.

No entanto, para chegar a essa informação, ao entrar no site da Prefeitura, é preciso clicar em “serviços online” e acessar a opção “saúde”, a qual vai abrir a página da Secretaria Municipal da Saúde. Nessa página deve-se seguir a sequência: Complexo Regulador – Centrais de Regulação Eletiva: Consultas – Protocolos de Encaminhamento do Complexo Regulador: Secretaria Municipal de Saúde – Acupuntura. Esse caminho na internet se torna fácil e simples após ser conhecido e percorrido algumas vezes. Será que é fácil e simples aos trabalhadores dos serviços públicos de saúde que desconhecem a oferta da acupuntura? E para os usuários que desejam receber atendimento em acupuntura, o que dizer desse caminho?

Outro detalhe, quem quer que esteja interessado em buscar essa informação na internet, precisará necessariamente acessar os Protocolos de Encaminhamento do Complexo Regulador (RIBEIRÃO PRETO, 2013), o que é uma contradição, pois na prática o encaminhamento para a acupuntura não passa pelo Complexo Regulador, conforme será apresentado mais adiante.

Também identificamos que um dos modos de encaminhamento para o atendimento de acupuntura é por meio das guias de referência e contrarreferência. Embora pelos depoimentos não seja identificada a origem exata das guias de referência e contrarreferência, é possível observar que o encaminhamento para o atendimento de acupuntura não obedece a um fluxo que passa pela Secretaria Municipal de Saúde, como mostram os recortes a seguir:

Todas as vias (guias de referência e contrarreferência) de acupuntura antes iam para a secretaria (municipal de saúde). Então o que nós resolvemos, eu e o acupunturista do CE, as guias vinham para cá (CE), dentro das guias ele via as prioridades e nós já vamos chamamos as prioridades. Porque antes ia para lá a pessoa que agendava aqui, de repente agendava, alguma prioridade ficava parada, agendava uma que era menos prioritário. Então nós resolvemos vir tudo para cá e aí conforme ele vai dando alta vai chamando novos pacientes e baseado no critério de prioridade que ele mesmo faz. Quer dizer o médico que faz acupuntura que julga as prioridades e chama os pacientes aí ele fala: chama esse, chama esse, e chama quer dizer o pessoal que vem segunda-feira vem segunda, o de terça toda terça. (GCE)

Então se o acupunturista do CE (ACE) precisa de alguma coisa ele tem tipo de uma secretaria dele, que é quem marca consulta e aí sai pelo próprio CE. No começo que deu muito rolo... (CP).

E aí teve que fazer algumas regras porque infelizmente a gente não consegue atender a demanda toda [...]. (ACE)

Embora no município a rede de atenção tenha um fluxo de encaminhamento estruturado por um complexo regulador¹¹ (CR) desde 2005, cujos instrumentos para comunicação com a rede são as guias de referência e contrarreferência, essas guias para a acupuntura, em comum acordo entre o gerente e o acupunturista do CE, vão para o CE e não mais para o CR da Secretaria Municipal de Saúde. O gerente do CE explica como pode ser feito esse encaminhamento:

[...] são algumas especialidades que encaminham para acupuntura. Então ele não está aberto ao clínico. O clínico se ele quer encaminhar para acupuntura ele pode, ele encaminha ou para ortopedista ou para reumato [...] neuro que são as especialidades (aqui do CE) [...] que encaminham para a acupuntura. Vem (encaminhamento das distritais), mas assim a maior parte é nossa mesmo. [...] Nosso agendamento é feito como a gente manda [...]. (GCE)

¹¹ “O Complexo Regulador (CR) municipal foi implantado em julho de 2005, como instrumento para auxiliar a gestão. O CR do município obedece à determinação da Portaria 399/06 do MS, está sendo estruturado por unidades de trabalho necessariamente, interligadas entre si, permitindo assim a ordenação do fluxo de necessidade / resposta aos pacientes. O CR é agregador de centrais e todas que forem criadas deverão fazer parte de seu corpo. A guia de referência e a ficha de contra-referência foram os instrumentos adotados para a comunicação entre a rede, prestadores e complexo, para a solicitação de consultas, exames e procedimentos. Passam por regulação de acordo com protocolos estabelecidos implantados” (RIBEIRÃO PRETO, 2014a)

Esses trechos da entrevista revelam que o encaminhamento para o atendimento de acupuntura no CE não é feito diretamente pela UBS. Primeiramente o médico da UBS, perante um diagnóstico de dor crônica, relacionado exclusivamente à ortopedia, reumatologia, neurologia, fisioterapia e vascular, pode fazer o encaminhamento do paciente para essas respectivas especialidades do CE. Aqui vale enfatizar que o encaminhamento para a acupuntura é restrito a essas especialidades, e que o atendimento dessas especialidades é realizado, predominantemente, dentro do mesmo centro de especialidades onde é realizado o atendimento de acupuntura. Ou seja, o atendimento de acupuntura segue um fluxo e um encaminhamento que é interno, dentro do centro de especialidades do município, o que torna o acesso ao atendimento de acupuntura restrito somente aos pacientes dessas especialidades.

Além do atendimento de acupuntura do CE não estar articulado com a rede de atenção municipal de saúde, além de ter um fluxo interno próprio e de restringir o acesso universal às pessoas usuárias do SUS, outras limitações também podem ser identificadas dentro do CE, como mostram as falas a seguir:

Agora existe uma grande dificuldade para se marcar nas especialidades. Ortopedia é um caos, que é o, das especialidades acho que é o maior encaminhamento para acupuntura é ortopedia, só que para chegar na ortopedia [...] Então muitas vezes a gente acaba, às vezes abre, já chegou a chegar paciente aqui que não foi encaminhado por ninguém e você ver que o cara está [...]o médico acupunturista avalia. Então realmente a gente faz essas coisas. Fura os protocolos, porque tem hora que você ver a necessidade, porque há uma grande dificuldade em conseguir na especialidade. [...] Agora se você abrisse para rede, então você imagina aí ia ter mil guias aqui parada, sem ter perspectivas de quando que vai chamar, e eu acho isso muito pior. (GCE)

Frente ao exposto, questionamos: será que ter “mil guias aí paradas” não poderia ser uma solução? Se o planejamento se pautar nas necessidades dos usuários como estabelece a PNAB, a PNPIC, a ESF e ainda se o agendamento se tornar um recurso realmente do planejamento, esta demanda reprimida poderia se constituir em um potente recurso para ampliar recursos para a oferta da acupuntura?

Diante dos depoimentos, é possível identificar como se dá o acesso ao atendimento de acupuntura na rede municipal de atenção à saúde e, conseqüentemente, os usuários dos SUS que têm acesso a esse atendimento:

- a oferta do atendimento para acupuntura na rede de atenção à saúde para os usuários do SUS é “somente” no centro de especialidades.
- o encaminhamento para a acupuntura é feito somente por especialidades predeterminadas:

- ortopedia, reumatologia, neurologia, vascular e fisioterapia.
- esses encaminhamentos são, predominantemente, das especialidades de dentro do próprio CE.
 - o encaminhamento da UBS diretamente para acupuntura não acontece. Primeiro é necessário encaminhar para uma das especialidades do CE para, posteriormente, encaminhar para a acupuntura.
 - nesse encaminhamento interno não há articulação com a rede de atenção à saúde no município.

Esse conjunto de fatores permite apontar um grande problema que consiste justamente nesse fluxo interno não interagir e não se integrar à rede de atenção à saúde do município. No micro contexto, a atual estrutura da rede afeta o acesso à acupuntura pelo SUS, nesse formato, os usuários que necessitam de tratamento por outros problemas de saúde que não sejam dores crônicas, ou ainda, que não necessitem de tratamento ou reabilitação, mas desejem ser atendidos por acupuntura para prevenção e promoção da sua saúde, são privados do seu direito de escolher essa opção terapêutica, o que limita a oferta, dificulta o fortalecimento e a ampliação da acupuntura no SUS. Também vale ressaltar a necessidade de investir em estratégias de divulgação tanto para a população quanto para os próprios trabalhadores da rede de saúde. Nesse sentido, os setores de comunicação da própria Secretaria Municipal de Saúde podem e devem ser acionados.

A limitação da oferta é um problema que necessita ser superado, pois como mostram os extratos das falas abaixo, há demanda:

[...] porque nós temos uma procura grande. Tem uma fila de espera aguardando, e que a pessoa que está com dor tem que resolver rapidamente, não dá para ficar esperando. [...] Há uma demanda reprimida. Então, só que assim, não falta paciente para acupuntura (risos), entendeu? Quer dizer não vai falar assim: “Oh acupuntura está sem paciente porque [...]” Não, não falta. Pelo contrário, tem até lista de espera vamos dizer assim da acupuntura. (GCE)

E a freguesia é grande. (CP)

A existência dessa demanda remete à reflexão dos diferentes atendimentos de acupuntura no município. Ter a oferta da acupuntura no CE, na SF e no CEREST poderia ou deveria possibilitar que essas pessoas, com esse acesso ainda que restrito, tivessem assegurado seu direito de escolher o tratamento desejado, o que não acontece porque estão em uma fila de espera cada vez mais crescente. E fora dessa fila, estão todas as pessoas que não se encaixam dentro das especialidades e especificidades do CE, do CEREST e da SF Rural,

como por exemplo, as pessoas portadoras de doenças crônicas. Só para se ter uma ideia do que isso representa, no município M18, as doenças crônicas vêm ocupando o primeiro lugar no *ranking* das causas de mortalidade nos anos de 2009 a 2012 (PMS 2014-2017).

A estruturação da rede de atenção é de fundamental importância para a ampliação e fortalecimento da acupuntura e demais PIC, mas não é o único fator que dificulta sua consolidação no âmbito na AB no SUS local. Como apontado anteriormente, o setor de saúde municipal ainda não dispõe de uma política de pessoal específica e isso se reflete na **disponibilidade de recursos humanos** nos serviços existentes na rede de atenção e como consequência, na oferta da acupuntura.

No micro contexto, as questões em torno da (in)disponibilidade de recursos humanos abrangem basicamente quatro aspectos: 1) a dificuldade do profissional da AB poder exercer acupuntura na rede, que será mais explorada e discutida na categoria atores; 2) o modelo de atenção da rede centrado no atendimento médico; 3) a dificuldade de repor os acupunturistas que saíram e/ou irão sair e 4) não ter o cargo de acupunturista no quadro de pessoal na Secretaria Municipal de Saúde. Os recortes das falas apresentados abaixo ilustram os aspectos relacionados ao modelo de atenção centrado na doença e no médico:

Só que a gente não pode tirar da rede, do atendimento por causa, assim do excesso de paciente, do excesso de moléstia, tudo que está dentro da rede, e não é só aqui, é uma coisa assim que é a nível nacional, até internacional [...] (CP)

Os acupunturistas que têm na rede e homeopatas, mais os acupunturistas, são ginecologistas e na rede é complicado você liberar um ginecologista. E tá faltando G.O. na rede, não é nem má vontade dos gerentes, é dificuldade pelo próprio serviço. (ASF)

[...] nós temos muita dificuldade porque para trazer um profissional para cá você tem que tirar um profissional da atenção básica. E infelizmente faz concurso e não consegue preencher as vagas de médico [...] (GCE).

O modelo de atenção, voltado para a doença e na sua cura e não na prevenção e promoção da saúde e centrado no médico e não na equipe de saúde e tampouco na pessoa que procura o serviço de saúde, ainda está fundamentado pelo paradigma biologicista e mecânico, caracterizado pela fragmentação, é insuficiente e hegemônico na organização do cuidado e dos serviços de saúde. Superar esse modelo requer mudanças que envolvem, entre outras, conceber um sistema de atenção à saúde integral que atue concomitantemente sobre os determinantes sociais da saúde e que esteja comprometido com a formação de trabalho em redes de atenção à saúde, superando o modelo fragmentado e voltado para as condições agudas e crônicas (MENDES, 2011). A acupuntura e demais RM/PIC, como são fundamentadas nos paradigmas vitalista e holístico, se constituem em estratégias potentes

para somar esforços nessa mudança.

Em contrapartida, continuar a operar na lógica desse paradigma biomédico bloqueia a inserção da acupuntura e demais PIC na AB. Há uma correlação direta entre a dificuldade de profissionais para atenderem acupuntura e a estrutura organizacional da rede, centrada no atendimento médico, no tratamento predominantemente curativo. E no contexto local, essa dificuldade se soma à outra, a falta de reposição dos profissionais:

Então, eu comecei como ginecologista [...] Com a aposentadoria do doutor M. eu vim ocupar a vaga, sou um dos médicos mais antigos da rede, mais antigo com título de especialista, então eu ocupei a vaga e vim, o doutor AL se aposentou, a doutora J. e o doutor WI (voluntários) se ausentaram por problemas políticos, e eu fiquei só, estou o único, aguardando o ingresso de mais alguém para colaborar. (ACE)

Agora mesmo o ACE vai aposentar né, não vai demorar ele vai aposentar, então de qualquer modo nós vamos ter que substituir, então vai ter que tirar alguém da rede pelo menos para continuar o que está sendo feito no NGA. (CP)

É mais ou menos assim, tinha uma médica que fazia fitoterapia aqui na rede pública. Aí ela aposentou e acabou o programa de fitoterapia [...] Então é assim, não existe incentivo nenhum. Tem? Tem! Então vamos dar continuidade. Aposentou, saiu, não quer mais, então paciência. Não existe incentivo nenhum.” (FARMACÊUTICO - MS)

Como mencionado anteriormente, a carência de profissionais médicos para trabalhar no setor saúde é uma dificuldade do município, e uma das medidas que estão sendo tomadas na esfera municipal é o incentivo salarial ao trabalhador que busca o crescimento profissional por meio de estudos e pelo tempo da prestação de serviços ao município, pela criação do Plano de Cargos e Salários, ainda em fase de implantação.

Essa carência de médicos é também uma dificuldade de abrangência nacional e com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde, uma medida na esfera nacional foi a instituição do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013b). Vale destacar que o município M18 recebeu recentemente (abril/2014) três médicos pelo referido programa.

Além da falta de reposição, não há o cargo de acupunturista, no quadro de pessoal na SMS:

Não, não existe função de acupuntura (no quadro de pessoal da secretaria). (ACE)

[...] não tem o cargo de acupunturista não [...] Não (tem concurso). (GCE)

Eu sou contratado como clínico geral. (ASF e ACEREST)

Mais uma vez estamos diante das iniciativas pessoais e de acordos que podem ser significativos para a implantação de uma das práticas da PNIPIC, no entanto cabe aqui

também tecer considerações que essas decisões, se ficarem circunscritas a esses arranjos, a oferta da acupuntura neste município fica condicionada à presença desses trabalhadores que tiveram a oportunidade de contar com a decisão do gestor, para que eles fossem realizar o atendimento em acupuntura e ofertar esse tipo de atenção, apesar de não terem sido contratados como acupunturistas. Continua com um serviço conformado pela dimensão de decisões apenas no âmbito pessoal.

Criar o cargo de acupunturista na rede, por si só, pode não garantir a oferta, mas diante do contexto apresentado, dispor do cargo de acupunturista parece ser fundamental, pois pode contribuir para assegurar a continuidade da oferta. Enquanto esse entrave não se resolve, as limitações quanto à disponibilidade de profissionais restringem a oferta:

[...] não houve reposição do profissional, como ficou um só a gente foi obrigado a limitar as causas assim, os sintomas que são encaminhados [...] Como é um profissional só é limitado, então você só vai chamar só quando você dá alta para alguém. Se você não der alta para ninguém você não vai chamar ninguém. (GCE)

No entanto e embora ainda não evidente, na rede de saúde do município há profissionais para atenderem à acupuntura:

[...] a gente tem profissionais na rede [...] para eles atenderem né, tanto homeopatia, como acupuntura, fitoterapia. (ASF)

Sabe que essa é uma deficiência que nós temos. Nós não sabemos quantos especialistas nós temos na rede. Quantos cardiologistas, quantos proctologistas. Nós não temos. Eu acabei de fazer uma pesquisa com os médicos da rede perguntando qual era a especialidade, um arquivo com os informes. A pesquisa ainda não está completada. (GM)

As quatro questões assinaladas quanto à (in)disponibilidade de profissionais para realizar o atendimento de acupuntura são bastante complexas e, portanto, com resolução a longo prazo. No entanto, com a finalidade de contribuir para assegurar a continuidade do atendimento de acupuntura, visto que o único acupunturista que atende no CE irá se aposentar brevemente, e considerando que existem profissionais acupunturistas na rede, e a pesquisa mencionada pelo gestor envolve o levantamento de todas as especializações, o que também demanda tempo, encaminhamos um projeto para realizar o levantamento para identificar os servidores com especialização em acupuntura, no intuito de agilizar o resultado quanto aos acupunturistas existentes na rede.

Outro aspecto a ser discutido no contexto local é o **financiamento do setor**. A discussão sobre recursos financeiros na área da saúde é bastante complexa e ao mesmo tempo

fundamental, e embora inúmeras leis – Lei nº 8.080 (BRASIL, 2011b), Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990b), Portaria nº 399 de 22/02/2006 (BRASIL, 2006e), Lei Complementar nº 141 de 13/01/2012 (BRASIL, 2012b), entre outras, tenham sido criadas para auxiliar a questão do financiamento para que se operem as mudanças que se fazem necessárias na saúde, essa questão continua sendo um enorme desafio. No município M18 e demais municípios da região, os gestores expressam suas necessidades no PMS ao afirmarem que:

Há necessidade de aumentar o aporte financeiro para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, pois os municípios não estão suportando o aumento do volume de serviços e não estão ocorrendo correções nos valores dos repasses recebidos, aumentando cada vez mais o investimento do município em saúde. (PMS 2014-2017).

Ainda que o município também vivencie uma dificuldade financeira no setor saúde, no momento inicial da implantação do ambulatório de acupuntura no CE, o recurso financeiro foi disponibilizado para aquisição de materiais e outros insumos, como afirma o coordenador do programa: “Mesmo assim, a maca, os aparelhos [...] Mas era o tempo do doutor Raya né. Então, tinha sim dinheiro e tudo, no tempo do Palocci [...]”. (CP). E mesmo com as dificuldades atuais, os insumos estratégicos para a acupuntura também são assegurados, conforme refere o acupunturista do CE: “Eu faço acupuntura tradicional. Uso agulha de inox 25x40. A secretaria compra. [...] Eu tenho mocha [...] aparelho eletro acupuntura, [...] eu tenho estrutura para trabalhar”. (ACE)

Embora com esses depoimentos não seja possível discutir de onde vinha o recurso no período de implantação e mesmo atualmente, se federal, estadual ou municipal com recursos próprios, o recurso foi destinado e assegurou condições para a infraestrutura do ambulatório dentro do CE com sala equipada com equipamentos, materiais e profissional que viabilizaram a implantação do programa e ainda assegura hoje em dia os insumos próprios para a acupuntura, em consonância com a quarta diretriz da PNPIC (BRASIL, 2008a).

A questão sobre o repasse do recurso financeiro foi abordada pelo coordenador do programa, como mostra o recorte do trecho abaixo:

Não tem (repasso de recurso para acupuntura). É zero. Não é uma coisa específica, agora do outro lado tem os profissionais que são da rede e que são pagos, e como você viu tudo que precisa a rede adquire, que aí já faz até direto, como qualquer outra unidade de saúde, né. [...] Aqui tem uma crise muito grande financeira, agora, mas é o Brasil inteiro, o mundo inteiro e que vai passar [...] então nesse embalo é que a gente está entrando, já buscando mesmo alternativa a nível de governo federal [...] Financiamento mesmo. Para poder desenvolver, para poder aumentar, entende é isso. [...] (CP)

A discussão dos recursos financeiros para a acupuntura no nível municipal obrigatoriamente perpassam tanto a discussão dos recursos para a acupuntura/PIC/PNPIC no nível federal quanto a discussão dos recursos financeiros para a saúde/SUS. Na discussão dos recursos financeiros do micro contexto para a acupuntura/PIC, vale lembrar que sua implantação no município se deu no ano de 1998, período no qual a PNPIC ainda não havia sido criada.

Nesse período, o contexto nacional era marcado por intensos embates na tentativa de definir fontes para custeio do SUS, inclusive nas diferentes esferas de gestão. Para exemplificar, uma das medidas propostas foi vincular progressivamente a receita de impostos e transferências dos Estados e municípios, iniciando com 8% em 1999 e chegando a 12% em 2003 para os Estados; e iniciando com 11% em 1999 e chegando a 15% em 2003 para os municípios, apresentada durante o II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, em 1998, pelo ministro da Saúde daquele período, José Serra (MARQUES; MENDES, 2012).

No ano de 2006, enquanto a questão do financiamento para o SUS era pautada no Congresso com dificuldades para a aprovação da regulamentação da EC 29 (MARQUES; MENDES, 2010), o Ministério da Saúde aprovava a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS por meio da publicação da Portaria nº 971 (BRASIL, 2006a). O texto da portaria não traz nenhuma abordagem sobre recursos financeiros, também o conteúdo da PNPIC não especifica fontes de recurso, formas de repasse, e de modo pouco claro e impreciso orienta “estabelecimento de mecanismos de financiamento” na diretriz de “Estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS”.

Nesse contexto, apostando nas potencialidades das RM e PIC no SUS, a PNPIC foi implantada/implementada com total ausência de recurso financeiro indutor (SIMONI, 2013). Os reflexos dessas dificuldades são sentidos e vivenciados no nível local, estadual e federal, e essa é mais uma batalha que deve ser enfrentada, considerando os três níveis de atenção. Esses reflexos e essas necessidades ficam claros no depoimento do coordenador do programa e sinalizam que para consolidar as RM/PIC no SUS um árduo e longo caminho necessita ser percorrido.

Para tanto, diversas estratégias precisam ser pensadas e discutidas coletivamente e colocadas em prática. Nesse sentido, outro enfoque abordado nas finanças do setor, presente nas falas dos entrevistados, é a economia advinda da acupuntura:

[...] os outros procedimentos exigem internação, exigem gastos, exigem uma série de despesas. A acupuntura qual que é a despesa? Trinta agulhas por usuários, sessenta estojos de agulhas por quatro meses. Então isso relativamente é barato perto de quantos medicamentos as pessoas deixam de usar no final do tratamento ou durante o tratamento. (...) Ah, sem dúvida ela traz uma economia, você quase não solicita exames complementares, que o diagnóstico é energético e clínico, e você não gasta tanto com medicações porque o custo são as agulhas. Então isso traz uma economia e o resultado eficiente na maioria dos casos. (ACE)

As práticas integrativas, todas elas vão trazer economia de medicamento para o serviço público, tem uma melhor resolução nos quadros de dores, como a acupuntura, auxílio no tratamento de doenças crônicas. Assim, eu só vejo benefício nesse processo. (ASF)

Do ponto de vista econômico, não há fundamentação. Supõe-se que a acupuntura reduz os gastos com medicamentos, os gastos com exames complementares de alta complexidade, porque ele tem, de certa forma, um carácter de prevenção de complicações de doenças instaladas e também no carácter de promoção de bem-estar dos pacientes. Mas isto não está provado. Nós não temos estudos no município que nos permita afirmar que é verdade. É uma suposição. (GM)

Os entrevistados elencam diversos benefícios econômicos trazidos pela economia, no entanto, o gestor pondera, assinalando a necessidade de estudos no nível local que comprovem esses benefícios. A demanda por pesquisas nessa área não é específica do contexto local, trata-se de uma demanda e uma necessidade de ordem nacional, tanto que recentemente o Ministério da Saúde com outros órgãos abriram um edital¹² para financiar projetos que abordem custo-efetividade de ações de PIC no SUS; avaliação de serviços de PIC no SUS; e pesquisas clínico-epidemiológicas com enfoque no uso das práticas integrativas no cuidado a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.

Não podemos deixar de destacar que há também outro lado nesta situação, dizendo com outras palavras: as diretrizes que possam gerar menores custos sem perder rigor e qualidade no provimento da atenção pode não ser de interesse de todos que têm o poder de decisão, o que pode ser um dificultador de adesão e implantação desse tipo de prática de atenção em saúde.

Acreditamos que mais essa estratégia de garantir proventos para projetos de pesquisa específicos para a área de financiamento das práticas integrativas e complementares, ainda em fase de construção, possa trazer contribuições significativas tanto na área da saúde quanto na área econômica e financeira do SUS. E assim contribuir para fortalecer e ampliar as RM e PIC, diminuir as iniquidades existentes, aumentar o coeficiente de integralidade e subsidiar a consolidação do SUS que almejamos.

Por fim, devemos considerar que, no referido estudo, uma forte característica do

¹² Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, 2013).

cenário local diz respeito aos **aspectos sociopolíticos**, compreendendo por estes, as diversas relações políticas travadas entre a gestão e demais segmentos sociais. Uma primeira característica é que a administração municipal, no período de 1989 a 1992, estava sob a responsabilidade do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Entre 1993 a 1996, a gestão estava sob o comando do Partido dos Trabalhadores (PT), retornando à gestão, entre 1997 a 2000, o PSDB. No período de 2001 a 2002, a administração do município estava sob responsabilidade do PT, na qual houve renúncia do prefeito, assumindo em novembro de 2002 a dezembro de 2004 o Partido Democrático Trabalhista (PDT). No período de 2005 a 2008, o município foi administrado pelo PSDB e de 2009 até os dias atuais vem sendo administrado pelo Partido Social Democrático (PSD).

A gestão estadual de 1991 a 1994 esteve sob o comando do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Nos períodos de 1995 a 1998, 2001 a 2003 e de 2003 a 2006, a administração estadual esteve sob o comando do PSDB. O Partido da Frente Liberal (PFL) assumiu a administração de 2006 a 2007, seguida de 2007 até os dias atuais pelo PSDB.

No âmbito nacional, no período de 1990 a 1992, a administração federal esteve sob o comando do Partido da Reconstrução Nacional (PRN), atual Partido Trabalhista Cristão – PTC, com pouca ou nenhuma expressão, mas com apoio das forças conservadoras de direita, e em função do *impeachment* e conseqüente renúncia do então presidente da república, passa pela gestão do Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB, quando assume o vice-presidente até 1994. O PSDB assume a gestão federal de 1995 a 2002. E no ano de 2003 até os dias atuais, o comando está sob o PT.

Diante de todas as considerações apresentadas, não podemos deixar de reconhecer os esforços que levaram a conquistas do sistema de saúde local, incluindo as práticas integrativas e complementares, como também no âmbito nacional, a exemplo da publicação da PNPIC, em 2006, mas não podemos deixar de enfatizar que muito trabalho, criatividade, muita negociação, mobilização de diversas naturezas e muita energia será preciso despender para enfrentar o desmonte de políticas públicas, principalmente após as conquistas da Reforma Sanitária Brasileira e o fortalecimento das políticas neoliberais, evidenciado a partir de 1990.

Colocar as diretrizes da PNPIC na agenda governamental tem possibilidade de ocorrer, se os formuladores de política tiverem preferências ou predileções pelo assunto e, também, pode ser pelas pressões sociais (VIANA, 1996). No período analisado, fica evidente que o espaço na agenda governamental foi restrito e mesmo inexistente no transcorrer dos

tempos para esta política, portanto cabe enfatizar a necessidade de arquitetar estratégias para que as diretrizes da PNPIC venham compor a agenda decisória dos governos das três esferas.

Categoria atores

Araújo e Maciel (2001) consideram nessa categoria de análise todas as pessoas, instituições e organizações sociais que se relacionam, direta ou indiretamente com a política, em todas as fases de seu processo.

Para tratar da participação dos sujeitos no debate político, Mattos e Baptista (2011) assinalam que o termo mais comumente usado nos estudos de política é “ator”. No entanto, esses mesmos autores preferem a expressão “sujeito” no intuito de ressaltar as histórias e implicações de cada indivíduo no processo político; suas contribuições para o debate, seus interesses coletivos ou individuais, conflitos e posições nem sempre claras no processo de negociação de uma ação política. Por compartilharmos desse entendimento, assumimos no presente estudo o termo “sujeito” no decorrer da análise.

No DRS XIII, o município M18 é pioneiro na inserção da acupuntura e demais PIC no serviço público de saúde e contou com a participação de diferentes atores sociais e institucionais, no processo de implantação e implementação da acupuntura na AB. No decorrer da categoria **atores**, apresentaremos primeiramente uma breve **identificação** dos diferentes atores e na sequência o **grau de mobilização** e **jogos de interesse e poder** apreendidos nos discursos dos sujeitos da pesquisa.

Movimento social

O período que antecede a implantação das PIC/acupuntura nos serviços públicos de saúde foi marcado pela participação popular. As pessoas que participaram se conheceram, sobretudo, em decorrência da luta pela democracia no período da ditadura. Dos diferentes sujeitos que fizeram parte desse movimento, três participaram deste estudo:

MSCS1: sexo masculino, 73 anos, 1º grau completo, comerciante.

MSCS2: sexo feminino, 70 anos, formada em pedagogia, comerciante.

MSCS1 e MSCS2 são marido e mulher, respectivamente e juntos integraram o movimento social na luta pela democracia, conscientizando a comunidade sobre diversas questões, inclusive as voltadas para a saúde e as formas alternativas para sua promoção e prevenção em reuniões de bairro e no Conselho Municipal de Saúde. Apoiaram o processo inicial da implantação do Programa de Homeopatia e Fitoterapia e da acupuntura. Foram

conselheiros municipais de saúde, representantes dos usuários no período de 1997 a 2000 e 2001 a 2004. Atualmente não exercem nenhuma atividade relacionada ao conselho de saúde ou à acupuntura e demais PIC ou ao Programa.

CP: sexo feminino, 68 anos, enfermeira especialista em fitoterapia, coordenadora do Programa de Fitoterapia e Homeopatia do município desde a implantação até o presente momento. Coursou dois anos de filosofia, desistiu do curso e no ano de 1965 entrou na faculdade de enfermagem, nesse mesmo ano, com vinte e um anos de idade, foi recrutada para o Partido Comunista Brasileiro. Entre 1967 e 1969 com outros militantes, movimentou as Forças Armadas de Libertação Nacional (FALN). Na noite de 18 de outubro de 1969 foi presa. Foi torturada e condenada a seis anos de prisão. Em janeiro de 1973, saiu da cadeia sob liberdade condicional, voltou a estudar, formou-se enfermeira e foi trabalhar no Acre, pois na região não conseguia trabalho por ser ex-presa política. No Acre, começa seu aprendizado sobre plantas medicinais. Após várias andanças, ao retornar para o município M18 em 1985, ingressa como enfermeira na rede pública de saúde onde tem oportunidade de retomar o trabalho com plantas medicinais, o qual desenvolve até os dias de hoje (CARVALHO, 1998).

Os recortes dos depoimentos, a seguir, retratam algumas passagens da história vivenciada pelos sujeitos no movimento social:

Na época foi que, nós estávamos saindo da ditadura né, no começo da democracia, acreditava muito nessa milita democracia e tinha os partidos que tinham esse lado mais social, então a gente se agregava mais para estar se opondo ao sistema todo, que sempre foi principalmente aqui na região eles eram dominados pelos usineiros. Então, nós queríamos uma participação maior da população para inclusive haver justiça nos pagamentos, nos direitos trabalhistas, aquela coisa... brigamos muito por isso. Na época nós trabalhamos... tinha o PSDB e o PT fundado quase numa época só né, e o PCB já era um partido mais antigo, e então a gente estava junto para estar fortalecendo o movimento, foi quando nós nos conhecemos e a C.P. também nessa época se juntou a nós para estar brigando pela população mais carente. Enfim, resumindo a gente que trabalhou desde o início e aquela clama que a gente tinha na época com esse pessoal junto que a gente usava muito o termo de idealismo, que a gente fazia era puro ideal, não era por interesse particular ou de grupos ou econômicos, ou capitalista, comercial ou político era por ideal sabe, idealismo e a gente se envolveu com aquilo com aquela clama e lutou muito. (MSCS1)

E nessas lutas, idas, vindas, bate federação e tudo mais é que a gente tinha uma relação com a CP, inclusive no partido, então foi isso. (...) (O objetivo do grupo) Era trazer consciência à coletividade da importância do cidadão saber quem ele era, o quanto ele podia através das organizações da sociedade. (MSCS2)

Grupo multiprofissional

No processo de inserção das PIC no município, podem ser identificados dois grupos multiprofissionais de acordo com a participação nos diferentes momentos: a

implantação, período inicial no qual os diferentes sujeitos se mobilizam para ofertar as PIC, dentre elas a acupuntura e criar o programa na rede de atenção à saúde, e a implementação, período que vai da implantação até os dias de hoje.

Ressaltamos que a CP é um sujeito do movimento social que também compõe o grupo multiprofissional, vivenciou o processo de implantação e vivencia o processo de implementação até o presente momento.

O primeiro grupo multiprofissional foi constituído no período que antecede a implantação das PIC/acupuntura nos serviços públicos de saúde por profissionais da saúde que tinham afinidades para as PIC e era composto por médicos, farmacêuticos e enfermeiros. Deste grupo, além do CP, um sujeito fez parte desta pesquisa:

FGMP: sexo masculino, 49 anos, farmacêutico, especialista em homeopatia, saúde pública e acupuntura. Participou e apoiou a fase inicial do processo da implantação. Na sua casa aconteceram algumas reuniões do grupo multiprofissional para debater sobre as práticas alternativas de saúde. Atualmente é gerente de uma UBS e não exerce nenhuma atividade relacionada às PIC. Salienta-se que FGMP, CP, MSCS1 e MSCS2 são os únicos sujeitos participantes deste estudo que vivenciaram o período da implantação do programa na rede pública de saúde desde seu início.

Eu penso que foi ter grupo comunitário que nós formamos (...) Olha foi assim, que, a gente começou a se reunir na casa do FGMP, porque ele era um farmacêutico que trabalhava com homeopatia né, com planta medicinal, mas principalmente com homeopatia, e que tinha essa disposição para as práticas, também integrativas e complementares que a gente consolidou depois, e a gente começou a reunir (...) no começo foi todo mundo, inclusive de boca em boca, de orelha em orelha, chamando, assim. (...) (CP)

O segundo grupo é composto por profissionais que vivenciam o período após a implantação do programa e realizam, direta ou indiretamente, alguma atividade relacionada à acupuntura/PIC. Deste grupo fizeram parte desta pesquisa:

GCE: sexo masculino, 51 anos, cirurgião-dentista, especialista em Saúde Pública. Desde 2007 é gerente do Centro de Especialidades onde funciona o ambulatório de acupuntura, apoia a acupuntura e demais PIC.

ACE: sexo masculino, 54 anos, médico, especialista em acupuntura e em ginecologia e obstetrícia. Na rede de saúde pública, é contratado como ginecologista e obstetra, mas atua como acupunturista e realiza atendimento de acupuntura no CE.

ASF: sexo masculino, 49 anos, médico, especialista em acupuntura, homeopatia, saúde da família e ginecologia e obstetrícia. Na rede de saúde pública, é contratado como

clínico-geral e atua como médico de família na saúde da família rural, onde realiza várias atividades dentre elas o atendimento de acupuntura.

ACEREST: sexo masculino, 52 anos, médico, especialista em acupuntura e medicina do trabalho. Na rede de saúde pública, é contratado como clínico-geral e atua como médico do trabalho no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) onde também realiza atendimento de acupuntura.

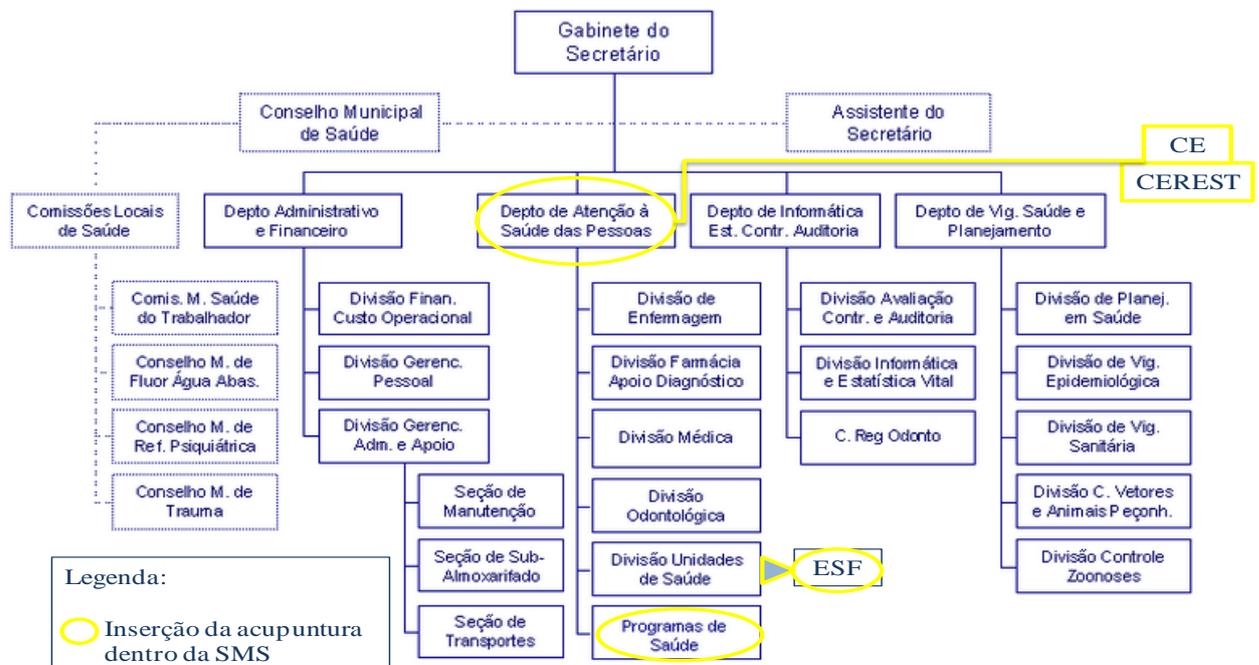
GM: sexo masculino, 58 anos, médico e sociólogo. Atua como secretário municipal da saúde desde 2010. Nos discursos a posição deste sujeito é considerada favorável quanto à acupuntura/PIC.

O GM sempre deu o maior apoio. ASF

Então, o GM atende bastante as nossas reivindicações né (...) Então, assim, tem uma boa interlocução (...) Ele é um dos secretários que mais nos ajudou do tempo que estou aqui. As nossas reivindicações. GCE

Secretaria Municipal da Saúde (SMS)

A organização administrativa da SMS é representada pelo Organograma – 2, no qual também estão representados os pontos de inserção da acupuntura dentro da SMS na atualidade.



Fonte: adaptado de Ribeirão Preto (2014c)

Organograma 2 - Secretaria Municipal de Saúde do município M18. Ribeirão Preto, 2014

A SMS é apontada como um ator que apoia o programa. Os discursos dos sujeitos revelam boa relação entre os departamentos e programas da SMS com o Programa de Homeopatia e Fitoterapia:

Todo mundo tem abertura. Eu nunca vi nenhuma dificuldade. ASF

Ah, a gente tem um bom relacionamento com as pessoas (...). Então, o relacionamento com a secretaria é ótimo. GCE

Ah, está tudo bem. Tudo que precisa a gente tem apoio. Não tem rixa, não tem confusão, não tem nada, graças a Deus. A gente também não deixa ter, né. [...] E a gente não quer ficar brigando, arrumando confusão, não. Vamos tocando com o que tem, ampliando na medida do possível, certo? Mas, principalmente, mantendo o programa aberto... Mantendo aberto. CP

Embora os sujeitos assinalem aspectos positivos em relação ao gestor municipal e à SMS, na prática o que identificamos é uma relação de neutralidade, pois poucas ações concretas são desenvolvidas entre o Programa de Homeopatia e Fitoterapia e os demais programas e mesmo junto aos departamentos da SMS. Diante dessas considerações quais são os limites entre apoiar e não se opor ou permanecer neutro? Nesse sentido o que significa não ter rixa? Não tem rixa ou o programa se encontra em uma fase de implantação/implementação que ainda não provoca implicações com as forças antagônicas? Ou, o que está sendo solicitado, para “tocar com o que tem, principalmente manter o programa aberto” é de uma dimensão que não gera dificuldades em relação ao financiamento e, portanto, não emergem os conflitos?

Conselho Municipal de Saúde (CMS)

Segundo a legislação da saúde, especialmente as Leis Federais 8080/90 - 8142/90 e a Lei Municipal 12.929/12 (RIBEIRÃO PRETO, 2012), o município M18 conta com um Conselho Municipal de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2014b) formado por 32 membros e respectivos suplentes, sendo 16 representantes do governo, dos prestadores de serviços de saúde e profissionais e trabalhadores de saúde e os outros 16 são representantes dos usuários. Entre as competências do Conselho está:

- Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde do município, abrangendo até os aspectos financeiros e econômicos;
- Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal e Saúde;

- Aprovar o Plano Municipal de Saúde;
- Opinar sobre tudo o que diga respeito à organização e ao funcionamento do SUS e à promoção, preservação e recuperação da saúde;
- Propor medidas para aperfeiçoamento da organização e funcionamento do SUS;
- Estabelecer normas para as ações e serviços públicos de saúde;
- Acompanhar, fiscalizar e controlar os procedimentos e o desenvolvimento das ações de saúde;
- Opinar sobre a celebração de consórcios, convênios e contratos com entidades públicas ou privadas;
- Fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria Municipal da Saúde e ao Fundo Municipal de Saúde.

As questões relacionadas às práticas alternativas e complementares foram amplamente discutidas no CMS e obtiveram sua aprovação. O ator institucional CMS é apontado nos depoimentos dos sujeitos do movimento social como apoiador: “O Conselho Municipal de Saúde que foi o principal que deu força para a gente”. (CP)

Câmara dos Vereadores

Criada há 135 anos constitui-se, como previsto constitucionalmente, no órgão legislativo do município. Na sua atual estrutura, além dos vereadores, as Câmaras Municipais contam com uma Mesa Diretora, uma Secretaria Administrativa e Comissões Permanentes e Técnicas, sendo estas: Justiça, Finanças, Obras, Educação, Saúde e Agricultura. O Programa de Fitoterapia e Homeopatia foi aprovado pela Câmara Municipal, razão pela qual este ator institucional é considerado como apoiador pelo coordenador do programa.

Após a identificação dos sujeitos, é possível apreender os diferentes **graus de mobilização** dos diversos sujeitos que se envolveram direta ou indiretamente no processo de implantação e implementação das PIC no município M18. A mobilização dos sujeitos identificados como **apoiadores** revela a história da implantação e implementação da acupuntura/PIC no município, como fruto da organização e a participação conjunta dos sujeitos do movimento social e do grupo multiprofissional, com o desenvolvimento de várias atividades em diferentes espaços, seja junto às comunidades, seja no CMS.

Sobre essa questão da acupuntura a gente entendia assim que quando a gente estava lutando para implantação do SUS, o sistema que estava discutindo e buscando um atendimento decente, digno para a população, população pobre é nós entendermos que essa alternativa era uma prevenção à doença (...)então por isso a acupuntura surgiu nesse foi uma das propostas que surgiu nessa discussão, né. (MSCS1)

[...] porque a gente acha que não deve continuar tratando a doença, mas sim a promoção da saúde, e aí foi essa luta que a gente viveu. (...) E o pessoal achava muito interessante porque não é o costume. O que se criou de entendimento de saúde realmente era o atendimento para curar as doenças. E a gente falava de outras coisas, de uma vida saudável. (...) Fazia parte a fitoterapia, homeopatia e a acupuntura. (...) E aí fomos para os bairros fazer a população saber que existia esse tipo de tratamento menos violento, menos invasivo e que trazia mais consciência da própria saúde da pessoa né. (...)

Foi a luta da CP que a gente encampou e discutia junto, discutia no conselho. Ela tentava e a gente apoiava, e aí foi acontecendo (...) Então, esses meios que a gente conversou muito com a CP no conselho, brigamos muito para instalar o programa, e aconteceu (...) E mesmo as organizações técnicas também, a gente envolveu demais. O pessoal do centro médico, o pessoal da enfermagem, a gente sempre teve esse contato para estar ampliando mesmo a compreensão da gente, para poder estar passando para nossa população. E para a população que cresce com a gente, você vê que tinha capaz ali de estar dando, prestar uma informação correta para eles né. (MSICS2)

Em determinadas ocasiões, a participação em movimentos organizados pode ser a maneira mais adequada e eficiente de mobilização popular em favor de um objetivo político. Sem um padrão de organização e de métodos de ação, os movimentos políticos podem variar de acordo com os objetivos e circunstâncias. A possibilidade de participação política tem nos movimentos organizados um fator condicionante fundamental (DALLARI, 1999).

Nesse sentido, Campos (2000) correlaciona os movimentos sociais à democracia, na qual esta é produto da práxis dos sujeitos organizados, do confronto com os poderes instituídos e da correlação de forças. A democracia depende da capacidade social de se constituírem espaços compartilhados de poder, da possibilidade de produção de novos contratos e de construção de nova hegemonia, com possibilidade de repensar e transformar não só o Estado e as relações político-econômicas, mas também as sociais, familiares, as igrejas, entre os gêneros, a educação, os sistemas de saúde, os partidos, movimentos, participar e alterar, enfim, o modo de gestão das instituições. Neste movimento há possibilidade para ampliar o espaço tradicional da política e para reconstruir os modos de se fazer política.

Nessa direção, identificamos que os entrevistados engajaram-se no movimento para a transformação política, onde o direito à saúde era mais uma causa pela qual lutaram, e a conquista pela saúde que idealizavam já contava com a acupuntura e demais práticas integrativas e complementares.

Nessas falas merece destaque o olhar para a acupuntura e demais RM no SUS voltado para a saúde, para a prevenção, para a promoção, associado a um atendimento decente e digno para a população, fora da perspectiva doença/cura. Para Luz (2005), as medicinas alternativas, sobretudo as de sistema complexo, que conformam uma racionalidade médica, como a homeopatia e a medicina tradicional chinesa, trabalham com um paradigma centrado na saúde, e não na doença, como a biomedicina. Nesse paradigma o foco principal não está no combate de doenças, mas sim no incentivo de cidadãos saudáveis, com maior conhecimento do indivíduo sobre si mesmo, seu corpo e seu psiquismo, e uma consequente busca de maior autonomia diante de seu processo de adoecimento, propiciando a construção ou a reconstrução da própria saúde.

Nesse cenário, após ressaltar as histórias dos diversos sujeitos, com o intuito de conhecer melhor o processo de implantação e implementação das PIC nesse município, é importante ressaltar as implicações dos diferentes indivíduos no processo político que foram fundamentais no processo de implantação das PIC no micro contexto, como mostram os recortes apresentados a seguir:

Na verdade foi uma luta bastante grande né, a implantação aqui no município. Há muito tempo um grupo multiprofissional, vem lutando para as práticas não ortodóxicas, para a implantação de práticas, seja acupuntura, homeopatia, fitoterapia. Nós encontramos, na época do prefeito Gasparini, com o então secretário da saúde, doutor G., uma pequena brecha para implantação dessas terapias e ele permitiu então a implantação de terapias alternativas. Que nem existia no SUS (...) Nós pegamos um gancho que o doutor G. gostava desse tipo de terapia, de acupuntura, fitoterapia e por motivos pessoais ele até tratava o filho dele com terapia não alopática. E eu acho que ele ficou bastante sensível ao tema e permitiu então a introdução dessas terapias na rede. Motivo pessoal.” (FGMP)

“Nossa, o doutor L.G. ficou doido quando ele viu, ele sentiu. Foi no Paraná bem, viu na rede pública a fitoterapia, chegou aqui e falou assim: ‘Gente cadê aquela enfermeira que fala das plantinhas (risos)? (...) que eu aprendi nas matas no Vale do Ribeira com os agentes comunitários (...) era o trabalho que eu fazia no Acre (...) E aqui, (...) eu estava no pronto-socorro (...) como enfermeira mesmo (...) na Vigilância Sanitária. Era lá o pronto-socorro. E eu estava lotada lá. (...) Então, eu estava fazendo o trabalho de controle de doença. (...) E aí eles (médicos G. e M.) foram me chamar. Aí ele (médico G.) falou: ‘Olha mas o Paraná é uma coisa louca. Vamos fazer igual aqui?’ (...) E fizemos com o nosso grupo comunitário. Aí abriu aqui, a Secretaria mais ainda, a gente reunia aqui dentro e até ele (G.) participava com a gente.” (CP)

As situações do Dr. LG, secretário municipal naquele período, que “tratava o filho dele com terapia não alopática” e da CP que aprendeu “nas matas no Vale do Ribeira” e “no Acre”, lugares onde morou por ser presa política, mostram além de histórias pessoais, sujeitos implicados com as PIC “vamos fazer igual aqui” - o que foi fundamental para criar o

programa na rede pública de saúde.

Também merece destaque o contexto nacional das políticas de saúde de descentralização do SUS somado às PIC acontecendo no Acre, no Paraná, conforme menciona o CP, e em vários outros lugares do Brasil, cujas experiências foram se espalhando e exemplificam o processo de legitimação e institucionalização das práticas alternativas de atenção à saúde, de experiências que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e Estados e ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, com a descentralização e a participação popular (BRASIL, 2008a).

Para Luz (2005), o processo de redemocratização política brasileira, em curso na década de 1980, contribuiu para sensibilizar o Estado perante os movimentos sociais e às demandas da sociedade civil. Notadamente esses movimentos foram intensos na área da saúde, dadas a abrangência dos setores sociais envolvidos, a qualidade e a radicalidade das reivindicações levadas ao setor público, com crescente demanda favorecendo as medicinas alternativas, entre as quais se destacam homeopatia, a acupuntura e a fitoterapia.

No contexto do município M18, o movimento social, o grupo multiprofissional e o envolvimento de sujeitos implicados com as PIC mostram o processo de conscientização e de participação dos diferentes sujeitos. Esse processo de ampla participação, inclusive no Conselho de Saúde e na Câmara Municipal, se constituiu como fundamental para a implantação da acupuntura e demais PIC no micro contexto como indicam os trechos que seguem abaixo:

Teve quem não entendeu (no conselho), quem demorou para entender, e aí teve que trabalhar muito isso. (...) Foi a persistência (fundamental para conquistar a implantação desse programa). O entendimento de poucas pessoas e a persistência mostrando que era uma boa alternativa para a população. (MSCS2)

*Para você ver como era atrasada a rede. A fitoterapia o pessoal até gostou porque já era assim. A homeopatia mais ou menos, mais ou menos né, mas também o pessoal já conhecia. Agora a acupuntura na rede pública, que coisa esquisita né? (...) 20 anos atrás. Mas deu tudo certo. (...) **Olha eu penso que foi ter grupo comunitário que nós formamos** né, ainda antes de ir, antes de estar acontecendo o fundamentalmente né. (...) Já levamos (a demanda para o Conselho Municipal de Saúde) quando foi criando o programa (...) naquele momento, mas é um momento muito comprido, porque começou com a fitoterapia, com a homeopatia. A acupuntura foi a última. (...) eu acho que tem que registrar como começou, com todo apoio (...) foi através do conselho que a gente foi conseguindo ganhar os espaços (...) É que nós tivemos apoio, como eu já falei, doutor M., doutor L. G. (...) Até o Presidente da Câmara, como sempre, entrou na briga para dar apoio para nós. (CP)*

Pela 1ª vez, o Palocci, prefeito, e a CP tinha muita penetração no PT como tem ainda hoje. E isso permitiu no último ano do prefeito Gasparini, o início, a implantação e a

continuidade nos próximos quatro anos com o governo Palocci. (FGMP)

Esses depoimentos apontam a articulação e mobilização dos diferentes sujeitos e a composição de forças políticas que também subsidiaram a implantação do programa. Para Dallari (1999), um modo relevante de participação política é promover a conscientização e a organização de pessoas e grupos, pois através desses trabalhos muitas pessoas podem adquirir condições para integrar os processos de decisão política. Os conselhos de saúde são espaços que viabilizam a participação dos cidadãos nas decisões das políticas de saúde no Brasil, representam uma importante conquista e possibilitam o resgate da cidadania para os brasileiros (JORNAL DO CNS, 2005).

Nessa direção, apresentamos dois extratos de falas dos sujeitos que fizeram parte do movimento social e também foram conselheiros no período da implantação, onde eles consideram a organização popular como fundamental no processo democrático e assinalam a necessidade da população ser mais ativa para defesa de seus direitos:

*Porque essas são as instâncias criadas para poder participar do Poder Executivo, conselho municipal, comissões que discutem a situação do Executivo (...) a organização de povo, a consciência de povo, qual que é o seu lugar nessa bendita democracia. Então, esse é o nosso trabalho. Então, a gente não se vincula, apesar da gente ter um partido, a gente não vincula os trabalhos que a gente faz a isso, entendeu? A gente não vincula. Então, a gente faz a questão aqui e o que a gente espera é que um governo tenha o espaço adequado para que essas coisas evoluam. **Porque, afinal, você não faz democracia se não for com organização popular. Aí é mentira.** (grifo nosso). Ainda estamos vivendo mentira. (MSICS2)*

*Nosso povo precisava pensar mais alto, às vezes mais forte. Têm que tomar mais atitude, (...). **Só atitudes sérias, respeitando tudo, pacífica, mas fazendo valer o seu direito de cidadão né.** (grifo nosso). (MSICS1)*

Ao reconhecerem essas dimensões para o exercício da democracia, também reconhecem que essa situação idealizada no campo teórico e nos discursos dos defensores do exercício da cidadania ainda se encontra muito distante do desejado. Essa distância também pode se revelar na implantação da PIC, particularmente da acupuntura no município estudado. Será que a ausência da participação ou fragilidade da participação popular nos movimentos de implantação e implementação das PIC também não contribuem para as dificuldades de tirá-las da periferia?

Além das questões apresentadas acima, outra que emerge dos discursos dos entrevistados é o alto grau de mobilização da coordenadora do programa, apontada como sujeito mais expressivo dentre os apoiadores para a oferta das PIC na rede de atenção à saúde

do município:

Para implantar a acupuntura no município, fundamental foi o trabalho da CP. A força que ela tem, a vontade que ela tem é muito grande e eu acho que sem ela nós não teríamos nada para apresentar, nem em termo de acupuntura, nem em termo de homeopatia... Nada. Com certeza, o que foi fundamental foi o papel dela. MSIF

A nossa representante maior é a CP mesmo. MSICS2

A CP e a Z. também. MSICS1

[...] Como a CP é coordenadora do programa, então, eu deixei essa parte mais para ela. Ela discutir quem vai chamar, quem vai pôr (...). Em relação às políticas, assim, a CP que está mais integrada nisso aí. GCE

Essa política é da CP. Como eu te disse, eu respeito hierarquia [...]. ACE

A CP veio, a gente conversou, fez uma reunião. Aí ela também deu uma força lá, né. A gente explicou como ia funcionar (...) era dentro do CEREST, dentro da Saúde do Trabalhador, um recurso a mais terapêutico. (ACEREST)

O apoio e a força de muitos somados a todos esses esforços coletivos resultaram na implantação do Programa de Fitoterapia e Homeopatia na rede municipal de saúde e posteriormente do ambulatório de acupuntura no centro de especialidades municipal, já discutida na categoria contexto.

Toda a mobilização exercida pelos sujeitos em favor da acupuntura e demais práticas integrativas e complementares na rede pública de saúde aconteceu não sem dificuldades e tensões. Também foi possível apreender nas falas dos entrevistados, sujeitos considerados **opositores**, os quais assinalam alguns entraves que existiram e outros ainda existentes na atualidade, conforme mostram os extratos apresentados a seguir:

A medicina (...) queria proibir, não queria nada. [...] também, por conta do Conselho Federal de Medicina que sempre perseguiu e até fechou programas em alguns lugares que não era exercido por médicos. CP

É uma especialidade nova. Existe muito preconceito na classe médica mesmo de alguns colegas que não aceitam (...). ACE

Como são atividades que não fazem parte da grade curricular da formação da maioria dos profissionais de saúde, elas são vistas de maneira preconceituosa, até com resistência na aceitação, né. GM

A partir dos recortes dos depoimentos desses diferentes sujeitos, foram capturadas algumas questões abrangentes como proibição, perseguição, formação *lato sensu* “recente”, preconceito, não fazer parte da grade curricular da formação da maioria dos profissionais de saúde e resistência de aceitação. Dentre essas, optamos por discutir as que revelam as

diferentes formas de oposição quanto à acupuntura e, conseqüentemente, seus opositores, médicos e conselhos de medicina, tanto no passado quanto no presente.

A proibição, associada ao preconceito e à resistência e não aceitação da própria acupuntura enquanto terapêutica de cuidado e cura no meio médico (não por unanimidade) e com forte atuação dos conselhos de medicina, não é uma especificidade do contexto local do município M18, trata-se de uma questão de abrangência nacional e histórica, presente desde o período em que a acupuntura foi introduzida no Brasil.

De acordo com Nascimento (1998, 2006), mesmo que a acupuntura despertasse algum interesse, era duramente criticada e sofria grave resistência dos conselhos de medicina, os quais a classificavam como credice ou charlatanismo. O contexto autoritário que marcou os anos de 1970 colaborou para que a resistência de lideranças de corporações médicas à acupuntura se traduzisse em ameaças e por vezes prisão e processos criminais para alguns acupunturistas, particularmente os que não possuíam formação em medicina ocidental. Todo esse preconceito, resistência e não aceitação é fruto de um conjunto complexo de fatores social, histórico, político, cultural e econômico, e que ainda tem a biomedicina hegemônica, como única portadora de racionalidade científica (LUZ, 2012; LUZ; BARROS, 2012).

Ainda na década de 1970, a partir de 1976, sob a liderança de Frederico Spaeth, um luxemburguês acupunturista que se dedicou por cerca de quarenta anos a disseminar e regulamentar a acupuntura no Brasil, se iniciou o “movimento pelo reconhecimento da acupuntura”, que atribuía a ação de charlatanismo aos leigos e místicos e os declarava inimigos da Associação Brasileira de Acupuntura – ABA. Com isso, no início dos anos de 1980 foram criados cursos de formação profissional em acupuntura, houve sua inserção em vários serviços públicos de saúde e também realização de congressos nacionais (NASCIMENTO, 2006).

Nesse contexto, a acupuntura passava por crescente aceitação nos grandes centros urbanos, necessidade de legitimação e incorporação da categoria médica ao invés de oposição. Assim os acupunturistas reivindicavam a regulamentação e a fiscalização da profissão junto ao Estado, bem como a adoção da acupuntura na rede de hospitais do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps). No entanto, nessa fase duas propostas dividiam a categoria: uma pleiteava a exclusividade médica e a conseqüente proibição de profissionais não médicos para o exercício da acupuntura; e outra defendia o seu exercício também por não médicos, desde que devidamente habilitados (NASCIMENTO, 2006). Os conflitos e interesses que se faziam presentes claramente nessa fase se acentuam cada vez mais ao longo das décadas seguintes e se estendem até o presente momento, demarcando

fortemente os jogos de interesse e poder no âmbito da acupuntura.

Para Araújo e Maciel (2001), os jogos de interesse e poder são de suma importância para os estudos de análise de políticas públicas. Nesta pesquisa também estão presentes os **jogos de interesse e poder** em relação à acupuntura e demais PIC na rede pública de saúde, dentre os quais foi possível identificar **o corporativo e o econômico**. O **interesse e poder corporativo** quanto à prática e exercício da acupuntura podem ser observados nos recortes das falas apresentadas a seguir:

[...] desde aquela época, já estava conversado e que só teria médico, e nós assistimos assim de longe, o Conselho Federal (de medicina) desativar trabalho. Até que legislou... Legislou (para multiprofissionais) mas a briga não parou porque o Conselho Federal de Medicina ele não aceita (...) CP

Talvez haja certa resistência do próprio médico, porque você sabe, em off, que os médicos acham que acupuntura é uma especialidade médica. Isso existe. Então, poderia haver uma resistência do profissional médico. GCE

Notam-se nos depoimentos a resistência por parte de médicos e os conflitos advindos do Conselho Federal de Medicina (CFM) assinalando o posicionamento pelo monopólio do exercício da acupuntura. Essa realidade vivenciada no município estudado corrobora a realidade nacional, amplamente debatida, não sem tensões e receios geralmente de médicos e suas corporações (TESSER; LUZ, 2008), onde a mudança na postura das corporações médicas passou da incredulidade, para a aceitação progressiva da acupuntura, alcançando, atualmente, a aspiração ao privilégio exclusivo de sua prática (NASCIMENTO, 2006).

Essa postura do CFM e de alguns médicos é um exemplo de corporativismo que tem como ponto alto o Ato Médico, inclusive no tocante à acupuntura. Essas questões têm sido marcadas por alguns fatos relativamente recentes que assinalam, em diferentes momentos e espaços, esse conflitante processo sócio-histórico.

O corporativismo pode ser compreendido como um início de organização do mercado do trabalho assentado nos agrupamentos profissionais ou de ofício, como por exemplo: marinheiros, funcionários, médicos. Consequentemente, o termo designa toda a intervenção que tende a promover os interesses de uma profissão ou a reforçar as regras que a regem, como por exemplo, desenrolar das carreiras, ajustamento da retribuição às tarefas, sujeições e responsabilidades (DICIONÁRIO DE SOCIOLOGIA, 2014).

O corporativismo médico em torno do monopólio da acupuntura pela categoria médica pode ser observado desde a década de 1980, quando os acupunturistas reivindicavam

ao Estado a regulamentação e fiscalização da profissão e a adoção da acupuntura pelo Inamps, no entanto um grupo defendia o exercício de acupuntura exclusivamente pelos médicos e conseqüente proibição de profissionais não médicos, e o outro grupo lutava pelo exercício da acupuntura também por não médicos, desde que devidamente habilitados. Mesmo com propostas diferentes, os dois grupos, em comum, se contrapunham aos chamados charlatões, que sem a devida formação comprometiam a seriedade do trabalho dos acupunturistas. Ainda na década de 1980, outro conflito da mesma natureza aconteceu quando um grupo de médicos discordantes da proposta da ABA de regulamentação da profissão não restrita a médicos rompeu com a associação e fundou em 1984 a Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura – SMBA (NASCIMENTO, 2006).

Dessa tensão é que emerge a SMBA, cujas repercussões têm longo alcance. Conforme mostram os recortes das falas acima, os atores do município M18 se filiaram às suas propostas e iniciaram a oferta da acupuntura no município exclusivamente com médicos. E assistiram a essa posição corporativista de longe, e no nosso entendimento, esses atores, mesmo sendo de categorias profissionais diferentes, não reuniram forças suficientes para se organizarem e problematizarem essa situação, o que poderia ter gerado outras saídas para a inserção da acupuntura no município, pelo contrário, buscaram outras maneiras de assegurar a exclusividade:

Mas aí, o ACE, também, junto com a CP queriam que fosse, tivesse conhecido na Sociedade Brasileira (médica) de Acupuntura. Eles fizeram uns negócios aí que diminuem o leque de profissionais que se enquadram... Entendeu?! Como a CP é coordenadora do programa, então eu deixei essa parte mais para ela, ela discutir quem vai chamar, quem vai pôr. GCE

(O título pela Sociedade Brasileira Médica de Acupuntura) é uma das condições que foram negociadas com a CP lá atrás, quando começou o serviço, é que era obrigatoriedade o título de especialista. (...) Na rede, eu acho que têm alguns colegas com curso, mas não com título, que eu conheço. ACE

Título eu não prestei... eu tenho a Pós-Graduação. (...) A prova de título... você faz a prova e eles te dão o título de acupunturista, se você não faz a prova você é um acupunturista... sei lá. Só que dentro... é... do Conselho Federal, você não pode se propagar, né, colocar uma propaganda, é... (...) “– Faz diferença? Faz diferença pra você vender né... aí é comércio né!” “Olha: todos os nossos médicos são titulados, tem Títulos de Especialistas”. Aí você sabe que nem todos profissionais são iguais né... independente de título. Se você prestou a prova de título não quer dizer que você melhor que um ou que outro...eu penso assim! (ACEREST)

A formação em acupuntura conta com uma oferta de cursos de acupuntura regulares no mercado que apresentam diferentes conteúdos curriculares e públicos-alvos. A

definição do público-alvo para realização dos cursos é motivo de disputa entre as instituições de ensino. Parte delas se associam a faculdades da área da saúde, outras se afiliam a instituições de ensino nacionais e internacionais (NASCIMENTO, 2006).

No Brasil, a formação em acupuntura predominante é a pós-graduação que se dá em nível de especialização *lato sensu*. O reconhecimento da especialização *lato sensu* é estabelecido pelo Ministério da Educação (MEC), Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Superior por meio das normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação *lato sensu* da Resolução nº 1, de 8 de junho de 2007. O conteúdo da resolução apresenta vários critérios e exigências no âmbito dos cursos de especialização *lato sensu* e preconiza no artigo primeiro que “Os cursos de pós-graduação *lato sensu* oferecidos por instituições de educação superior devidamente credenciadas independem de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento, e devem atender ao disposto nesta Resolução” e no parágrafo terceiro do artigo sétimo que “Os certificados de conclusão de cursos de pós-graduação *lato sensu*, em nível de especialização, que se enquadrem nos dispositivos estabelecidos nesta Resolução terão validade nacional” (BRASIL, 2007d).

Ou seja, o curso de especialização credenciado no MEC e que atende às exigências da resolução supracitada fornece o certificado de especialista com validade em nível nacional. Diante do certificado reconhecido pelo MEC, os especialistas têm assegurado o direito de registrar seus títulos de pós-graduação (*lato sensu*) nos seus conselhos profissionais, sociedades e associações que também possuem exigências e normas específicas de acordo com suas respectivas competências, seja no âmbito da regulamentação, da fiscalização e outros. As diferentes legislações dos diferentes órgãos profissionais têm finalidades específicas e baseiam-se em preceitos éticos, de segurança e de qualidade.

À parte os benefícios legais, os questionamentos surgem quando essas diferentes entidades atuam com posturas corporativas limitadoras ou excludentes, como é o caso da medida adotada pelo município M18, em restringir o exercício da acupuntura na rede pública de saúde ao profissional médico e portador do título de especialista reconhecido pela Sociedade Brasileira Médica de Acupuntura e pelo CFM, como refere o acupunturista do CE. Essa restrição revela que, no contexto local, a acupuntura oferecida pelo SUS é limitada ao CE dentro da rede de atenção à saúde onde há o acupunturista. Na Saúde da Família e no CEREST, a oferta da acupuntura é uma iniciativa dos profissionais às pessoas que utilizam esses serviços e não integra a rede de atenção do município.

O corporativismo, segundo Machado (1995, p. 25),

além de servir para preservar ou mesmo promover melhores padrões de atuação profissional, pode tornar-se também um instrumento para aumentar o prestígio profissional, controlar a diversidade de práticas, diminuir a competição e aumentar a renda.

Sendo essa última próxima à questão levantada pelo acupunturista do CEREST.

No cenário da acupuntura e da corporação médica, as questões corporativistas têm sido uma constante nos micro e macro espaços. A polêmica, com abrangência nacional, atravessou as décadas de 1980 e 1990 com diversos embates, e no contexto da construção da PNPIC, a inclusão da multiprofissionalidade para a MTC/Acupuntura foi amplamente debatida no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e inserida no documento da PNPIC, sendo uma premissa da implementação das diretrizes da MTC/Acupuntura. No entanto, o CFM, alegando exercício ilegal da Medicina na MTC/Acupuntura, pela inclusão de todas as categorias profissionais que reconhecem e titulam a especialidade, processou e exigiu a revogação da portaria que dispõe sobre a PNPIC (SIMONI, 2013, p. 209-210)¹³.

Atualmente, a prática multiprofissional da acupuntura inclui diversas categorias, dentre elas fisioterapia, enfermagem, naturologia, farmácia, educação física, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, medicina e odontologia. Para Luz (2005), o elemento sociocultural do autocuidado promove a expressiva oferta de terapeutas de outras categorias profissionais além da medicina, com o crescimento do mercado das práticas alternativas. Em consequência disso, há uma crescente demanda de candidatos para a formação em terapias alternativas, o que a torna porta de entrada para o mercado de trabalho. A autora alerta ainda que:

É esta porta que os médicos querem fechar, mantendo as chaves nas mãos da corporação médica. Uma série de encontros, confrontos e polêmicas vêm resultando desse amplo processo de reorientação das relações entre sociedade e medicina, ou pelo menos entre cultura, saúde e cura (LUZ, 2005, p. 167).

Uma forte tentativa de fechar essa porta foi o Ato Médico, ponto nevrálgico desse processo, há mais de dez anos tramitando nas instâncias do governo, sendo divulgado perante a sociedade e movimentando as diferentes categorias profissionais envolvidas. Sancionada no dia 10 de julho de 2013, a Lei nº 12.842 que trata do Ato Médico teve dez itens vetados pela presidenta Dilma Rousseff, sob argumento da possibilidade de causar impacto no atendimento

¹³ Ação contra a Portaria nº 971/2006. Os processos são de nº 2006.34.00.034313-0, em trâmite na 9ª Vara da Justiça Federal e nº 2008.01.00.008463-9, em trâmite no TRF da 1ª Região. Segundo a Assessoria Jurídica do CFM, todos os pedidos foram negados ao CFM. O CFM teve negado a antecipação de tutela e foi agravado no TRF. O TRF julgou como impossibilidade jurídica do pedido. O CFM recorreu e, até agora (2012), não conseguiu êxito. Hylton Luz. Processo sem alteração (julho, 2014)

dos estabelecimentos privados e nas políticas públicas do SUS e especificamente referente à acupuntura, “restringindo as possibilidades de atenção à saúde e contrariando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2013c).

Com a recente regulamentação do Ato Médico, podemos dizer que essa porta não foi fechada, o que não significa um ponto final nessa discussão/confronto, mas de um lado pode expressar um esgotamento do poder da RM biomédica, proporcionando uma abertura de visibilidade para outras racionalidades que agreguem mais valores ao modelo da integralidade da atenção. Essa regulamentação também mantém a abertura do exercício da acupuntura em caráter multiprofissional, conforme orienta a PNPIC.

No contexto do município M18, apesar de todas as resistências mencionadas, os acupunturistas entrevistados (que são médicos) também revelam em seus discursos uma abertura quanto ao exercício da acupuntura por outros profissionais:

[...] é um método invasivo. Por isso, que a acupuntura é, na minha opinião, restritiva a duas especialidades, a duas pessoas, aos médicos e aos cirurgiões dentistas. ACE

Olha eu não tenho problema nenhum, acho que sendo bem feito... (...) Isso eu já falava até lá quando eu já fazia o curso. O profissional, sendo um bom profissional, fazendo acupuntura, tendo conhecimento, eu acho que não tem problema nenhum. Isso é a minha opinião. Não é que tem que ser pra médico, tem que ser pra enfermeira... Não. Entendeu? Tem que ser um profissional e saber fazer, e ter segurança do que tá fazendo. ACEREST

A questão sobre a segurança e a qualidade da prática da acupuntura colocada pelo acupunturista do CEREST é de fundamental importância e é objeto de discussão a nível nacional e internacional. A PNPIC traz como quarta diretriz a “[...] perspectiva da garantia da qualidade e seguranças das ações” através do acesso aos insumos para a prática (BRASIL, 2008a). Esta afirmativa vai ao encontro do que a WHO (2002) afirmou em documento oficial sobre seu papel no desenvolvimento de uma estratégia com temas sobre segurança, qualidade, acesso e eficácia do uso da MTC.

A esperança/possibilidade:

No caso da acupuntura, né, o que me preocupa um pouco é isso... É a diferença de profissionais que não estejam qualificados. E aí, nós entramos naquele território polêmico, né: ‘é uma especialidade médica ou não? Só pode ser praticado por médicos ou não?’ Não tenho resposta pra isso. Acho que isso precisa ser discutido coletivamente, com a participação de todos os seguimentos sociais interessados e de todos os profissionais que tenham qualificação, de fato, na prática [...] Mas você sabe, né... os corporativismos [...]. GM

Para Dallari (1999), as resistências estão presentes tanto nos movimentos que objetivam promover mudanças políticas ou sociais, quanto nos que visam a impedir certas mudanças.

Tesser e Luz (2008) mostram que os profissionais de saúde, gestores e usuários podem construir um caminho efetivo ao lado das corporações das demais profissões na área da saúde, a fim de tornar legítimas e instituídas outras racionalidades médicas nos serviços públicos de saúde através do compromisso e atuação conjunta dos mesmos. Os autores também afirmam que:

[...] outras formas de legitimação e validação epistemológica e social estão para serem construídas no SUS, de forma a viabilizar a contribuição de outras racionalidades médicas para o cuidado dos doentes e a promoção da saúde. Formas mais democráticas, discutidas e “co-responsabilizadoras” de pacientes, instituições e profissionais (TESSER; LUZ, 2008, p. 204).

Defendemos a acupuntura enquanto uma prática desempenhada em caráter multiprofissional e exercida dentro do seu paradigma vitalista e holístico. Sobretudo, tomamos a acupuntura enquanto Racionalidade Médica e nessa perspectiva acrescentamos que a acupuntura não pode ser reduzida à prática profissional exclusiva de uma categoria profissional apenas e nem tampouco sustentada ou permeada pelo paradigma biologicista que norteia e fundamenta a biomedicina ou medicina alopática.

Além do interesse e poder corporativo, os sujeitos mencionaram o **interesse e poder econômico**. Esses podem ser apreendidos, nos depoimentos abaixo, e apontam as indústrias farmacêuticas e os conselhos de medicina enquanto sujeitos institucionais dificultadores da presença da acupuntura e demais PIC no campo da saúde:

Então, se você começar a incentivar esse tipo de terapia que funciona, é barata e que outros profissionais podem fazer, está mexendo também com pessoas que não querem que isso aconteça, com lobbies importantes, seja da indústria farmacêutica, seja dos conselhos de medicina. [...] Os demais colegas eram todos alopatas, inclusive combatiam e combatem até hoje a terapia alternativa. MSIF

A acupuntura não dá lucro para ninguém. Os grandes laboratórios não têm interesse porque você usa menos medicamentos, usa menos exames complementares [...]. ACE

Os entrevistados indicam a correlação de forças entre a acupuntura e a indústria farmacêutica, conselhos de medicina e empresas de tecnologia diagnóstica, essa última identificada nas expressões “laboratórios” e “exames complementares”. De acordo com Galhardi (2010), essa correlação de forças se deve ao poder hegemônico desses diferentes atores institucionais mencionados. A pesquisa desenvolvida por Salles (2008) também

apontou a presença da indústria farmacêutica e de equipamentos e sua relação com a medicina desde formação dos médicos dentro da cultura hegemônica como um dos obstáculos para o desenvolvimento da homeopatia no campo da saúde.

Desde meados da década de 1970, Cordeiro (1980) estudava os interesses econômicos por trás das indústrias farmacêuticas e já chamava atenção sobre as estratégias de medicalização da indústria farmacêutica elaboradas com certo apoio conivente do Estado. Mendonça e Camargo (2012, p. 221) assinalam que “subjacente a esse contexto está o embate de décadas, no Brasil e no mundo, sobre como atender às demandas de atenção à saúde, com um lado do campo defendendo soluções de mercado, e o outro, saídas a partir do Estado”. E também chamam a atenção para os diferentes atores, dentre eles as indústrias farmacêuticas, de equipamentos e de insumos, o Estado e suas instituições públicas e privadas prestadoras de serviços, adentrando o setor saúde dentro da lógica neoliberal. Vianna (2002) assinala que essa relação engendra um espaço de diversidade, complexidade e conflito.

Esse contexto tem gerado muitas críticas à farmacologia química e à medicina tecnológica e ao mesmo tempo viabilizado demandas por outras formas de bens e serviços de saúde, mais holísticas e integrais, como práticas naturistas, medicamentos fitoterápicos e culturas médicas orientais (NASCIMENTO, 2006).

Concordamos com Luz (2005) que, embora o domínio político-institucional da medicina hegemônica, de orientação científico-tecnológica ainda permaneça, a abertura para essas mudanças assinala uma nova tendência no cuidado com a saúde e coexistência da medicina hegemônica com outros saberes e códigos simbólicos na prática de pacientes, de terapeutas e também de não médicos (LUZ, 2005).

Categoria processo

Na análise dessa categoria, Sampaio e Araújo Júnior (2006) consideram as políticas públicas como dinâmicas, dialéticas e processuais e, embora didaticamente o processo possa ser dividido em etapas ou fases, são essas: construção da agenda, formulação, implementação e avaliação (VIANA, 1996), esses momentos não podem ser compreendidos separadamente. A análise do processo de implantação da política no município estudado apresenta uma aproximação nessa direção.

A análise dessa categoria possibilitou identificar que o processo de implantação da acupuntura no serviço público de saúde do município M18 foi mais intenso na sua fase inicial, e que atualmente o processo de implementação da acupuntura e do programa

municipal é marcado por um retrocesso.

Esse retrocesso, apontado nos depoimentos dos entrevistados, pode ser identificado na medida em que estes mencionam: a *atual falta de participação e de mobilização dos diferentes sujeitos sociais, a estagnação e restrição da oferta, a falta de influência e apoio da PNPIC no nível local* e os *diversos problemas e necessidades* ao longo do processo de implementação, caracterizando assim um processo de implementação em declínio que põe em dúvida a garantia da sua sustentabilidade, caso a dinâmica social que envolve a dimensão técnica, política e ética nos processos de decisão não seja modificada.

No processo de implantação/implementação da oferta da acupuntura no município M18, a decisão de ofertar as PIC no município M18 contou com a participação de diferentes sujeitos no início da implantação, no entanto *a atual participação e a mobilização de diferentes sujeitos sociais* está atenuada ou inexistente, conforme o recorte do depoimento abaixo:

[...] o contato foi feito através da própria secretaria, do nosso trabalho, e aí a partir daí a gente começou a chamar, e muitos! Um chamava o outro. Se interessavam e vinham. [...] Sabe quando faz uma corrente e todo mundo se comunicando, estava sendo formado aqui na secretaria esse grupo, porque era comunitário, [...] tinha reuniões. [...] a gente vinha, e ligado com o Conselho Municipal de Saúde. [...] Olha no começo tinha (movimento e participação social) [...]. Aí depois que instituiu (o programa) não teve. (CP)

É preciso considerar, também, que os sujeitos participantes desse processo são basicamente o coordenador, o gerente do CE e poucos acupunturistas e profissionais de saúde. Hoje em dia não há mais, por exemplo, um movimento social, grupo comunitários ou integrantes do conselho municipal de saúde que discutam as questões relacionadas à acupuntura ou ao programa. Segundo Santos (2000), a sociedade brasileira organizada não representa mais que 15% da população brasileira. A comparação com sociedades mais desenvolvidas como, por exemplo, na Europa onde 80% ou mais da sociedade está vinculada a alguma forma de organização, mostra a fragilidade da nossa organização, também fruto do nosso passado histórico de não participação (WENDHAUSEN, 2002) e assinala a necessidade de se avançar no sentido oposto, fortalecendo e reestruturando uma sociedade mais participativa, para superar o que Santos et al. (2011, p.1158) denominaram de “círculo vicioso em que a população organizada não desenvolve experiência de participação política (ou pouco o faz)”.

Outro aspecto mencionado é quanto ao *atendimento da acupuntura, que não sofreu expansão* e se manteve o mesmo da fase inicial:

[...] inclusive o atendimento de acupuntura é mínimo na rede, é mínimo. [...] a gente sabe que foi conseguido, embora bem incipiente. Eu acho muito pouco só o atendimento no CE [...] Na minha informação só tem um atendimento de acupuntura no CE, não mudou nada. Então isso já faz muitos anos, não tem nada novo. (MSCS2)

A não expansão e “não ter nada de novo” vai de encontro com a primeira diretriz da PNPIC de ampliação e fortalecimento da acupuntura. Outro aspecto que merece destaque é que, embora a PNPIC tenha sido publicada no ano de 2006, no município a acupuntura já havia sido incorporada ao programa desde o ano de 1998, e o Programa já estava implantado na rede pública de saúde desde o ano de 1992, o que possibilita refletir que neste processo a PNPIC ainda não se constituiu como ferramenta para apoiar a iniciativa local. Os extratos das falas a seguir exemplificam essa constatação:

(A PNPIC) não teve (influência na política local). Não evoluiu nada. Nem para o programa nem para a acupuntura” (FGMP)

Então faz uma política, mas a política fica lá, né, ela não vem pra cá. Então, não sei, acho que no papel tudo fica muito bonito, né. (ASF)

E nessa parte de práticas complementares também fazemos isso há muito tempo. Quando vêm as políticas nacionais, elas apenas ratificam aquilo que já vínhamos fazendo. Eu acho que nessa parte das práticas integrativas e complementares, nós estamos ainda muito frágeis, mas eu acho que já tem uma história, uma consolidação que deve perdurar ao longo dos tempos. (GM)

[...] a gente conseguiu criar na rede, até com um trabalho político também né, e a acupuntura foi aprovada pelo Ministério da Saúde, então essa prática no momento em que ela foi aprovada em Brasília, e a gente já estava trabalhando [...] (CP).

Vale enfatizar que a PNPIC foi elaborada também no sentido de apoiar e implementar experiências que já estavam sendo realizadas no âmbito municipal, e suas diretrizes gerais e específicas, seus objetivos e as responsabilidades dos gestores nas esferas municipal, estadual e federal têm potência para contribuir na implantação e implementação de ações voltadas para as PIC e também para a política local (BRASIL, 2008a).

No entanto, esse potencial ainda não foi concretizado no âmbito do município M18. Galhardi (2010) ao investigar a influência da PNPIC na atenção em homeopatia nos municípios que ofertam homeopatia nas diferentes regiões do Estado de São Paulo também identificou que a PNPIC não teve influência na implantação e na implementação da atenção em homeopatia e não foi reconhecida como instrumento decisivo para a implementação da homeopatia, contudo, os gestores entrevistados mencionaram o potencial da PNPIC para servir de apoio e justificativa para a implantação/implementação da homeopatia, e ratificamos, potencial este que pode apoiar a implantação/implementação das outras RM/PIC

no âmbito dos serviços de saúde do SUS.

No município M18, além dos aspectos já mencionados, *diversos problemas e necessidades* presentes no cenário local que também contribuem para o declínio do processo de implementação da acupuntura são apontados pelos entrevistados, dentre os quais destacamos: *falta de prioridade na agenda política; necessidade de aumentar a quantidade de profissionais e a necessidade de informação aos profissionais da rede.*

A *falta de prioridade na agenda política* pode ser apreendida no depoimento do coordenador do programa, de acordo com o recorte abaixo:

Eu não vejo prioridade. Não tem. [...] Como todos os programas, colocam assim, porque vamos lutar no próximo ano, mas não é um compromisso, entende? Depende, principalmente do que é mais urgente e do que interessa politicamente ou não, ou um momento que aquele interessa em outro momento é outra coisa, tá? (CP)

A inclusão de temas na agenda política é influenciada por diversos fatores, tais como os atores, seus valores, suas expectativas e suas posições na estrutura de poder (WALT; GILSON, 1994). Nessa direção, Araújo e Maciel (2001) alertam que a indicação de prioridades na agenda política depende também do poder de pressão dos movimentos sociais organizados e de interesses políticos e econômicos. A priorização das RM/PIC e consequentemente da PNPIC na agenda política dos gestores se constitui em um enorme desafio. Essa priorização também pode ser entendida como uma necessidade real e atual de institucionalização da PNPIC no âmbito do SUS.

Concordamos com Simoni (2013) que para a PNPIC se institucionalizar verdadeiramente no Sistema Único de Saúde é necessário que haja vontade política da gestão federal em “assumir de fato da PNPIC-SUS como uma Política de Estado” (p. 214), e acrescentamos que haja vontade política da gestão estadual e municipal, e também dos diferentes atores da área envolvidos, sejam profissionais, professores, pesquisadores, estudantes e usuários.

Além de prioridade na agenda política, a *necessidade de aumentar a quantidade de profissionais* também é mencionada e abordada inclusive no tocante à abertura multiprofissional pelos diferentes entrevistados, como mostram os extratos das falas a seguir:

[...] a primeira coisinha é consolidar, aumentar o número de médicos, para poder exercer num arco maior abrangendo os pacientes da rede. (CP)

Na secretaria da saúde que teria a possibilidade de ampliar o serviço através da contratação de profissionais [...] (ACE)

Eu acho que (a acupuntura) poderia ser ampliada e muito [...] É meu sonho, meu sonho assim, era fazer a mesma coisa que eu fiz. Que pudesse abrir espaço para esses colegas para eles atenderem [...] (ASF)

E adotar também a estratégia multiprofissional, não apenas centrada no médico. Acho que a acupuntura, ela permite você conseguir um ganho muito grande nos ambulatórios se eles fossem mais medicinais e menos médico-centrais. (GM)

Eu acho que seria interessante essa segunda alternativa, se nós temos dificuldade em conseguir outro profissional médico, abrir para outras categorias que possam fazer. (GCE)

A necessidade de aumentar a quantidade de profissionais para o atendimento da acupuntura e demais PIC no município estudado é vital tanto para a continuidade quanto para expansão do programa. Estudo realizado no Recife sobre a participação dos atores envolvidos na evolução de política municipal de práticas integrativas mostrou que a política municipal de PIC conta com a participação de poucos atores, o que pode estar relacionado com as dificuldades para o seu fortalecimento, comprometendo sua continuidade e aumentando a distância entre sua formulação e implementação (SANTOS et al., 2011).

Uma das saídas possíveis no contexto local, apontadas pelos próprios entrevistados e inclusive prevista pela PNPIC (BRASIL, 2008a), é o “desenvolvimento da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção”. Para tanto sinalizamos que é de fundamental importância realizar um mapeamento dos acupunturistas da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município, a fim de identificar a quantidade de acupunturistas na RAS, traçar um perfil sociodemográfico destes acupunturistas, identificar as diferentes formações segundo os cursos realizados pelos mesmos, bem como identificar o interesse e disponibilidade desses trabalhadores em exercer a acupuntura na RAS, e a partir desse mapeamento elaborar estratégias para viabilizar a atuação desses profissionais. Acreditamos que essa saída não é a única e nem é tão simples, mas sem dúvida é coerente e possível de se realizar, principalmente considerando o desenvolvimento de estratégias discutidas e elaboradas coletivamente.

Para finalizar os problemas e necessidades identificados, trazemos a necessidade referida pelo gestor municipal de *informação aos profissionais da rede*:

Eu acho que nós precisamos trabalhar a informação com os nossos profissionais, não só com os médicos, mas todos os profissionais de saúde a respeito da acupuntura e das outras práticas [...] textos, na forma de oficinas, coisas assim! (GM)

Essa necessidade apontada pelo gestor municipal também é prevista pela PNPIC na sua terceira diretriz: “divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/Acupuntura” e além dos profissionais, abrange também usuários e gestores (BRASIL,

2008a). A necessidade apontada no nível local é reflexo da necessidade no cenário nacional, onde a divulgação das RM/PIC também se configura como um desafio, e, para Simoni (2013), a divulgação (bem como a necessidade de garantia de recursos para essa divulgação) pode ser considerada uma estratégia necessária para contribuir para a institucionalização da PNPIC no âmbito do SUS.

Após todos esses apontamentos acerca da implantação/implementação da acupuntura e demais PIC no município estudado, os depoimentos abaixo vêm sintetizar e ao mesmo tempo traduzir a realidade e as perspectivas do processo de implantação/implementação da acupuntura e do programa das PIC no município:

O secretário na época entendeu que isso era proveitoso, era produtivo e deu andamento. De lá pra cá, a CP continua conosco, sempre trabalhando nessa linha, avançando às vezes mais devagar, às vezes mais intensamente, até porque existem limitações de ofertas de profissionais [...] (GM)

Vamos colocar assim [...] ele amornou, o processo. E continua de uma forma bastante lenta. Eu acho que teria que ter mais incentivo, mas eu não estou vislumbrando nada disso. (FGMP)

Então a gente tem que caminhar com aquilo que a gente tem, lutando para manter aberto, certo? Para manter aberto e para ir para frente. [...] A gente tem que ir levando o trabalho procurando ampliar, procurando dar o melhor que pode né, mas a gente não tem como exigir qualquer coisa. É uma coisa que vai e a gente vai mantendo conforme pode". (CP)

Enfatizamos o reconhecimento pela iniciativa e pioneirismo do município M18 em ofertar a acupuntura e demais PIC no SUS, antes mesmo da publicação da política nacional. No entanto, todos os aspectos do processo de implantação/implementação discutidos anteriormente sinalizam o atual delineamento da realidade da acupuntura e do próprio programa no SUS do município, revelando um quadro de estagnação, e até mesmo de retrocesso. Na presente conjuntura, a perspectiva diante da falta de condição de ampliar (embora haja manifestação verbal favorável para a ampliação) revela que manter o programa aberto já é uma grande vitória atualmente. Esse cenário, infelizmente, é o exemplo concreto de que *as PIC saíram da marginalidade e entraram na periferia do sistema*, problemática apontada pela professora Madel Luz nos mais diversos espaços de discussão e amplamente debatida no cenário atual e nacional das PIC.

Categoria conteúdo

É possível considerar como "conteúdo da política" todos os significados que a

amparam e que se expressam nos seus projetos, programas e nas mais variadas ações programáticas e produtos. Assim sendo, também são considerados os discursos oficiais e não oficiais, isto é, os discursos explícitos e implícitos, levando em consideração, inclusive, o estudo da ausência de uma política, uma vez que o silêncio acerca de certa questão pode ser uma estratégia de ação ante a mesma (ARAÚJO; MACIEL, 2001).

A política também pode ser permeada por múltiplos conteúdos, por vezes até contraditórios, mas que se organizam de determinada maneira a dar-lhe corpo e estrutura, não sendo na maioria das vezes possível definir um único perfil que a delimite (ARAÚJO; MACIEL, 2001).

Nessa direção, a análise dessa categoria será apresentada em duas partes distintas e divergentes entre si. Na primeira parte, a análise mostra a incorporação da acupuntura e do Programa de Fitoterapia e Homeopatia dentro de uma perspectiva social, na qual a oferta da acupuntura congrega benefícios associados à integralidade e à universalidade de acesso, na qual a saúde é tomada como um direito, e nessa compreensão, se articula também dentro de uma perspectiva política e de uma dimensão cultural.

Na segunda parte, a análise se dá basicamente acerca das ações no âmbito da acupuntura e do Programa de Fitoterapia e Homeopatia no nível municipal. Nesse sentido a análise revela que: o desenvolvimento atual da oferta da acupuntura está centrado exclusivamente no atendimento ambulatorial; existem contradições quanto às ações de divulgação; e falta planejamento e propostas para a acupuntura e para o Programa de Fitoterapia e Homeopatia, o que também põe em dúvida a garantia da sua sustentabilidade, caso não haja uma reconstrução e reelaboração de propostas e ações do corpo técnico para serem pautadas nos diferentes espaços de decisões políticas.

Na primeira parte da análise, a incorporação da acupuntura pode ser apreendida sob uma perspectiva social, cuja interface congrega os benefícios da acupuntura, como mostram os trechos:

O que justifica essa oferta é o ser humano, é a necessidade que o ser humano tem em ter uma terapia que não alopata para tratar os diversos males que acometem o ser humano, seja uma simples dor, seja algo mais complexo [...] (FGMP)

E do ponto de vista social, entendo que há uma expectativa das pessoas, da sociedade de que esse tipo de atendimento, de tratamento seja oferecido, portanto nós também atendemos essa expectativa. [...] O que justifica é podermos contar com uma especialidade que traz uma série de benefícios para um grupo de pacientes, né?! [...]. (GESTOR SMS)

[...] a gente vê que tem resultado né?! Porque pessoas que vêm procurar aqui, falam, quando terminam as sessões, que melhorou bastante [...] A gente vê que é uma coisa que surte efeito né [...] Então, realmente, a gente vê, assim, uma satisfação dos pacientes que

passam pelo nosso ambulatório de acupuntura. (GCE)

Os aspectos mencionados nos depoimentos compõem uma realidade que está além do cenário local. De acordo com Luz (2005), atualmente as medicinas alternativas como a medicina tradicional chinesa/acupuntura e a homeopatia têm sido cada vez mais procuradas pelas pessoas, e, dentre as várias justificativas para essa demanda crescente, a autora aponta a resolutividade que essas medicinas têm obtido junto aos programas nos serviços públicos de saúde, o que perpassa pela dimensão social, e que nessas medicinas o ser humano é o centro do cuidado, o que perpassa a integralidade da atenção.

Nessa direção, os entrevistados apontam também uma interface da acupuntura, considerando o indivíduo como um todo e tomando a saúde como um direito, perpassando uma dimensão de política pública, como mostram os extratos das falas abaixo:

Nós somos responsáveis pela garantia de uma política pública, que é a garantia do direito à saúde da população, conforme prescreve a Constituição. Nesse aspecto a acupuntura integra o conjunto de ofertas que temos para garantir esse direito e para a formação de política pública. (GM)

Realmente, acho que aí você traz uma eficácia no atendimento, começa a entender o indivíduo no todo, aí pode ser definido as políticas de saúde, não só tratar as consequências. (ACE)

No Brasil, desde a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a saúde é definida como um “direito de todos e dever do Estado” que deve ser garantido através de políticas socioeconômicas e do Sistema Único de Saúde – SUS. E no âmbito do SUS, a PNPIC e a oferta da acupuntura e demais RM/PIC, também, são entendidas como um direito a ser assegurado, considerando a universalidade de acesso, a integralidade da atenção e o direito do usuário pela escolha da terapêutica preferida. Cabe ressaltar que tanto a implementação do SUS quanto a implementação da PNPIC perpassam uma dimensão política, muito complexa e dinâmica e ainda em processo de consolidação e de legitimação.

Além da perspectiva política, a oferta da acupuntura também pode ser apreendida sob uma dimensão cultural, conforme apontam os recortes das falas a seguir:

Assim, vou falar, naquela época, a gente considerava uma criatura de luz um médico que entendesse a mais, acima. Então, você vê uma questão toda cultural, refletindo na assistência, na saúde da população [...] é toda uma técnica milenar que a humanidade consagrou. Ainda mais agora, agora é o Oriente e o Ocidente. (CP)

[...] então, tudo isso é uma questão cultural. (ACE)

Considerando o contexto da profusão de novas terapias e sistemas terapêuticos na sociedade contemporânea nas últimas décadas, a acupuntura é um dos exemplos das terapêuticas procedentes das diferentes tradições culturais que vêm sendo reconhecidas, disponibilizadas e incorporadas paulatinamente ao cuidado e à atenção à saúde em um contexto cultural de pluralismo terapêutico juntamente a outras racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares (LUZ, 2005; THIAGO; TESSER, 2011).

No texto da política nacional, a primeira diretriz orienta o incentivo à inserção da acupuntura em todos os níveis do sistema, seja nos centros especializados, seja na saúde da família, e orienta ênfase na Atenção Básica (BRASIL, 2008a). No nível local, a acupuntura está inserida no centro especializado, e embora ainda não esteja na Atenção Básica e na saúde da família, essa interface da acupuntura na AB é mencionada pelo secretário municipal de saúde:

[...] A gente não pode entender essas dimensões de saúde da família, de atenção básica, média e alta complexidade, como inversos e isolados. Eles têm fronteiras e têm interpenetrações. Tem áreas comuns. E aí, é um exemplo disso, né? A acupuntura ela tem uma face voltada para a atenção básica. (GM)

Acreditamos que no município estudado, para que a acupuntura seja fortalecida e ampliada, há necessidade de rever sua inserção na rede municipal. Como o município ainda não conseguiu atingir a meta proposta de implementar e expandir a cobertura de saúde da família (PMS 2001-2004; PMS 2005-2008; PMS 2010-2013), o atendimento de acupuntura se mantém restrito ao CE, e a possibilidade de ampliação, considerando a AB e a SF, como enfatiza a política nacional, ainda não pode ser vislumbrada. Transformar essa realidade exige rever questões muito complexas como, por exemplo, a lógica da estruturação dessa rede de atenção, o que se traduz em um desafio não só na esfera municipal, mas também para as demais esferas de gestão do SUS.

No nível local, o compromisso de aumentar a cobertura da SF foi firmado pela gestão local nos instrumentos de gestão, com registro desde o PMS 2001-2004. No PMS 2005-2008, a equipe de gestão tinha como objetivo “implantar a estratégia saúde da família, nos termos do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), em 50% do Município”, meta que se manteve na gestão seguinte, registrada no PMS 2010-2013. Em março de 2009, a cobertura da ESF era de 11% e em maio de 2013 essa cobertura é da ordem de 13,9%. Nesse período, o município encontrou dificuldades de expandir a saúde da família, principalmente pela falta de profissionais formados para a atuação nesta estratégia e,

consequentemente, não conseguiu atingir a meta proposta, sendo a atual cobertura ainda muito baixa.

No âmbito da acupuntura, o compromisso da gestão local também esteve presente nos instrumentos de gestão, conforme já apresentado na análise documental, tanto que ações para a acupuntura no âmbito das “práticas naturais de saúde” estavam registradas nos PMS 2001-2004, PMS 2005-2008 e RAG 2005. Observamos que, com a publicação da PNPIC em 2006, os registros nesses instrumentos de gestão incorporaram suas diretrizes, e a denominação utilizada anteriormente “práticas naturais de saúde” é substituída pela denominação “práticas integrativas e complementares” a partir do RAG 2006, o que mostra uma consonância do programa municipal com a PNPIC. Essa convergência é observada também nos registros do PMS 2010-2013, dos RAG de 2007 a 2012 e nas Programações Anuais de Saúde (PAS), referentes aos anos de 2010, 2011 e 2012. Esses registros todos nesses diferentes documentos e instrumentos de gestão podem ser entendidos como um compromisso ou intenção favorável da equipe de gestão e demais sujeitos com a acupuntura e com o programa na rede municipal.

No entanto, atualmente o município M18 vive uma realidade alarmante: os diferentes atores, dentre eles, o secretário municipal de saúde, o coordenador do programa e os acupunturistas não têm desenvolvido projetos, propostas e ações no âmbito da acupuntura. Atualmente a única ação desenvolvida é o atendimento clínico, voltado para o tratamento de dor crônica, conforme relatam o gerente do centro de especialidades onde a acupuntura é ofertada e o secretário municipal de saúde:

A única ação que tem é o atendimento clínico. [...] Não tem ação programática (não tem palestra, grupo de estudo). (GCE)

[...] A nossa acupuntura está mais direcionada para o tratamento de síndromes algicas, né?! Pessoas com doenças crônicas, né?! [...]”. (GESTOR SMS)

As diretrizes da PNPIC orientam diversas ações além da clínica, como o desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação, capacitação e qualificação dos profissionais por meio da educação permanente, pesquisas e divulgação para usuários, profissionais e gestores (BRASIL, 2008a). Essas ações são de fundamental importância para o desenvolvimento, aprimoramento e fortalecimento da acupuntura na rede municipal de saúde e, consequentemente, para sua continuidade e ampliação, contribuindo assim para garantia do acesso a essa terapêutica no SUS. Acreditamos que ações voltadas predominantemente ao atendimento clínico acabam por limitar e restringir a possibilidade de ampliação,

comprometendo a garantia do acesso e, em última instância, enfraquecendo essa política de saúde.

Essa realidade alarmante também pode ser identificada nos diferentes instrumentos de gestão. Notamos que os objetivos, as metas e ações programadas para a acupuntura no PMS 2010-2013 não foram totalmente atingidas dentro do período planejado. O mais preocupante é que na PAS 2013 e no RAG 2013 já não consta nenhum registro de ações referentes à acupuntura, ou seja, nesse ano de 2013, as ações que poderiam vir a ser desenvolvidas para alcançar o planejamento do PMS não entraram nem na PAS. Nesse sentido, também chamamos atenção que o atual PMS 2014-2017 não traz nenhum registro referente a ações e propostas: nem para a acupuntura, nem para o Programa de Fitoterapia e Homeopatia e muito timidamente para a saúde da família.

Atualmente no município estudado, dentre as ações previstas para a AB, estão as voltadas para o atendimento das urgências e emergências. Reconhecemos a importância da atenção em urgência e emergência ser bem estruturada e de qualidade, no entanto organizar a rede de AB predominantemente nesse formato reforça e reafirma o modelo de atenção centrado na doença e em ações curativas em detrimento da promoção da saúde e prevenção da doença e em detrimento da AB enquanto organizadora do sistema como um todo. Esse modelo enfraquece as políticas pautadas pela integralidade da atenção, como a PNAB, a ESF, e a PNPIC entre outras e enfraquece, sobretudo, o SUS (FERRI, 2013).

A atual ausência de registros de propostas referentes à acupuntura e ao Programa de Fitoterapia e Homeopatia e as poucas propostas referentes à SF no município estudado pode ser entendida como expressão da (in)capacidade da gestão local e da (in)capacidade de posicionamento e mobilização da equipe técnica do programa municipal e demais sujeitos, perante a dificuldade de operar fora da lógica hegemônica que ainda predomina no SUS.

Ainda no campo das ações para a acupuntura, os entrevistados relataram opinião contraditória no que se refere à divulgação, conforme identificamos nos recortes dos trechos abaixo:

[...] a gente já, várias vezes, divulgou para vários gerentes, e qualquer coisa todo mundo conhece o Programa de Fitoterapia e Homeopatia, porque está ligado à acupuntura. Liga aqui e pergunta, e a gente encaminha. Assim, não tem como o pessoal da rede falar que não sabe, a não ser os novos, mas a gente está sempre preocupado em estar divulgando. (CP)

[...] Só que esse médico tem que saber [...] que existe o serviço, que não é divulgado. Não é divulgado de forma nenhuma [...]. (FGMP).

Esses depoimentos, embora sejam contraditórios, não permitem tecer afirmações quanto à existência, quantidade e qualidade da divulgação da acupuntura no município, mas revelam ao menos uma divulgação restrita, pontual, sem manejo estratégico na direção de aumentar a divulgação e socialização desse recurso terapêutico. Em uma reunião de gerentes, comunicar sobre o programa de fitoterapia e acupuntura deve ser mais um item entre tantos outros comunicados. Dentre as ações preconizadas pela PNPIC, a terceira diretriz orienta a “Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/Acupuntura para usuários, profissionais de saúde e gestores do SUS”, para gestores, profissionais e usuários. Fazer a divulgação da acupuntura pode refletir diretamente no aumento da demanda tanto pelos usuários, ao saberem da oferta podem procurar mais por essa terapêutica, quanto para os profissionais que terão mais atendimentos para realizar em virtude da maior procura dos usuários e também refletir no aumento dos gastos do município, seja pela aquisição de insumos, seja pela capacitação e contratação de profissionais.

Todas essas questões envolvem aspectos bastantes complexos relacionados aos diferentes sujeitos e aos conflitos e interesses existentes, à estrutura organizacional da rede de atenção à saúde e ao financiamento entre outros, já debatidos nas categorias anteriores, e lidar com essa complexidade exige um nível de esforço, de articulação e de disposição que, talvez, uma divulgação tímida seja uma estratégia mais adequada para garantir a manutenção da atual estrutura na qual se dá a oferta da acupuntura pelo programa na rede pública de saúde.

Essa realidade vivenciada pelo município vem revelar um contrassenso caracterizado pelo pioneirismo da inserção da acupuntura e do programa no município e pela atual estagnação do município, marcada pela restrição da oferta, da divulgação, pelo não desenvolvimento de propostas, por não registrar propostas na programação anual de saúde e no PMS 2014-2017. A “ausência desses conteúdos” podem se traduzir em silêncio, e como alertam Araújo e Maciel (2001) silenciar diante de uma determinada questão pode significar uma estratégia de ação perante a mesma, e assim questionamos que estratégia é essa, manifestada no nível local, do município estudado, que também é convergente com a dificuldade de consolidação das RM/PIC no nível nacional. Nesse sentido, concordamos com Luz (2013, p. 218) que:

Entre a publicação das propostas da PNPIC e o momento presente que aguardamos por consequências. A PNPIC por si não é suficiente para alterar a realidade de forma imediata, razão para aguardarmos por planos com objetivos, metas, prazos e atividades acordes com as diretrizes contidas no texto publicado.

Cabe uma ressalva quanto à expressão “aguardarmos” utilizada por Luz (2013) na citação acima, para que fique claro que, em momento algum, a palavra “aguardar” está sendo empregada como sinônimo de “ficar à espera ou na expectativa”, pois o autor enfatiza que para “contribuir para aprimorar o processo de implementação da PNPIC” é de fundamental importância o “diálogo com a sociedade”, a “necessidade de ampliar o conjunto de atores envolvidos neste processo” e a “manifestação na perspectiva da participação e do controle social”.

Nessa direção, concordamos com Tesser e Luz (2008) de que, no contexto do planejamento das políticas públicas, reconhecer e refletir o pluralismo terapêutico das RM/PIC ainda é um desafio a ser superado, e acrescentamos ainda a necessidade que vivemos atualmente de lutar pelo SUS e pela conquista do direito à saúde numa perspectiva de participação social, que, como afirma Carvalho (2008, p.51), “não pode ser apenas dos governos, gestores e profissionais de saúde, mas de toda a população”.

5.2.2 Município M16

O município M16 foi fundado há 106 anos, situa-se a cerca de 40 km de distância do município-sede do DRS XIII, possui uma área de 356,320 km², população de 41.840 habitantes, sendo 51% do gênero masculino e sua principal economia baseia-se na cana-de-açúcar o que favorece o predomínio de empregos na agricultura, produção de açúcar e etanol e indústrias metalúrgicas também relacionadas às usinas produtoras de açúcar e etanol.

Durante o período de safra, fevereiro a dezembro, há um acréscimo populacional de aproximadamente 10.000 pessoas além do valor populacional estimado pelo IBGE. Estas pessoas migram para o município M16 em busca de emprego, principalmente em atividades envolvidas direta ou indiretamente nas lavouras de cana-de-açúcar, procedentes, predominantemente, dos estados da Bahia, Minas Gerais, Alagoas e Pernambuco. Frequentemente acompanhadas por toda a sua família, além da questão do emprego, a maioria dessas pessoas chega à cidade com vários problemas de saúde, na esperança de resolvê-los aqui, o que vem ocasionando uma sobrecarga na rede pública de saúde na maioria dos

municípios da região do DRS XIII.

No setor saúde, o município mantém convênio com entidade filantrópica da Santa Casa de Misericórdia de M16, responsável pelas internações de urgência, emergência, eletivas, alguns exames e onde são realizados atendimentos médicos em ortopedia. Para outros exames de auxílio diagnóstico, há pactuação para as Unidades de Referência do DRS XIII, por meio do Complexo Regulador do DRS XIII que realiza os encaminhamentos predominantemente para o município M18. A assistência à saúde encontra-se dividida nos seguintes blocos: Atenção Básica, Urgência e Emergência, Vigilância em Saúde, Média e Alta Complexidade (especialidades médicas e fisioterapia), Assistência Farmacêutica, Saúde Bucal, Gestão em Saúde, Transporte e Participação Social.

Esse município tem uma história relativamente recente com a acupuntura no serviço público de saúde. Embora não haja um programa municipal voltado para as práticas integrativas e complementares, a acupuntura é ofertada desde o ano de 2008, razão pela qual optamos por estudar essa oferta com base nas categorias analíticas atores, contexto, conteúdo e processo (ARAÚJO; MACIEL, 2001).

Nesse sentido iniciamos nossa análise pela categoria contexto, seguida da categoria atores, ambas no processo de inserção da acupuntura, o que didaticamente auxilia a apreensão das demais categorias processo e conteúdo, apresentadas posteriormente.

Categoria contexto

Nessa categoria analítica, os aspectos considerados para análise do micro contexto foram: **a rede de serviços existentes** e o **financiamento do setor**.

A **rede de serviços existentes** no município local está dividida nos seguintes blocos: Atenção Básica; Urgência e emergência; Vigilância em Saúde; Média e alta complexidade (especialidades médicas e fisioterapia); Assistência farmacêutica; Saúde Bucal; Gestão em Saúde: planejamento, ouvidoria, regulação, avaliação e controle; Transporte e Participação Social, conforme mostra o Quadro 8.

A Atenção Básica possui sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo seis UBS nas quais estão implantadas seis equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), garantindo cobertura de 49% da população, e um Centro de Saúde (CSII). A Média e Alta Complexidade conta com um ambulatório médico de especialidades (AME), um Ambulatório de Saúde Mental, um Centro Fisioterápico (CF), um Centro Especializado em Saúde da Mulher e um Hospital (Santa Casa).

REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE						
Estabelecimento	Quantidade	Características				
Unidade Básica de Saúde	06	Atendimento de toda a população em qualquer faixa etária				
Centro de Saúde (CSII)	01	Atendimento em Clínica médica, Ginecologia, Pediatria, Otorrinolaringologia, Dermatologia, Infectologia, Nutrição, Assistência Social				
CDP Equipe de saúde do Centro de detenção Provisória	01	Atendimento de toda população carcerária, Clínico Geral, Dentista, Enfermeiro, Técnicos de Enfermagem.				
Ambulatório Médico de Especialidades (AME)	01	Atendimento em Cardiologia, cirurgia geral/Gastroenterologia, Endocrinologia, Neurologia, Urologia, Oftalmologia, Ortopedia, Dermatologia, Vascular.				
Núcleo Especializado Psicossocial (NEPS)	01	Atendimento a usuários até 16 anos em Psiquiatria, Psicologia, Terapia Ocupacional, Psicopedagogia e Fonoaudiologia.				
Ambulatório de Saúde Mental	01	Atendimento a usuários maiores de 16 anos em Assistência Social, Enfermagem, Psiquiatria, Psicologia e Terapia Ocupacional.				
Saúde Bucal	01	Realização de procedimentos básicos em Odontologia no Centro odontológico (5 consultórios); 4 UBS, APAE, 3 escolas e Sindicato dos Servidores Municipais.				
Centro Fisioterápico	01	Realiza atividades de reabilitação e redução de danos, incluindo atendimento domiciliar. Também oferece serviço de Acupuntura , Hidroterapia, drenagem linfática, Hidroginástica.				
Farmácia Municipal	01	Distribuição dos medicamentos incluídos na “Padronização dos Medicamentos e Insumos Farmacêuticos” do município.				
Centro Especializado em Saúde da Mulher (Espaço da Mulher)	01	Atendimento em Ginecologia, Obstetrícia, Mastologia e infertilidade.				
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pontal (Instituição Filantrópica)	01	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Total de leitos</th> <th>Leitos do SUS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>75</td> <td>45</td> </tr> </tbody> </table>	Total de leitos	Leitos do SUS	75	45
Total de leitos	Leitos do SUS					
75	45					

Fonte: Pontal (2013)

Quadro 8 – Rede de Assistência à Saúde do município M16. Ribeirão Preto, 2013

Neste município, a acupuntura é ofertada no Centro Fisioterápico e este, na estrutura organizacional da rede de atenção à saúde, está inserido na média e alta complexidade, conforme mostram os fragmentos da fala abaixo:

O centro faz parte da médio e alta complexidade [...] o serviço público de saúde é referente à fisioterapia. [...] Nós atendemos seis setores, [...] Asilo, APAE, os pacientes do distrito, tem um postinho lá que nós cobrimos, os pacientes a domicílio e a terceira idade que é a parte da atenção básica. [...] Ou seja, ele não vai lá fazer acupuntura, ele vai fazer fisioterapia (grifo nosso). (E.G. M16).

A primeira diretriz da MTC-Acupuntura na PNPIC traz recomendações no tocante à ESF e Centros Especializados de média e alta complexidade e incentiva a inserção da acupuntura em todos os níveis de atenção do sistema, com ênfase na AB (BRASIL, 2008a). Para Pinheiro e Luz (2005), incorporar sistemas terapêuticos alternativos nos serviços públicos de saúde tem sido entendido pelos formuladores de políticas como uma das formas de garantir a universalização por meio da garantia de escolha, pelo usuário, de seu tratamento e exercício da cidadania. As autoras afirmam ainda que alguns condicionantes da oferta de serviços de saúde se desenham na organização das práticas de saúde, podendo refletir diretamente na formulação e na implementação dos serviços de saúde.

Nesse sentido, no município estudado, entendemos a oferta da acupuntura na rede pública de saúde como um avanço. Destacamos a potência da atenção especializada enquanto porta de entrada para a oferta da acupuntura na rede de atenção do SUS local, o que favorece o reconhecimento da importância deste nível de atenção para essa oferta e destacamos, também, a relevância da fisioterapia enquanto uma aliada na inserção da acupuntura no serviço municipal como fatores bastante positivos, pois a acupuntura inserida na PNPIC atua nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde, baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo (BRASIL, 2008a), o que segundo Tesser e Luz (2008) se constitui numa estratégia promissora para a qualificação da atenção no SUS.

O nosso posicionamento, longe de corroborar a restrição da oferta da acupuntura apenas na atenção especializada, pretende tão somente reiterar a importância de reconhecer o nível secundário enquanto facilitador, e porque não dizer, considerando a perspectiva apontada acima por Pinheiro e Luz (2005), *condicionante*, do acesso ao atendimento de acupuntura. Essa opção, de ofertar uma prática inovadora e não convencional como a acupuntura na rede de atenção à saúde, sinaliza uma interface voltada para a integralidade e a universalidade de acesso, e parte do pressuposto de que as racionalidades médicas alternativas podem ser complementares à medicina convencional e não serem suas oponentes (PINHEIRO; LUZ, 2005).

No contexto do município M16, é possível observar que o atendimento de acupuntura foi uma opção a mais a ser ofertada para a qualidade do atendimento do CF, o que pode ser identificado nos discursos do gestor e do acupunturista quando ambos mencionam a acupuntura como “algo a mais para o paciente, para a qualidade [...]” (E.F.A e E.G.). No entanto, quando são questionados sobre a PNPIC e se têm algum conhecimento sobre essa política, eles afirmam “não” conhecerem. O desconhecimento por parte do gestor e da

acupunturista revela a ausência de consonância entre a prática local com o que é proposto nacionalmente.

De acordo com a pesquisa de Galhardi (2010), sobre o conhecimento dos gestores da saúde sobre a PNPIC, dos 42 entrevistados, 38% desconhecem a PNPIC e 31% conhecem pouco, ou seja, não conhecem em detalhes o conteúdo. Estes dados mostram que este problema não ocorre apenas com o município M16, mas também faz parte das realidades de outros municípios brasileiros no tocante às PIC.

Diante disso, notamos que os resultados do micro contexto mostram que a acupuntura no município M16 ainda não é pensada como principal prática de saúde na rede de serviços, ou seja, ela é uma opção de tratamento dentro do Centro de Fisioterapia e de oferta secundária dos profissionais e restrita aos usuários de saúde que ali frequentam, dificultando, assim, a garantia dos princípios da universalidade e a transformação da prática da acupuntura como matriz da promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Apesar de o município em questão estar em consonância com algumas diretrizes da PNPIC no tocante à acupuntura, as mesmas são implementadas sem o conhecimento da política, o que indica que a PNPIC não influenciou no fortalecimento da oferta da prática, distanciando ainda mais as políticas públicas locais das propostas nacionais. Sabemos que é importante no processo de descentralização o poder de decisão dos municípios e a autonomia que possuem para formular e implementar políticas adequadas ao contexto local, mas é preciso repensar a garantia da promoção da “articulação intersetorial para efetivação desta Política Nacional” descrita na PNPIC (BRASIL, 2008a, p. 58) e relacionada às responsabilidades institucionais dos gestores (federal, estadual e municipal). Uma vez sem esta articulação entre o nível local, estadual e municipal há o fortalecimento de práticas cada vez mais isoladas e sem perspectiva de emancipação, o que vai de encontro com a própria PNPIC.

No centro fisioterápico, as diversas ações desenvolvidas acontecem dentro e fora das suas instalações, em seis outros locais como mencionado anteriormente no depoimento do gestor. E no conjunto das ações ofertadas, o atendimento de acupuntura é mais uma opção inserida no nível secundário de atenção, como terapia complementar à fisioterapia. No entanto ainda não há perspectiva de um fluxo de encaminhamento na rede para atendimento direto para a acupuntura, conforme mostra o extrato do discurso a seguir:

*[...] a população que sabe que existe o serviço é a população que de alguma forma já frequentou o Centro e viu que lá tinha acupuntura, mas não que a população saiba que exista o serviço de acupuntura pelo SUS (grifo nosso) [...] O carro chefe é fisioterapia, se a fisioterapia não está dando muito resultado, vamos tentar acupuntura, **nunca ninguém chegou pra mim direto pra acupuntura (grifo nosso), não sei nem como pelos encaminhamentos do município, da rede (grifo nosso), nem sei como esse paciente chegaria só para acupuntura, acho que por enquanto essa possibilidade não existe (grifo nosso).** (E.F.A. M16)*

No micro contexto, o conhecimento da população usuária do SUS local é sobre o atendimento de fisioterapia na rede de saúde e não necessariamente sobre a oferta de acupuntura, essa condição coloca em evidência a necessidade de se desenvolver a terceira diretriz da política quanto à “divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/Acupuntura para usuários, profissionais de saúde e gestores do SUS” (BRASIL, 2008a). Conforme preconiza a diretriz, essa divulgação requer planejamento, necessidade de investimento em capacitação específica de profissionais, recursos variados, inclusive financeiros, o que pode se traduzir em uma dificuldade para o gestor local e mesmo para a equipe de saúde. Além dessas dificuldades mencionadas, o estudo realizado no Estado do Mato Grosso do Sul por Karpiuck e Sousa (2012) aponta que a divulgação das PIC/acupuntura também não é realizada nos municípios para não gerar aumento da demanda em função da falta de condição do município/serviço em ampliar a oferta por dificuldades relacionadas à contratação ou remanejamento deste profissional, ou à lógica de funcionamento da rede, predominantemente pautada no modelo biomédico, hierarquizado e centrado na doença, e cuja inserção da acupuntura se restringe ao nível secundário e fora da AB. Essa característica organizacional da rede de atenção, onde a APS não faz a coordenação do sistema, e a oferta da acupuntura fica apenas no serviço de especialidade e fora da AB, consiste em um dos importantes desafios a ser superado para consolidar a implantação da acupuntura na AB.

No micro contexto, segundo o depoimento do acupunturista, a oferta da acupuntura voltada para a AB, com encaminhamento direto para a acupuntura dentro da rede de saúde ainda não é possível, situação que vai de encontro com a primeira diretriz da PNPIC quanto ao “[...] incentivo à inserção da MTC-Acupuntura [...] com ênfase na atenção básica” (BRASIL, 2008a, p. 29). Essa realidade mostra que mesmo que o município tenha uma rede de atenção à saúde, e na composição dessa rede tenha uma estrutura de média e alta complexidade que oferta a acupuntura, essa oferta restrita ao nível secundário acaba por fortalecer a acupuntura somente como um atendimento, sem a possibilidade, ainda, de fazer parte da AB e assim integrar a rede de atenção à saúde enquanto racionalidade médica.

Para Tesser e Luz (2008), a oferta da acupuntura e demais racionalidades médicas à população na rede básica é uma estratégia promissora de enriquecimento e ampliação do coeficiente de integralidade nas práticas do SUS. Reiteramos aqui nosso reconhecimento da importância dessa oferta no nível secundário como fator bastante positivo e sinalizamos nossa preocupação com a falta de ênfase da oferta da acupuntura na AB, integrando a rede de atenção à saúde, sendo esse um desafio a ser superado.

Outro aspecto relevante na análise da categoria contexto, que também emergiu das falas dos entrevistados, foi o **financiamento do setor**. Os recortes das entrevistas expostos abaixo permitem fazer uma discussão, mesmo que brevemente, sobre o mecanismo de financiamento e os gastos existentes dentro do setor. No extrato do discurso que segue, identificamos que o mecanismo de financiamento do serviço onde é ofertada a acupuntura é da atenção especializada, como argumenta o entrevistado: “Ele (centro de fisioterapia) é do SUS, mas não com recurso do PAB, com recursos próprios de produção e informação do sistema [...]” (E.G. M16)

O Piso de Atenção Básica (PAB) é um mecanismo de subdivisão dos recursos para o financiamento da Atenção Básica e da Assistência de Média e Alta Complexidade, transferidos para Estados e municípios. Uma das condições de participação do município na gestão do SUS é a Gestão Plena do Sistema Municipal, na qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território, ou seja, os recursos são transferidos do Fundo Nacional para os Fundos Municipais de Saúde, também conhecida como transferência fundo a fundo (BRASIL, 2003b).

Além do PAB, conforme preconiza a Emenda Constitucional 29 (EC-29), os municípios contam com recursos próprios, como é caso do município em estudo, cujos percentuais de recursos próprios destinados à saúde foram de 19,73% no ano de 2008, 25,49% no ano de 2011 e 28,93% no ano de 2013. O processo de descentralização e de municipalização da saúde é um processo importante para que os municípios tenham autonomia nas ações a serem desenvolvidas localmente, para tanto precisam estar habilitados na gestão plena do Sistema. No caso da PNPIC, essa pactuação possibilita cadastrar/informar os serviços de média e alta complexidade no sistema de informação com códigos específicos: 134 – Práticas Integrativas e Complementares, 001 – Acupuntura e dentre os procedimentos “07.101.01-5 – Sessão de acupuntura com inserção de agulhas, 07.102.01-1 – Sessão de Acupuntura - Aplicação de ventosas / Moxa, 07.102.02-0 – Sessão de eletroestimulação e 07.103.01-8 – Práticas Corporais em Medicina Tradicional Chinesa (BRASIL, 2008a, 2011e).

Este município e todos os demais que são habilitados na gestão plena participam

da divisão de recursos nas diferentes esferas de gestão e por meio dos códigos específicos para lançamento nos sistemas de informação podem informar/lançar e acompanhar as ações realizadas, o repasse para os procedimentos realizados, monitorar, avaliar e assim ter melhores condições para planejar e desenvolver suas ações locais referentes às PIC/acupuntura no âmbito do SUS.

Além do mecanismo de financiamento, os discursos apontaram que, nos gastos existentes do setor, o município arca com as requisições de material para acupuntura, conforme a fala do gestor: “Hoje eu sempre passo nas requisições de pedido de material e sempre é aprovado” (E.G. M16) e dentre insumos disponíveis, o acupunturista menciona que: “O que tem desde o início assim, são as agulhas da acupuntura sistêmica [...] um tipo só. A gente tem algumas coisas de auricular [...] as agulhas são fornecidas pelo município” (E.F.A. M16).

A garantia do acesso aos insumos estratégicos para MTC/Acupuntura é preconizada pela quarta diretriz da PNPIC, na perspectiva da garantia da qualidade e segurança das ações, a qual contempla agulhas descartáveis de tamanhos e calibres variados entre outros insumos (BRASIL, 2008a). Embora nas entrevistas não tenha sido explorado quem ou qual setor especificamente aprova a requisição e paga as agulhas fornecidas, entendemos a aprovação e fornecimento do município como ações fundamentais para a continuidade do atendimento da acupuntura e, com base na orientação dessa diretriz, chamamos a atenção para a necessidade de ampliação dos insumos estratégicos os quais sejam agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados; moxa; esfera vegetal e metálica para acupuntura auricular; copos de ventosa; equipamento para eletroacupuntura e mapas de pontos de acupuntura (BRASIL, 2008a).

Categoria atores

Para Araújo e Maciel (2001), além de identificar os principais atores envolvidos direta ou indiretamente na política em estudo, é importante apontar a posição destes frente à política, identificando se estes atores apoiam ou não a mesma. Para Mattos e Baptista (2011, p.70), “os estudos de políticas remete à compreensão de que são os sujeitos que fazem a história [...] sendo importante reconhecer suas diferentes inserções e atribuições”.

Na discussão dessa categoria, apresentamos a **identificação dos atores**, bem como o **apoio** destes na implantação da acupuntura, a atual escassez de atores na implementação, e como esses aspectos refletiram no processo de inserção da acupuntura nesse

município.

A história da oferta da acupuntura no CF do SUS do município M16 contou com a participação de vários fisioterapeutas acupunturistas. Destes, participaram da pesquisa dois sujeitos: o atual coordenador do CF que foi indicado pela assessora do gestor municipal e a acupunturista do CF. Destacamos que ambos os entrevistados atuam no CF desde sua criação e início da oferta da acupuntura no município.

No município, os entrevistados não indicaram conselheiros municipais de saúde ou outros atores ligados diretamente ao processo de implantação da acupuntura, no entanto apontaram diferentes atores que pela iniciativa e aceitação podem ser considerados **apoiadores** do processo de implantação da acupuntura no CF, como revela fala do acupunturista: “A coordenadora da época era acupunturista” (E.F.A. M16) e também a fala do gestor:

Em 2008 a fisioterapeuta filha do ex-prefeito teve a ideia desse projeto do centro de fisioterapia, né [...] vamos dizer assim, centralizar os pacientes no centro de fisioterapia. E ela fez acupuntura. Então ela colocou a partir daí eu acredito né, dentro dos projetos de atendimento [...] No começo tinham três fisioterapeutas acupunturistas [...] ela teve a ideia, falou e todos do centro aceitaram. (E.G. M16)

Entendemos por apoiador, neste caso, aquele que direta ou indiretamente realiza ações em prol da política pública da oferta da acupuntura, desde a estruturação da ideia e implantação/implementação até os que estão envolvidos na assistência. Nas entrevistas não foram identificados opositores da política, o que indica um aspecto facilitador de continuidade da oferta da prática e até mesmo a ampliação da mesma. Ter um contexto favorável e sujeitos que apoiam a oferta da acupuntura no SUS é fundamental, principalmente no momento atual que atravessamos, onde o processo de institucionalização da PNPIC sinaliza que sua consolidação no sistema ainda não se efetivou e há muitos desafios a serem superados (SIMONI, 2013).

Diante dessa consideração, assinalamos que a iniciativa dos profissionais praticantes das PIC em prol dessa oferta na rede de atenção à saúde do SUS precisa se estender aos diferentes sujeitos: gestores, usuários, comissões locais de saúde, conselhos municipais de saúde, entidades formadoras, grupos de promoção de saúde, equipes de saúde da família, demais profissionais do SUS, acadêmicos, pesquisadores e professores de universidades, a fim de contribuir para fortalecer essa oferta no SUS.

Atualmente, no município M16, há somente um acupunturista atendendo na rede de atenção à saúde do SUS local. Concomitante à criação do centro, houve um concurso na

prefeitura para fisioterapeutas, no qual dentre os aprovados, três eram acupunturistas. Destes três: um é a filha do prefeito que, além de atuar como fisioterapeuta e acupunturista, também coordenou o centro por seis meses. Após esse período mudou a gestão da cidade em função das eleições, ela saiu da coordenação e continuou somente como fisioterapeuta acupunturista. Posteriormente saiu de licença-maternidade seguida de afastamento, no qual está até hoje. O outro atuou por um tempo e depois saiu. O terceiro fisioterapeuta é o acupunturista que está até hoje.

Com a saída de dois fisioterapeutas, novos fisioterapeutas foram chamados, porém estes não tinham formação em acupuntura, por essa razão a oferta ficou restrita a um único profissional. Vale destacar que este foi um dos entrevistados enquanto acupunturista e o outro, também fisioterapeuta do CF desde o início, atualmente coordenador, foi entrevistado enquanto gestor. Essa compreensão é importante na medida em que a categoria atores no tocante a recursos humanos disponíveis é discutida abaixo.

Destaca-se que a filha do ex-prefeito foi uma atora social devido ao exercício de influência familiar, pois contribuiu substancialmente para a implantação da acupuntura neste município, como descreve Mattos e Baptista (2011) sobre a mediação na política entre sujeitos que exercem diferentes posições e espaços no debate político que, neste caso, o fato de ser a filha do ex-prefeito favoreceu a implantação/implementação da prática no SUS, exercendo a posição de mediadora direta com a pessoa de poder político no município.

Apesar da filha do ex-prefeito ter conquistado junto ao poder executivo e demais instâncias a realização do concurso público para fisioterapeuta, poderia administrativamente ter articulado legalmente para que pelo menos fosse definido um número de fisioterapeutas acupunturistas. Se esta iniciativa tivesse sido assegurada não estaria correndo o risco de não se ter profissional fisioterapeuta acupunturista atuando no serviço público deste município ou este seria menor.

Além de contar apenas com um profissional atuando, o gestor aponta outras questões: “Porque pela demanda que a gente tem na fisioterapia eu não consigo deslocar uma físico pra ir lá fazer isso (acupuntura)” (E.G. M16). A questão sobre recursos humanos caracteriza-se por ser um dos grandes desafios dos gestores públicos no âmbito da efetiva institucionalização das PIC no SUS, seja pelo número reduzido, seja pela formação entre outros (WHO, 2002). Ainda dentro da disponibilidade de recursos humanos na rede de atenção, é necessário mencionar também dificuldade relacionada à **insuficiência de profissionais na Atenção Básica** com repercussão direta sobre a oferta da acupuntura.

Nesse sentido, entendendo também o processo político como dinâmico, e nele o

papel essencial dos diferentes sujeitos envolvidos, há de se pensar em ampliar o escopo de atores no município M16, conforme sugerem Araújo e Maciel (2001), os quais sejam instituições, organizações sociais que se mobilizem direta ou indiretamente, se constituindo em (re)formuladores e implementadores, para somar esforços (dentro os muitos que se fazem necessários), com o intuito de contribuir rumo ao avanço no processo de consolidação e institucionalização da PNPIC no SUS.

Nesse município, os profissionais que exercem a acupuntura são exclusivamente fisioterapeutas com especialização em acupuntura. A oferta da acupuntura no município em estudo é realizada pela fisioterapia desde a implantação até o momento presente, o que corrobora a realidade nacional. A fisioterapia é pioneira em exercer e reconhecer a acupuntura como especialidade no Brasil, desde 1988, e ao longo da última década vem desenvolvendo ações de representatividade política e de responsabilidade social, de ensino, pesquisa e extensão com responsabilidade social em defesa e desenvolvimento da Especialidade de Acupuntura Fisioterapêutica no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE FISIOTERAPEUTAS ACUPUNTURISTAS (SOBRAFISA), 2014).

Segundo o relatório de gestão do Ministério da Saúde (2010) (BRASIL, 2011a), o levantamento de procedimentos de MTC-acupuntura por profissional no Brasil nos anos 2009 e 2010 mostrou que os fisioterapeutas acupunturistas estão entre os profissionais que mais realizam procedimentos de acupuntura no SUS. Essa inserção de profissionais com regulamentação em acupuntura é estimulada e concebida pela PNPIC como uma estratégia propícia para a estruturação e fortalecimento da atenção em MTC-Acupuntura no SUS (BRASIL, 2008a).

A presença de fisioterapeutas com formação em acupuntura e a abertura da gestão parecem ter sido fundamentais para o processo de implantação no SUS local, convergindo com a PNPIC em dois aspectos importantes: a preconização da oferta da acupuntura no SUS em todos os níveis do sistema, nesse caso, a especialidade (também chamado nível de atenção secundário) e a premissa do desenvolvimento da acupuntura em caráter multiprofissional para as categorias profissionais presentes no SUS, no caso, fisioterapeutas (BRASIL, 2008a). Essa realidade encontrada no M16 é um fator muito positivo para o exercício da acupuntura em caráter multiprofissional, que inclusive é orientado pela PNPIC (BRASIL, 2008a), embora ainda haja muitos conflitos e tensões sobre essa temática.

Estudo sobre a acupuntura no Sistema Único de Saúde e a inserção de profissionais não médicos, realizado entre 1999 e 2007 em todo o território nacional, apontaram aumento nos registros de consultas efetuadas por profissionais não médicos

(SANTOS et al., 2009). Tesser e Luz (2008), ao discutirem a legitimação das racionalidades médicas e sua interface com a integralidade nas práticas do SUS, mencionam o êxito dessa oferta na rede básica e a ampla aceitação de profissionais de saúde, não sem conflitos e tensões por parte de alguns, em geral médicos e suas corporações.

Embora as tensões decorrentes do Ato Médico no tocante à acupuntura tenham tido abrangência nacional, inclusive com mobilização de diversas categorias profissionais envolvidas e nesse contexto a mobilização dos fisioterapeutas por meio da SOBRAFISA, no município estudado essas tensões e conflitos não emergiram nos depoimentos dos entrevistados, o que não possibilita fazer questionamentos ou reflexões mais aprofundadas nessa direção.

Por outro lado, olhar o processo de inserção da acupuntura, em um Centro Fisioterápico, possibilita refletir essa inserção restrita a esse centro *versus* a possibilidade de inserção e expansão da oferta nos demais serviços públicos de saúde da rede municipal como um todo. Nesse sentido, assinalamos que a iniciativa dos diferentes atores envolvidos na oferta da acupuntura nesse município foi tímida, uma vez que os atores participantes desse momento não reuniram forças suficientes para se mobilizarem e se articularem para implantar um programa dentro da rede municipal de saúde, o que poderia contribuir para a construção de uma política para as PIC no nível municipal, e não somente uma prática de saúde.

Categoria processo

Para análise dessa categoria, segundo Araújo e Maciel (2001) na formulação e implementação da política, devem ser identificados os seguintes aspectos: o processo de tomada de decisão, a extensão da política, o tipo da política, a forma de implementação entre outros. Além dos aspectos apontados por esses autores, também são considerados os aspectos apontados por Viana (1996): construção da agenda, formulação, implementação e avaliação. Para apresentação e discussão dos dados deste município, abordaremos sobre a tomada de decisão e iniciativa dos profissionais, construção da agenda, formulação da política e forma de implementação da política.

O processo de inserção da acupuntura no SUS do município M16 ocorreu a partir da iniciativa de uma fisioterapeuta acupunturista em centralizar os atendimentos de fisioterapia em um único espaço, pois estes eram feitos em clínicas particulares conveniadas ao SUS. Nesse espaço centralizado para a oferta da fisioterapia, em decorrência da formação em acupuntura dos fisioterapeutas, a acupuntura também passou a ser ofertada. Embora o

processo de tomada de decisão e de construção da agenda, a formulação e a forma de implementação não tenham sido explícitos nas falas dos sujeitos, esses aspectos emergiram subentendidos, sendo capturados nas entrelinhas, conforme mostram recortes dos depoimentos abaixo:

O SUS era atendido nas clínicas particulares que atendem convênios. Antes da criação do centro fisioterápico, os atendimentos de fisioterapia eram feitos em clínicas particulares conveniadas ao SUS. Agora no início partiu disso, vamos fazer um centro [...] Dos fisioterapeutas que entraram pelo concurso, por coincidência também eram acupunturistas, então passaram a ser inseridos no serviço também. Não houve um projeto escrito, um levantamento de necessidades, elaboração propostas ou um plano de ação com metas e objetivos traçados, nem reunião e mobilização de diferentes grupos, de profissionais, de pessoas da comunidade ou do conselho municipal de saúde [...] se não fosse empregado pela fisioterapeuta filha do prefeito, nós colocaríamos sem dúvida (pois tinha uma abertura de quem tava na gestão para poder inserir) (E.G. M16).

[...] então quando eu cheguei o Centro já estava montado, eu fui chamada pouco depois, um mês mais ou menos depois que a equipe começou. Então o serviço de acupuntura já existia, né, por questão da coordenadora da época que era acupunturista também e implementou [...] (E.F.A. M16)

O fato de o município ofertar a acupuntura no serviço público, ou seja, ter implantado este atendimento no SUS local da forma como implantou, centrado em uma pessoa, que possivelmente tinha na condição de filha do prefeito uma articulação favorável, traduz como esse processo se deu, sem os aspectos essenciais considerados por Araújo e Maciel (2001) e Viana (1996): sem levantamento de necessidades, sem construção de agenda, sem propostas redigidas, sem aprovação do conselho de saúde, sem a devida mobilização de atores. Esse conjunto de aspectos, ou melhor, de ausência de todos esses aspectos acaba por caracterizar como foi esse processo. O que havia era o espaço físico, pessoas com formação na área, uma abertura política favorável, um contexto favorável e a iniciativa de uma pessoa, cuja ideia foi passada ao grupo de fisioterapeutas do centro e teve aceitação de todos. Assim a acupuntura passou a ser ofertada.

No município M16, a composição de sujeitos envolvidos com a oferta da acupuntura no SUS local refletiu diretamente tanto o contexto quanto o processo dessa implantação. Com a criação do centro de fisioterapia, a fisioterapeuta (acupunturista e coordenadora do centro no início da implantação) teve a iniciativa, ou seja, a tomada de decisão, de ofertar a acupuntura e a hidroterapia entre outras práticas que pudessem contribuir com a melhora do usuário de saúde. O primeiro aspecto positivo a ser considerado, na história da inserção, foi a iniciativa do profissional de saúde em oferecer a acupuntura no SUS local.

Esse apontamento remete à história da inserção das PIC nos serviços de saúde, pela iniciativa dos profissionais que em 2003 solicitaram a elaboração de uma Política Nacional ao ministro da saúde (SIMONI, 2013). Ou seja, tanto no micro quanto no macro contexto que permeiam a categoria processo, a iniciativa dos profissionais que trabalham com as PIC se mostra fundamental para a inserção dessas práticas nos serviços de saúde do SUS.

Diante desse quadro, identificamos que “a política já foi posta em ação” e a partir do que já está implantado no município, consideramos então ser fundamental rever o processo de implementação, conforme orientam Araújo e Maciel (2001) e Viana (1997). Para tanto, destacamos a necessidade de se construir uma agenda, estabelecer as prioridades e definir as ações programáticas e estratégicas no tocante à oferta da acupuntura. Também é imprescindível rever sua formulação e nesse sentido reformular a política, por meio da elaboração de um planejamento, com metas e ações bem delimitadas, com definição de prazos, atores responsáveis e recursos necessários. E ainda, avaliar e monitorar continuamente as ações desenvolvidas, as formulações e reformulações constantes da política.

Nesse processo observamos que não foi implantada uma política pública de saúde no campo da acupuntura/PIC no município local, o que houve foi a implantação do atendimento de acupuntura em um serviço de saúde. Embora essa implantação tenha ocorrido após dois anos da publicação da PNPIC, a política nacional não contribuiu para a construção de uma política local no âmbito das PIC.

Categoria conteúdo

Segundo Mattos e Baptista (2011), os conteúdos são pontos que merecem destaque nos estudos de política, pois a partir deles é possível verificar os conceitos utilizados, seja nos documentos institucionais, nos discursos oficiais, nas falas de sujeitos participantes e em outros veículos. Para esses autores, “reconhecer e tratar um conteúdo é buscar as linhas de sentido de uma ação política na visão dos diferentes grupos e sujeitos em disputa” (p. 77).

No município M16, a proposta de ofertar acupuntura é atrelada à mais qualidade ao paciente, o que perpassa uma dimensão social e econômica que pode ser apreendida nos discursos dos sujeitos entrevistados, conforme recortes das falas apresentadas abaixo:

[...] a acupuntura é outra ferramenta que a gente tem como fisioterapeuta pra tentar combater a perda da funcionalidade do paciente. Então é outra área, né, que nós usamos também não só sozinha, não só única, mas assim complementando e interagindo o

tratamento global do paciente, não só de uma lesão específica. (E.G. M16)

[...] uma melhor qualidade de atendimento ao paciente. Então ao invés dele procurar um setor de tratamento que o trataria com uma simples técnica, ele vai ter uma diversidade maior de como a gente consegue obter essa melhora. (E.G. M16)

E da parte econômica pra muitos que não têm esse acesso né, às vezes nem conhece. [...] E o poder aquisitivo deles se fosse procurar um tratamento particular desses não conseguiria, a maioria deles. Então é tentar fazer essa, é buscar meio de o paciente também ter acesso à acupuntura mesmo que eles não têm condições. (E.G. M16)

Pelos depoimentos, no serviço de fisioterapia do município M16, não é possível identificar se as pessoas usuárias do SUS têm possibilidade de escolha ao atendimento de acupuntura, o que fica claro é que a acupuntura é uma “ferramenta” a mais para o tratamento no centro de fisioterapia. Notamos que a perspectiva social do município é garantir a oferta da acupuntura apenas para a população que já adoeceu, a fim de recuperar a funcionalidade, sem a proposta de promover saúde e prevenir doenças. Vale ressaltar a oferta da prática *restrita* ao aspecto funcional do paciente que revela uma interface voltada para uma prática biomédica, nesse sentido, distante do paradigma da MTC, que Luz (2005, p. 162) define como “um paradigma centralizado na saúde, e não na doença, como a biomedicina.” Essa interface vai à contramão da abordagem proposta pela acupuntura e requer olhar atento dos diferentes atores, especialmente dos acupunturistas que estão à frente da produção do cuidado.

Em relação à perspectiva econômica, esta se revela restrita aos usuários de saúde que por sua vez realizam acompanhamento no CF, sendo assim, o acesso não é universal.

Além das perspectivas discutidas acima, também foi possível identificar algumas ações que são desenvolvidas:

Então eu lanço no sistema (...) porque é acupunturista e tem o procedimento respectivo. Antes não era informado assim, antes era mais uma ferramenta que fazia parte de todos nós que aplicamos para prevenção e reabilitação do paciente, mas era lançado dentro do procedimento do CID do paciente... Então entrava como um tratamento, mas não era devidamente lançado como acupuntura. Então se fosse pegar os relatórios do SIA que a gente informa todos os procedimentos que nós executamos dentro da fisioterapia não vai ter da acupuntura de 2008 até 2013. Nós começamos lançar devidamente em março de 2013. (E.G. M16)

Eu enxergo que tem que ser devidamente lançado o que a gente faz com o paciente, né, porque antes eu não sei a palavra certa, antes era um pouco de descaso da parte burocrática. Então o paciente chega, avalia, não, é esse CID, é esse o procedimento e vai lá ser atendido. Não. Então hoje a gente consegue diferenciar o que a gente faz e o que a gente não faz dentro do centro de fisioterapia. Então amanhã ou depois pensando numa melhora do paciente a gente pode ter recurso [...] Então a gente tem uma série histórica onde a gente pode buscar e falar assim, não, mas foi oferecido acupuntura também. Então eu consegui fazer isso pra gente amanhã ou depois analisar e falar o que foi feito e o que não foi feito pra essa evolução positiva ou mais ou menos. (E.G. M16)

[...] na gestão atual do centro neste ano, a gente começou a registrar os atendimentos de acupuntura de maneira correta, não sei o que você viu nos registros, antes até era feito, mas não era registrado como sessão (de acupuntura) [...] Tem no CNES, lá, mas não tem detalhamento. (E.F.A. M16)

As ações relatadas nas entrevistas são predominantemente associadas ao sistema de informação e revelam o desacerto dos lançamentos de acupuntura desde o início, a superação dessa dificuldade e procedimentos lançados de maneira correta atualmente, o que foi verificado também na análise documental realizada neste estudo, e ainda o reconhecimento da visibilidade que o sistema de informação pode oferecer das ações desenvolvidas, não apenas ações atuais, mas também dos anos anteriores e futuramente.

A ação realizada pelo atual coordenador do CF é vista como um fator positivo e fundamental para avaliar a prática da acupuntura local e, com isso, proporcionar possíveis mudanças na implementação da oferta de acordo com tal avaliação. Esta ação vai ao encontro da quinta diretriz da MTC-Acupuntura “Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação para MTC/Acupuntura” e para isso torna-se necessária a criação de códigos de procedimentos para desenvolver ações de avaliação e acompanhamento (BRASIL, 2008a).

Os sistemas de informações são importantes ferramentas para obtenção de um gerenciamento com resultados e efeitos esperados, propiciam conhecimento sobre a realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades que vão desde ferramentas para o cadastramento até o registro de dados voltados para o gerenciamento da capacidade instalada e produzida entre outros, capazes de auxiliar no planejamento em saúde.

Mesmo em face de sua importância, o uso adequado dos sistemas de informação em saúde ainda é um desafio a ser superado, pois muitos registros ainda revelam desigualdades, incoerências e subnotificações. A análise documental deste estudo também fez esse apontamento no tocante à oferta da acupuntura pelos municípios estudados.

Em relação aos projetos a serem desenvolvidos, de acordo com Sampaio (2006, p. 27), “o conjunto de significados que sustentam a política e que se expressam nos programas, projetos e nas mais diversas ações programáticas e produtos”, o que pode contribuir para a apreensão das construções subjetivas na produção das políticas públicas. Assim, os recortes abaixo assinalam algumas intenções referentes à criação de futuros projetos:

É um projeto pra 2014 a implantação da acupuntura, é, na saúde mental, é, nos postos de saúde. Então eu não vejo só como hoje uma ferramenta do centro de fisioterapia. Então o que tem que ser feito é um estudo ali de campo pra saber é se na saúde mental vai ter uma acupunturista que vai poder tocar o serviço [...] Eu acredito que sim, porque eu entreguei agora um planejamento anual pro departamento de saúde e nele pedi três

fisioterapeutas, dois T.O e um educador físico. O que eu deveria colocar pensando nesse próximo projeto é no edital especificar qual especialidade. (E.G. M16)

[...] poderia ser ampliado nem que fosse pra um posto só, eu acho assim divulgar na verdade [...] um serviço de acupuntura no município, não precisaria ser fisioterapeuta, poderia ser qualquer outro profissional acupunturista [...] mas eu acho que seria interessante ter o serviço no município, não na fisioterapia. (E.F.A. M16)

Os recortes das falas apontam uma intencionalidade no sentido da ampliação da oferta da acupuntura em outros serviços de saúde, incluindo o da Atenção Básica e da inserção de outros profissionais acupunturistas além do fisioterapeuta. Como converter essas ideias em atitudes concretas, colocando-as em prática no cotidiano dos serviços? Esperamos que o projeto acima mencionado passe do mundo das ideias para o papel, se concretize na prática, e seja realmente implementado e não apenas implantado.

No âmbito da gestão da atenção à saúde, um processo estratégico para a atuação dos gestores trata da adoção do planejamento, e este está fortemente vinculado aos instrumentos que resultam e realimentam o seu processo – como planos, programas, projetos e relatórios (BRASIL, 2009d).

O projeto pode ser entendido como:

[...] um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações, limitadas no tempo, das quais resulta um produto que concorre para a expansão ou o aperfeiçoamento da ação de governo (BRASIL, 1999b).

Desse modo os projetos contemplam propostas, orientam o desenvolvimento de ações e alcance de objetivos, dão visibilidade dos recursos e gastos e são fundamentais na elaboração do Plano de Saúde e do Relatório de Gestão (BRASIL, 2009d), e são esses os documentos que expressam o compromisso político das ações em saúde do gestor e sua equipe.

Nessa perspectiva, a elaboração de projetos e propostas relacionados à acupuntura e demais PIC deve integrar esses instrumentos de gestão. Tais instrumentos de gestão podem até não garantir a execução das propostas e projetos, mas certamente norteiam as ações planejadas, contribuem para o monitoramento e avaliação entre o que foi proposto e executado e, ainda, como são instrumentos de acesso público, podem ser acompanhados e cobrados por todos aqueles que se interessarem.

Essa é uma providência que há de ser pensada pelos gestores do município M16, uma vez que os instrumentos de gestão analisados na pesquisa documental não descrevem

propostas e ações voltadas para a acupuntura. Também pode ser considerada como uma medida profícua para a PNPIC, pois projetos podem contribuir para sua ampliação e fortalecimento.

Assim sendo, destacamos um apontamento, no qual chamamos a atenção para a necessidade do município M16 **formular, no Plano Municipal de Saúde, a política de saúde de acupuntura**, incluindo programas, projetos e ações e buscando definir seus objetivos e metas com auxílio das diretrizes da PNPIC (BRASIL, 2008a). Para tanto é importante contar com o apoio e a orientação da DRS XIII e Ministério da Saúde. Fazer da oferta da acupuntura uma política de saúde requer assumir o compromisso político por meios legítimos para tal, os quais incluem: adotar o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde, o Relatório Anual de Gestão e demais instrumentos de gestão a serem apresentados e submetidos à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de criação do SUS e da PNPIC apresenta semelhanças entre si, guardando as devidas proporções, as quais a presente análise permite destacar: a mobilização e participação social na ocasião da formulação e implantação, a fundamentação teórica na perspectiva da saúde como direito e a preconização de um modelo de atenção e gestão centrado na pessoa, com foco na saúde, na integralidade da atenção e do cuidado, pautado pelos paradigmas vitalista e holístico.

E ambos: SUS e PNPIC, ainda, não se consolidaram por razões também semelhantes, com destaque para: o subfinanciamento, a atual “estagnação” na mobilização e participação social, o enfrentamento da contradição de se ter o referencial baseado na perspectiva da saúde como um bem social dentro de uma sociedade onde as leis do mercado neoliberal são tensionadas com muita propriedade e força, e o modelo de atenção, ainda, predominantemente centrado no médico com foco na doença, pautado pelos paradigmas biologicista e mecanicista e o processo de gestão também com esforço para ser descentralizado, no entanto com características evidentes de verticalização e pouca participação nas decisões, dos diferentes seguimentos envolvidos no setor saúde.

Nesse macro contexto, ao considerar o período deste estudo, 2001 a 2011, mudanças significativas, principalmente no campo legislativo e de criação de políticas públicas de saúde, foram elaboradas no intuito de contribuir para o desenvolvimento das ações em saúde e da gestão no âmbito do SUS e da PNPIC. A análise mostrou um vasto arcabouço teórico-conceitual, abordando questões sobre estratégias de planejamento e gestão de saúde, à disposição de gestores, trabalhadores de saúde e cidadãos, no mínimo desde a década de 1990, a exemplo das Leis 8080 e 8142 e inúmeros outros documentos, os quais sejam portarias, decretos, leis e cadernos do Ministério da Saúde que vêm sendo cada vez mais aperfeiçoados e elaborados, tanto em linguagem técnico-profissional e acadêmica quanto em linguagem popular.

Não obstante, a análise de ambos micro contextos permite afirmar que, embora se trate de municípios distintos, com diferentes contextos e atores, a utilização de estratégias de planejamento e incorporação de instrumentos de gestão ainda é incipiente e precisa de investimento para seu aprimoramento. Mais incipiente ainda é o processo de incorporação da acupuntura e da PNPIC no SUS. Apesar da constatação dessa realidade, para os dois municípios nos quais a oferta da acupuntura foi identificada, é fundamental enfatizar o reconhecimento que essa oferta significa e, sobretudo, o avanço que representa na direção da integralidade e da universalidade, nas perspectivas do cuidado e da gestão, na atenção em saúde. Nessa perspectiva, a análise da oferta da acupuntura, nos diferentes municípios por

meio da matriz analítica de Araújo e Maciel (2001), possibilitou tecer algumas considerações e reflexões em cada uma das categorias analisadas.

Considerando inicialmente o município M18, a análise da categoria contexto revela que a atual estrutura da rede de atenção à saúde tem restrição no fluxo de encaminhamento e na indicação de pacientes para o atendimento de acupuntura, o que limita a oferta, dificulta o acesso, o fortalecimento e a ampliação da acupuntura no SUS. Além da rede de serviços, também identificamos dificuldades quanto ao financiamento e às questões em torno da (in)disponibilidade de recursos humanos relacionados basicamente à dificuldade do profissional da AB poder exercer acupuntura na rede, ao modelo de atenção da rede centrado no atendimento médico, à dificuldade de repor os acupunturistas que saíram e/ou irão sair da rede e não ter o cargo de acupunturista no quadro de pessoal na Secretaria Municipal de Saúde.

Na análise da categoria atores, foram identificados sujeitos apoiadores, cuja história da implantação se revela como fruto da organização e da participação conjunta dos sujeitos do movimento social e do grupo multiprofissional. Também foram identificadas diferentes formas de oposição quanto à acupuntura, como proibição, “perseguição”, preconceito, resistência de aceitação entre outras e, conseqüentemente, seus opositores, médicos e conselhos de medicina, tanto no passado quanto no presente. Foram apreendidos os jogos de interesse e o poder corporativo e econômico em relação à acupuntura e demais PIC na rede pública de saúde. No interesse e no poder corporativo foram apontados médicos e conselho de medicina, e quanto ao interesse e poder econômico, estão as indústrias farmacêuticas e os conselhos de medicina.

A análise da categoria processo revelou que o processo de implantação da acupuntura no serviço público de saúde foi mais intenso na sua fase inicial, e que atualmente o processo de implementação da acupuntura e do programa municipal é marcado por um retrocesso, pela atual falta de participação e de mobilização dos diferentes sujeitos sociais, pela estagnação e restrição da oferta, pela falta de influência e apoio da PNPIC no nível local e pelos diversos problemas e necessidades ao longo do processo de implementação, caracterizando, assim, um processo de implementação em declínio que põe em dúvida a garantia da sua sustentabilidade, caso a dinâmica social que envolve a dimensão técnica e política nos processos de decisão não seja modificada.

A análise da categoria conteúdo se deu em duas partes distintas e divergentes entre si. Na primeira parte, a análise mostra a incorporação da acupuntura e do Programa de Fitoterapia e Homeopatia dentro de uma perspectiva social, na qual a oferta da acupuntura

congrega benefícios associados à integralidade e à universalidade de acesso, na qual a saúde é tomada como um direito e, nessa compreensão, se articula também dentro de uma perspectiva política e de uma dimensão cultural. Na segunda parte, a análise se dá basicamente acerca das ações no âmbito da acupuntura e do Programa de Fitoterapia e Homeopatia no nível municipal, revelando que o desenvolvimento atual da oferta da acupuntura está centrado exclusivamente no atendimento ambulatorial, e que existem contradições quanto às ações de divulgação e falta de planejamento e propostas para a acupuntura e para o Programa de Fitoterapia e Homeopatia, o que também põe em dúvida a garantia da sua sustentabilidade, caso não haja uma reconstrução e reelaboração de propostas e ações do corpo técnico para serem pautadas nos diferentes espaços de decisões políticas.

Diante dessas considerações, a análise assinala, ao longo dos anos, as lacunas existentes quanto às ações, às propostas e ao planejamento no âmbito da acupuntura, seja enquanto prática a ser ofertada na rede pública de saúde, seja enquanto política de saúde a ser desenvolvida pelo Programa de Homeopatia e Fitoterapia na esfera local. Vale ressaltar, inclusive, que o PMS 2014-2017 não tem nenhum registro de propostas e ações para serem desenvolvidas no âmbito da acupuntura nem no âmbito do Programa!!! Nesse sentido, o presente momento é configurado pelo descompromisso com a acupuntura, demais RM/PIC e PNPIC por parte dos atores responsáveis pela gestão local, no atual planejamento municipal da saúde.

Embora essa realidade seja dura e triste, encará-la de frente é mais que necessário. Descortinar essa realidade significa, sobretudo, reconhecer que esse programa carrega uma história de muitas lutas e conquistas de diversos atores comprometidos com a saúde na perspectiva da cidadania e da integralidade, lutas vividas inclusive sob a liderança presente, marcante, contínua e incansável da coordenadora desse programa. Portanto, reconhecer essa história e respeitá-la significa enfatizar a importância da necessidade urgente de tomar medidas e atitudes que garantam e assegurem a continuidade do Programa e da oferta da acupuntura e demais RM/PIC no SUS local.

Considerando o município M16, a análise da categoria contexto revela que na rede de serviços de saúde a oferta da acupuntura, no nível secundário de atenção, é mais uma opção inserida no conjunto das ações ofertadas, como terapia complementar à fisioterapia, sendo que ainda não há perspectiva de um fluxo de encaminhamento na rede para atendimento direto para a acupuntura, e o mecanismo de financiamento do serviço onde acontece com recursos próprios e de produção e informação do sistema.

Na análise da categoria atores, foram apontados diferentes atores apoiadores na

implantação e não foram apontados opositores da oferta da acupuntura na implantação e implementação. A dificuldade relacionada à insuficiência de profissionais na Atenção Básica com repercussão direta sobre a oferta da acupuntura também foi apreendida nessa categoria analítica.

A análise da categoria processo revela que a oferta da acupuntura no centro de fisioterapia se deu sem levantamento de necessidades, sem construção de agenda, sem propostas redigidas, sem aprovação do conselho de saúde, com a mobilização de um número restrito de atores – fisioterapeuta e secretário de saúde, onde a relação de parentesco pode ter sido um fator de decisão relevante. Mediante o espaço físico existente, pessoas com formação na área, uma abertura política favorável, um contexto favorável e a iniciativa de uma pessoa, a acupuntura passou a ser ofertada. Nesse processo observamos que não foi implantada uma política pública de saúde no campo da acupuntura/PIC no município local, o que houve foi a implantação do atendimento de acupuntura em um serviço de saúde. Embora essa implantação tenha ocorrido após dois anos da publicação da PNPIC, a política nacional não contribuiu para a construção de uma política local no âmbito das PIC.

Pela análise da categoria conteúdo, foi possível apreender a proposta de ofertar acupuntura atrelada a mais qualidade ao paciente, o que perpassa uma dimensão social e econômica. Dentre as ações realizadas, além do atendimento, predominam as associadas ao sistema de informação, cuja dificuldade no início da oferta foi aos poucos superada, sendo os procedimentos lançados de maneira correta atualmente, dando visibilidade das ações desenvolvidas ao gestor. Vale salientar que não há descrição de propostas e ações voltadas para a acupuntura nos instrumentos de gestão analisados. Assim sendo, destacamos um apontamento, no qual chamamos a atenção para a necessidade do município M16 formular, no Plano Municipal de Saúde, a política de saúde de acupuntura, incluindo programas, projetos e ações e buscando definir seus objetivos e metas com auxílio das diretrizes da PNPIC (BRASIL, 2008a).

No município M16, a oferta da acupuntura, subsidiária ao tratamento de fisioterapia, não promoveu a criação de um programa municipal no âmbito das RM/PIC e, assim, não se constituiu como uma política de saúde no nível local, mesmo o atendimento de acupuntura tendo iniciado dois anos após a publicação da PNPIC. Já no município M18, o Programa de Homeopatia e Fitoterapia é a expressão política, no nível local, da regionalização e descentralização do SUS e da oferta das RM/PIC no serviço público de saúde, cuja iniciativa se deu mesmo antes da publicação da PNPIC.

Em ambos os municípios, a oferta da acupuntura se dá no nível secundário e

reiteramos aqui nosso reconhecimento da importância dessa oferta nos centros especializados como fator bastante positivo e sinalizamos nossa preocupação com a falta de ênfase da oferta da acupuntura na AB, integrando a rede de atenção à saúde, sendo esse um desafio a ser superado. Para tanto, é importante contar com o apoio e a orientação do DRS XIII e do Ministério da Saúde.

Fazer da oferta da acupuntura uma política de saúde requer assumir o compromisso político por meios legítimos para tal, os quais incluem: adotar o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde, o Relatório Anual de Gestão e demais instrumentos de gestão, a serem apresentados, discutidos e submetidos à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

A presente análise assinala que as PIC tiveram avanços, valendo-se das oportunidades do contexto político-social da saúde pública no Brasil, um exemplo é a própria elaboração e publicação da PNPIC. No entanto seus princípios e diretrizes ainda estão distantes de serem considerados e valorizados como recursos tecnológicos em ascendência, na conformação das práticas de saúde do SUS. Essas considerações sinalizam um cenário de fragilidades, contradições e contrassensos que podem comprometer a construção e consolidação de espaços de ampliação da prática da acupuntura nos serviços integrantes do SUS, incluindo os da Atenção Básica.

Os atores que têm a PNPIC como prioridade não estão conseguindo ocupar os espaços de poder, e os que ocupam os espaços de poder não têm a PNPIC como prioridade. O atual contexto é desfavorável, pois não existem bases fortes e bem estruturadas de mobilização e participação na sociedade atual. Estamos vivendo um momento social de subordinação.

Como vem sinalizando a professora Madel Luz, “nós saímos da marginalidade e entramos na periferia do sistema”. Perante esse cenário, nossas reflexões nos instigam a questionar “como sairemos da periferia rumo ao centro?”

Nessa direção, destacamos a necessidade de investir na definição do financiamento para a implantação e implementação das PIC, bem como envidar esforços na área de formação de saúde, contemplando, desde a graduação, essas outras racionalidades. Ainda vale destacar que, nos diversos espaços onde os gestores circulam, inclusive no Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) dos diversos Estados do país, precisariam colocar na pauta de suas agendas essa temática, além de outros espaços onde se investe em estratégias para mudança de modelo de atenção, pautado na Portaria nº 2.488 de 2011 que regulamenta a PNAB (BRASIL, 2011).

Para tanto será essencial priorizar a acupuntura e as PIC na agenda política dos formuladores e implementadores, pautar a discussão sobre a acupuntura nos diferentes espaços de discussão e decisão, inclusive nos conselhos locais e municipais de saúde, elaborar e incluir propostas e ações nas programações anuais de saúde, fomentar uma mobilização maciça com a participação de gestores, profissionais de saúde, controle social, serviços de saúde, universidades, cidadãos usuários e diferentes segmentos da sociedade, enfrentando as dificuldades e complexidades existentes, inclusive estimulando a reponsabilidade e a corresponsabilidade dos diferentes atores no desenvolvimento desse processo político.

Nessa perspectiva, é fundamental induzir processos de implantação implementação e avaliação, institucionalizar uma estratégia periódica de avaliação da incorporação ou não de ações das PIC/RM, instituir e oficializar uma avaliação que envolva os diferentes atores envolvidos, inclusive os que já usufruem da acupuntura e demais RM/PIC nos serviços públicos de saúde, utilizar plano municipal de saúde e a programação anual de saúde para apresentar estratégias de incorporação e avaliação dessas práticas e, assim, assumir publicamente o compromisso político com a institucionalização das PIC/RM no SUS.

Acreditamos que essa busca significa um processo não só da inserção da acupuntura e de outras racionalidades médicas no SUS. Trata-se de um processo rumo à consolidação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, da Política Nacional de Atenção Básica e, sobretudo, da consolidação do Sistema Único de Saúde.

*REFERÊNCIAS*¹⁴

¹⁴ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NRB 6023

ARAÚJO, J. L. J.; MACIEL, R. F. Developing an operational framework for policy analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 1, n. 3, p. 203-21, 2001.

AYRES, J. R. C. M. Prefácio da edição brasileira. In: ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Unesp/Hucitec, 2006. p. 19-24. NÃO CONSTA CITAÇÃO

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Manual prático de apoio à elaboração de planos municipais de saúde**. Salvador: SESAB, 2009.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: EPSJV (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 11-41.

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

BARROS, N. F. A construção de novos paradigmas na medicina: a medicina alternativa e a medicina complementar. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000b. p. 201-13.

BARROS, N. F. Abram alas para os novos movimentos sociais: Saúde da Família e Práticas Integrativas e Complementares. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, DF, v. 9, p. 62-3, 2008. Edição Especial.

BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; SIMONI, C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 3066-9, dez. 2007.

BRASIL. Ministério do Planejamento. **Programa de Aceleração de Crescimento - PAC**. 2014a. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/upa-unidade-de-pronto-atendimento>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. DATASUS. **Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde** 2014b. Disponível em: <<http://siopsasp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicSP.def>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 07 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013.** Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília, DF, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde – SUS. DATASUS. **Assistência à saúde.** 2013d. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>>. Acesso em: 15 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde – SUS. DATASUS. **Rede assistencial.** 2013e. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906>>. Acesso em: 15 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3 do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 03 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PNAB - Política Nacional de Atenção Básica.** 2012c. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 25 março 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS.** 2012d. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=35&codTpRel=01>>. Acesso em: 21 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Relatório de Gestão 2006/2010.** Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Anexo X - Recomendações das oficinas de trabalho para as Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília, DF, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Anexo 03 - Monitoramento da Inserção das Práticas Integrativas e Complementares.** Brasília, DF, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC.** Brasília, DF, 2009a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 84, de 25 de março de 2009. Adequa o serviço especializado 134 - Serviço de Práticas Integrativas e sua classificação 001 – Acupuntura. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 26 mar. 2009b. Seção 1, n. 58.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.751, de 11 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Pacto pela Saúde. Brasília, DF, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS):** uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília, DF, 2009d. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS:** atitude de ampliação de acesso, Brasília, DF, 2008a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento.** Brasília, DF : Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 18 de março de 2008.** Anexo I de Serviço Especializado/Classificação/CBO Brasília, DF, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008.** Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília, DF, 2008d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.885, de 9 de setembro de 2008.** Institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, DF, 2008e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008.** Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão. Brasília, DF, 2008f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 2. ed. Brasília, DF, 2007a. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006, 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 371, de 14 de junho de 2007.** Institui a Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares no SUS –CIPICSUS. Brasília, DF, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.229, de 24 de maio de 2007.** Aprova as orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União. Brasília, DF, 2007c.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 1, de 08 de junho de 2007.** Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização. Brasília, DF, 2007d.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 853, de 17 de novembro de 2006**. Inclui na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 – Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, DF, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006**. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, DF, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399 / GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006; consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/ GM, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2006g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.085, de 01 de dezembro de 2006**. Regula o Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, DF, 2006h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **12.^a Conferência Nacional de Saúde**. Conferência Sergio Arouca: Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos o SUS que queremos. Brasília, DF, 2003a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**. 2. ed. rev. atual. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.101/ GM, de 12 de junho de 2002**. Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília, DF, 2000a.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.230, de 14 de outubro de 1999**. Dispõe sobre Tabelas: Procedimentos SIA/SUS. Brasília, DF, 1999a.

BRASIL. **Portaria n.º 42, de 14 de abril de 1999**. Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I do § 1º do art. 2º e § 2º do art. 8º, ambos da Lei n.º 4.320, de 17 de março de 1964, estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências. Brasília, DF, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **10ª Conferência Nacional de Saúde**. SUS – construindo um modelo de Atenção à Saúde para a qualidade de vida. Brasília, DF, 1996a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96**, Brasília, DF, 1996b.

BRASIL. **Lei nº 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. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 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 e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b.

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil: emendas constitucionais de revisão. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, DF, 1986.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, G. Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88. **Tempus-Acta de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 2 n. 1, p. 39-51, jul.-dez. 2008.

CARVALHO, L. M. **Mulheres que foram à luta armada.** São Paulo: Globo, 1998. p.484.

CENTRO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (CNPq). Chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE Decit nº 07/2013 - **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no Sistema Único de Saúde.** 2013. Disponível em: <http://www.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas;jsessionid=2C6B4C804BA681727B24A5D4D561D008?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_0ZaM&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-4&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=5&filtro=abertas&detalha=chamadaDivulgada&desc=chamadas&idDivulgacao=3221>. Acesso em: 20 abr 2014.

CORDEIRO, H. **A indústria de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DICIONÁRIO de sociologia. 2014. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/Dicionarios/DICIONARIO-DE-SOCIOLOGIA.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2014.

DALLARI, D. A. **O que é participação política**. São Paulo: Brasiliense, 1999. (Coleção Primeiros Passos, 104).

ESTRELA, W. L. Políticas de saúde e processo de institucionalização das racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares. In: NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I. (Orgs.). **Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. São Paulo: HUCITEC, 2013. p. 191-205.

FERREIRA, C. S.; LUZ, M. T. Shen: categoria estruturante da racionalidade médica chinesa. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 863-75, jul.-set. 2007.

FERRI, S. M. N. **Modelo de acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto-atendimento**: estratégia para reorganização do trabalho e reordenação do acesso à rede de saúde. 2013. 102 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

FREITAS, R. C. M. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 65-74, jan./jun. 2007.

GALHARDI, W. M. P. **A oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde dos municípios de São Paulo**: diferentes atores e distintas institucionalizações. 2010. 265 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Populacional 2010**. 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**: Ribeirão Preto. 2010b. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354340>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

JORNAL DO CNS. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, Número Especial, jan. 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/jornal_cns_jan_especial.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013.

KARPIUCK, L. B.; SOUSA, L. A. **Oferta da acupuntura no SUS**: mapeando o Estado de Mato Grosso do Sul. 2012. 32f. Monografia - Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, FIOCRUZ – Unidade Cerrado Pantanal, Campo Grande 2012. 32f.

- LEVCOVITZ, E.; BAPTISTA, T. W. F.; UCHÔA, S. A. C.; NESPLOLI, G.; MARIANI, M. **Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)**. Brasília, DF: OPAS; 2003. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, 2).
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.
- LUZ, D. Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica. In: NASCIMENTO, M. C. **As duas faces da montanha**: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec, 2006. p 83-141.
- LUZ, H. S. Contribuições da campanha “Democracia na Saúde JÁ!” para a institucionalização da PNPIC. In: NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I. (Orgs.). **Intercâmbio solidário de saberes em saúde**: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 216-231.
- LUZ, M. T. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. (Saúde em Debate, 156).
- LUZ, M. T. As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, DF, v. 9, p. 8-19, 2008. Edição Especial.
- LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do Século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 145-176, 2005. Suplemento.
- LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 17-37.
- LUZ, M. T. **VI Seminário do projeto racionalidades médicas**: estudo comparativo das medicinas ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica em programas públicos de saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1996. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 140).
- LUZ, M. T.; BARROS, N. F. **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

MACHADO, M. H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: MACHADO, M. H. (Org.). **Profissões em saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995. p. 13-25.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A problemática do financiamento da saúde brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 345-362, ago. 2012.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 2011. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/wp-content/uploads/2011/10/LivroCompleto-versao-online.pdf>>. Acesso em: 10 set 2011.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. 226 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MEDICI, A. **A regulamentação da EC-29 e o financiamento da saúde no Brasil**. 2012. Disponível em: <<http://monitordesaude.blogspot.com.br/2012/01/regulamentacao-da-ec-29-e-o.html>>. Acesso em: 6 jan. 2014.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. **A discriminação negativa da saúde universal**: os impasses do financiamento nos governos Lula. 2014. Disponível em: <http://laurocampos.org.br/2014/03/a-discriminacao-negativa-da-saude-universal-os-impasses-do-financiamento-nos-governos-lula/>>. Acesso em: 29 maio 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, A. L. O.; CAMARGO, K. R. Complexo médico-industrial/financeiro: os lados epistemológico e axiológico da balança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 215-38, 2012.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 27. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução Eloá Jacobina. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

NASCIMENTO, M. C. **As duas faces da montanha**: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec, 2006.

NASCIMENTO, M. C. Da panacéia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escrita. **História e Ciências da Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 99-113, 1998.

NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I. **Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. São Paulo: Hucitec, 2013.

NASCIMENTO, M. C.; BARROS, N. F.; NOGUEIRA, M.; LUZ, M. T. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3595-604, 2013.

OLIVEIRA, C. B. (Org.). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 9. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, DF, 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Atención primaria de salud**. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata. Ginebra, 1978.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. 11. ed. Campinas: Papiros, 2005.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 587-60.

PASSARINHO, P. **Os impasses do modelo**. 2010. Disponível em: <<http://laurocampos.org.br/2010/03/os-impasses-do-modelo/>>. Acesso em: 06 jan. 2014.

PAULO, L. F. A. O PPA como instrumento de planejamento e gestão estratégica. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 61, n. 2, p. 171-187, abr.-jun. 2010.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto**. 2008. 237 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar: potência para a (re) construção da prática de saúde e de enfermagem.** 2001. 314 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PEREIRA, M. J. B. **O olhar da enfermeira sobre o treinamento do núcleo do aleitamento materno: um despertar profissional.** 1996. 116 f. Tese (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS/ABRASCO, 2005. p. 7-34.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

PONTAL. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de saúde municipal.** 2013. Disponível em: <<http://www.pontal.sp.gov.br/saude.html>>. Acesso em: 08 maio 2014.

RIBEIRÃO PRETO. **Lei Municipal nº 12.929, de 17 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2012.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Acupuntura.** 2013. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/cregulador/consulta/acupuntura.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2013.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Complexo regulador.** 2014a. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/cregulador/i16ind-comp-regulador.php>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.** 2014b. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/conselho/i16cms-apresent.php>>. Acesso em: 24 abr 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Organograma da Secretaria Municipal de Saúde**. 2014c. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/organizacao/i16sms.php>>. Acesso em: 26 mar. 2014.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec/Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SALLES, S.A.C. **Homeopatia, Universidade e SUS: resistências e aproximações**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild: Fapesp, 2008. 210p.

SAMPAIO, J. **A construção de novas políticas públicas como caminho para a prevenção da aids**. 2006. 222 f. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em aids. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 3, p. 335-46, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n3/31905.pdf>>. Acesso em: 15 mar 2011.

SANTOS, F. A. S.; SOUSA, I. M.; GURGEL, I. G.; BEZERRA, A. F.; BARROS, N. F. Integrative practice policy in Recife, northeastern Brazil: an analysis of stakeholder involvement. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1154-9, 2011.

SANTOS, F. A. S.; GOUVEIA, G. C.; MARTELLI, P. J. L.; VASCONCELOS, E. M. R. Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção de profissionais não- médicos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 4, p. 330-4, 2009.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2014.

SANTOS, N. R. Implantação e funcionamento dos Conselhos de Saúde no Brasil. In: CARVALHO, M. C. A. A.; TEIXEIRA, A. C. C. (Orgs.). **Conselhos Gestores de Políticas Públicas**. São Paulo: Pólis, 2000. (Publicações Pólis, 37). 144p.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Departamentos Regionais de Saúde**. 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/content/geral_estrutura_regionais_de_saude.mmp>. Acesso em: 10 jan. 2013.

SIMONI, C. D. Processo de institucionalização das RM e PICS: relato de uma experiência de gestão. In: NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I. (Orgs.). **Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 206-15.

SIMONI, C. D.; BENEVIDES, I.; BARROS, N. F. As práticas integrativas e complementares no SUS: realidades e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, DF, v. 9, p. 70-6, 2008. Edição Especial.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FISIOTERAPEUTAS ACUPUNTURISTAS (SOBRAFISA). 2014. Disponível em: <<http://www.sobrafisa.org.br/>>. Acesso em: 25 jan 2014.

SOUSA, I. M. C.; BODSTEIN, R. C. A.; TESSER, C. D.; SANTOS, F. A. S.; HORTALE, V. A. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimento no SUS e em municípios selecionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143-54, nov. 2012.

SOUZA, E. F. A. A. **Nutrindo a vitalidade: questões contemporâneas sobre a racionalidade médica chinesa e seu desenvolvimento histórico cultural**. 2008. 225f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

TEIXEIRA, C. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.

TEMPORÃO, J. G. **Para onde vai o SUS?** In: SEMINÁRIO CONASS, set. 2013. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/conassdebate/wp-content/uploads/2013/09/Temporao.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2014.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p. 914-20, 2008.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, fev. 2008.

THIAGO, S. C. S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 249-57, 2011.

- THOMAS, S.; GILSON, L. Actor management in the development of health financing reform: health insurance in South Africa, 1994- 1999. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 19, n. 5, p. 279-91, 2004.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.
- VIANA, A. L. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. cap. 10, p. 205-15.
- VIANA, A. L. Abordagens metodológicas e políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, 1996.
- VIANNA, C. M. M. Estruturas do Sistema de Saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 375-90, 2002.
- WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policyanalysis. **Health Policy Planning**, Oxford, v. 9, n. 4, p. 353-70, 1994.
- WEN, T. S. **Acupuntura clássica chinesa**. São Paulo: Cultrix, 2006.
- WENBU, X. I. **Tratado de medicina chinesa**. São Paulo: Rocca, 1993.
- WENDHAUSEN, A. **O duplo sentido do controle social, (des) caminhos da participação em saúde**. Itajaí: UNIVALI, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Traditional medicine strategy 2002 – 2005**. Geneva, 2002.

APÉNDICES

Apêndice A – Quadros organizativos da análise das entrevistas no Município M18

Quadro 1 – Apresentação dos trechos das entrevistas por sujeitos, segundo os aspectos da Categoria Atores, Ribeirão Preto, Dezembro de 2013.

Aspectos considerados na categoria \ Sujeitos	GM	CP	MSCS1	MSCS2	FGMP	GCE	ACE	ACEREST	ASF
Identificação dos sujeitos									
Grau de mobilização – apoiadores e opositores									
Jogos de interesse e poder – econômico e corporativo									

Quadro 2 – Apresentação dos trechos das entrevistas por sujeitos, segundo os aspectos da Categoria Contexto, Ribeirão Preto, Dezembro de 2013.

Aspectos considerados na categoria \ Sujeitos	GM	CP	MSCS1	MSCS2	FGMP	GCE	ACE	ACEREST	ASF
Rede de serviços existentes									
Disponibilidade de recursos humanos									
Financiamento do setor									

Quadro 3 – Apresentação dos trechos das entrevistas por sujeitos, segundo os aspectos da Categoria Processo, Ribeirão Preto, Dezembro de 2013.

Aspectos considerados na categoria \ Sujeitos	GM	CP	MSCS1	MSCS2	FGMP	GCE	ACE	ACEREST	ASF
Atual falta de participação e de mobilização dos diferentes sujeitos sociais									
A estagnação e restrição da oferta									
A falta de influência e apoio da PNPIC no nível local									
Diversos problemas e necessidades ao longo do processo de implementação									

Quadro 4 – Apresentação dos trechos das entrevistas por sujeitos, segundo os aspectos da Categoria Conteúdo, Ribeirão Preto, Dezembro de 2013.

Aspectos considerados na categoria \ Sujeitos	GM	CP	MSCS1	MSCS2	FGMP	GCE	ACE	ACEREST	ASF
Incorporação da acupuntura e do Programa de Fitoterapia e Homeopatia numa perspectiva política, social e cultural.									
Ações no âmbito da acupuntura e do Programa de Fitoterapia e Homeopatia.									

Legenda:

GM - Gestor Municipal

CP - Coordenador do Programa

MSCS1 – Conselheiro de Saúde de integrante do Movimento Social 1

MSCS2 – Conselheiro de Saúde de integrante do Movimento Social 2

GCE – Gerente do Centro de Especialidades (CE)

ACE – Acupunturista do CE
 ACEREST – Acupunturista do CEREST
 ASF – Acupunturista da Saúde da Família Rural

Quadros organizativos da análise das entrevistas no Município M16

Quadro 5 – Apresentação dos trechos das entrevistas por sujeitos, segundo os aspectos da Categoria Atores, Ribeirão Preto, Dezembro de 2013.

Aspectos considerados na categoria \ Sujeitos	EFA	EG
Identificação dos atores		
Apoiadores		
Insuficiência de profissionais na AB		

Quadro 6 – Apresentação dos trechos das entrevistas por sujeitos, segundo os aspectos da Categoria Contexto – Micro Contexto, Ribeirão Preto, Dezembro de 2013.

Aspectos considerados na categoria \ Sujeitos	EFA	EG
Rede de serviços existentes		
Financiamento do setor		

Quadro 7 – Apresentação dos trechos das entrevistas por sujeitos, segundo os aspectos da Categoria Processo, Ribeirão Preto, Dezembro de 2013.

Aspectos considerados na categoria \ Sujeitos	EFA	EG
Tomada de decisão, iniciativa dos profissionais		
Construção da agenda		
Formulação da política		
Forma de implementação da política		

Quadro 8 – Apresentação dos trechos das entrevistas por sujeitos, segundo os aspectos da Categoria Conteúdo, Ribeirão Preto, Dezembro de 2013.

Aspectos considerados na categoria \ Sujeitos	EFA	EG
Perspectiva político-social e econômica		
Ações		
Projetos		

Legenda:

GCE – Gerente do Centro de Especialidades (CE)
 EFA – Entrevistado Fisioterapeuta Acupunturista do CE

Apêndice B - Roteiro para a entrevista semiestruturada

Identificação - para todos os sujeitos

Sigla do Nome: Idade (em anos): Município:
Formação/profissão: Atuação (atual) na AB: Tempo nessa atuação:
Tempo total de atuação da AB (nessa atuação e em outras, caso tenha):

Questões norteadoras - para todos os sujeitos

- 1- Esse município oferta a acupuntura pelo SUS. Para você, o que justifica essa oferta? (esferas política, econômica e social)
- 2 - Você teve condições de se interar sobre quando começou o atendimento de acupuntura nos serviços de saúde da atenção básica do município?
- 3 - Você teve condições de se interar sobre o que motivou a implantação da acupuntura aqui no município?
- 4 - Seria possível me dizer como que aconteceu essa decisão? Qual era o contexto do momento? Quem participou?
- 5 - Quais são os serviços de saúde do SUS que oferecem acupuntura neste município?
- 6 - Como está articulação da rede de serviços com o programa/acupuntura?
- 7 - A PNPIC foi aprovada em maio de 2006. Você teve oportunidade de se interar sobre essa política?
- 8 - Você teve oportunidade de ver como essa política chegou na saúde pública (na Secretaria Municipal de Saúde - SMS) do município?
- 9 - Você poderia apontar pessoas ou mesmo instituições e organizações sociais em potencial envolvidas na formulação ou implantação da acupuntura no SUS em MUNICÍPIO? E ainda pessoas ou mesmo instituições e organizações sociais em potencial para ampliar e fortalecer a acupuntura no SUS do município?
- 10 - Você conhece alguma instituição e ou movimento social que é atuante na área da acupuntura?
- 11 - Como ocorre o acesso do usuário ao serviço de acupuntura? Inclusive considerando que a pessoa não sabe que tem acupuntura na rede municipal de saúde.
- 12 - Considerando a acupuntura nos serviços deste município e as recomendações do MS, nos serviços que oferecem acupuntura:
 - O que você considera interessante, que é feito, e, portanto é necessário manter?
 - O que você considera interessante, que não é feito, e, portanto é necessário implantar/criar?
 - O que você não considera interessante, que é feito, e, portanto é necessário reconstruir/transformar/eliminar?
 - O que você não considera interessante, que não é feito, e, portanto é necessário que não se instale?

Questões norteadoras - específicas para os diferentes sujeitos

Secretário municipal de saúde () ou sua indicação ():

- 1 - O que te motivou a dar continuidade nessa oferta?
- 2 - No caso específico das metas para a acupuntura previstas no PMS, quem contribui para atingir essas metas?
- 3 - Que recursos são necessários para atingir as metas? (Pessoas, recursos materiais, financeiros)
- 4 - Tem concurso para acupunturista? Está no quadro de pessoal ter acupunturista? Quantos são os acupunturistas? Quem são?
- 5 - Tem alguém do Conselho Municipal de Saúde que lida especificamente com as questões da acupuntura e do programa?
- 6 - Nos PMS, em relação ao programa e à acupuntura estão descritas algumas propostas como: ofertar, divulgar, capacitar equipe, ampliar equipe de coordenação, ampliar médicos acupunturistas, entre outras. Você pode me explicar como, onde e quando acontece cada uma dessas propostas?

Coordenador programa:

- 1 - Qual a composição da equipe do programa no nível central/SMS? Há quanto tempo essas pessoas estão na equipe? (diferenciar equipe-coordenação de equipe-assistência)
- 2 - Como coordenadora, você conta com alguém para te ajudar aqui no nível central? Se sim, o que essa pessoa faz? As atividades do programa (relatórios, solicitação de material, encaminhamento de ofício e outros) são realizadas por quais pessoas? Se vier alguém aqui procurar, quem responde? No caso de falta, férias, tanto no nível central quanto na assistência, quem responde?
- 3 - Tem concurso para acupunturista? Está no quadro de pessoal ter acupunturista? Quantos são os acupunturistas? Quem são?
- 4 - Você tem alguma interlocução com SP (secretaria estadual)? Se sim, qual é, como é? Me dê exemplo.
- 5 - Você ou alguém da equipe tem alguma inserção/representação em outros espaços (local/regional/ nacional) da PNPIC? Ou em outros espaços que o programa esteja representado?
- 6 - Tem grupo gestor na secretaria? Você ou alguém do programa faz parte? Se não participa, esse grupo gestor decide algo no programa?
- 7 - Como tem sido a participação dos atores deste programa (profissionais e usuários) nas conferências municipais de saúde? Você tem incluído o programa e a acupuntura na pauta das reuniões do conselho? Tem tido as deliberações para o programa? Como elas têm sido incorporadas ou não? Me dê exemplo.
- 8 - Tem alguém do Conselho Municipal de Saúde que lida especificamente com as questões da acupuntura?
- 9 - No caso específico das metas para a acupuntura previstas no PMS, quem contribui para atingir essas metas?
- 10 - Que recursos são necessários para atingir as metas? (Pessoas, recursos materiais, financeiros)
- 11 - Na sua visão qual a posição (interesse, sensibilidade, opinião, se defende ou não) do Conselho Gestor e demais programas e departamentos da SMS em relação ao programa e acupuntura? Por onde você percebe isso, qual ação ou situação te permite dizer que eles são interessados ou não?

- 12 - Nos PMS, em relação ao programa e à acupuntura estão descritas algumas propostas como: ofertar, divulgar, capacitar equipe, ampliar equipe de coordenação, ampliar médicos acupunturistas, entre outras. Você pode me explicar como, onde e quando acontece cada uma dessas propostas?

Sujeitos ligados ao movimento social e grupo multiprofissional

- 1 - Como estava a rede de saúde do município no momento da implantação da acupuntura?
- 2 - Como foi a discussão do grupo sobre a inserção da acupuntura? E no conselho?
- 3 - Houve interlocução do conselho com os conselhos estadual e federal? Como foi? Ainda há?
- 4 - Qual a articulação que o conselho (ou o grupo) fez com outros atores sociais? (ONG, universidades e outros)
- 5 - O que você tem pra me dizer a respeito da participação popular na definição e desenvolvimento deste programa? E particularmente em relação a acupuntura?
- 6 - Me fale como se dá o encaminhamento para o atendimento de acupuntura. Quem faz, como funciona.
- 8 - Uma comparação da implantação da acupuntura com o que se tem nos dias de hoje, permite que apontamentos?
- 9 - E com relação aos desafios enfrentados na implantação e os desafios atuais, o que você me diz?
- 10 - O que você considera que foi fundamental para se conquistar a implantação desse programa?
- 11 - Hoje qual o seu papel em relação à acupuntura?

Acupunturista:

- 1 – Quais ações você desenvolve? São desenvolvidas outras atividades além do atendimento clínico/consulta?
- 2 - Que material que você utiliza? Que agulhas você utiliza? Além de agulhas, você utiliza outros materiais ou recursos, quais?
- 3 - Há um planejamento, um monitoramento e uma avaliação destas ações de acupuntura?
- 4 - De onde vem os encaminhamentos para o atendimento de acupuntura aqui? Me fale como se dá o encaminhamento para o atendimento de acupuntura aqui.
- 5 - Como foi sua contratação? Como é que se dá a contratação para acupunturistas na rede municipal de saúde? O profissional acupunturista está no quadro de pessoal da SMS? É previsto concurso para acupunturista?
- 6 - Você saberia me dizer, atualmente, quantos são os acupunturistas? Quem são? Onde atuam?
- 7 - Você trabalha aqui exclusivamente como acupunturista? Já atuou como acupunturista em UBS ou outros serviços da AB?
- 8 - Você sabe me dizer qual dá a comunicação entre o serviço que oferece atendimento de acupuntura com coordenação e com os demais programas e departamentos da SM



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

APENDICE C – Termo de Consentimento Livre e Escalrecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr (a) _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Acupuntura no SUS – Realidade e Perspectivas” que tem como objetivo analisar o processo de implantação da acupuntura nos serviços de saúde dos municípios integrantes do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII) do Estado de São Paulo, no período de 2001 a 2011. As informações que o(a) senhor(a) nos der serão úteis para podermos melhorar as formulações de políticas de saúde e implementação de práticas de saúde locais e com sua participação o(a) senhor(a) estará contribuindo para melhoria do processo de organização das ações de saúde em acupuntura em nossa região.

Assim, gostaríamos de convidá-lo (a), para a participação no projeto, contando com sua autorização para uma entrevista, o que nos possibilitará dar sequência neste estudo. O seu nome será mantido em sigilo e as informações serão consideradas confidenciais.

As informações que o(a) senhor(a) nos der na entrevista serão tratadas anonimamente, de acordo com as normas da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde; ainda, embora essa pesquisa não ofereça nenhum risco, caso o senhor sinta algum desconforto, seja pelo assunto a ser tratado, seja pelo tempo da entrevista, a mesma pode ser interrompida e prosseguir em outro momento, ou não, de acordo com sua vontade. Também a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento. Os resultados obtidos serão utilizados na tese de doutorado, em publicações e eventos científicos.

O (a) senhor(a) terá garantia de receber a resposta de qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca de procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa com a qual estará participando, de receber informação atualizada sobre o estudo. E não terá gastos em participar da pesquisa.

Este TCLE será emitido em duas vias, ambas assinadas, sendo que uma cópia ficará com o (a) senhor(a) e outra com os pesquisadores.

Agradecemos sua colaboração, nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária, e aguardamos o mais prontamente possível sua confirmação quanto à participação nesta pesquisa para que possamos iniciar sua entrevista.

Atenciosamente.

Leandra A. de Sousa

Maria José Bistafa Pereira

Pesquisadora: (016) 3602-3394

Orientadora do Projeto de Pesquisa: (016) 3602-3391

Departamento de pós Graduação Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Avenida Bandeirantes, 3900. Monte Alegre, Ribeirão Preto-SP. Email: leandra.sousa@usp.br

Eu, _____, residente no endereço _____
 aceito participar da entrevista do projeto de pesquisa “Acupuntura no SUS – Realidade e Perspectivas”, e
 estou ciente de que a entrevista terá duração de cerca de 40 minutos, será gravada e seus resultados tratados
 sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este
 consentimento.

_____, ____ de _____ de 2012.

Assinatura

ANEXO

Anexo A – Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avanida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 072/2013

Ribeirão Preto, 20 de março de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 20 de março de 2013.

Protocolo CAAE: 06067812.2.0000.5393

Projeto: Acupuntura no SUS - Realidade e Perspectivas.

Pesquisadores: Maria José Bistafa Pereira
Leandra Andréia de Sousa

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof. Dr. Maria José Bistafa Pereira
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acupuntura no SUS - Realidade e Perspectivas

Pesquisador: Leandra Andreia de Sousa

Área Temática: Área 9. A critério do CEP.

Versão: 3

CAAE: 06067812.2.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 223.966

Data da Relatoria: 06/03/2013

Apresentação do Projeto:

Análise de pendência, elencada em parecer anterior, relativa à inadequação do TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Após as correções realizadas, o TCLE esta adequado.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pendência foi atendida.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP



Considerações Finais a critério do CEP:

RIBEIRAO PRETO, 20 de Março de 2013

Assinador por:

Lucila Castanheira Nascimento
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

Nirvana Saṅgāḥ

*Não sou mente nem razão; não sou ego nem memória;
 Não sou audição, nem paladar, nem olfato nem visão.
 Não sou espaço nem terra; não sou fogo nem ar.
 Minha natureza é consciência e plenitude. Sou Ser, sou Ser.*

*Não sou o que se conhece como prāṇa nem os cinco alentos;
 nem os sete elementos do corpo físico, nem os cinco kośas.
 Não sou fala, nem mãos ou pés; nem sexo nem eliminação.
 Minha natureza é consciência e plenitude. Sou Ser, sou Ser.*

*Não tenho apego nem aversão; nem ambição, nem ilusão;
 orgulho e inveja não são meus; não tenho deveres,
 nem objetivos, nem desejos, nem busco a libertação.
 Minha natureza é consciência e plenitude. Sou Ser, sou Ser.*

*Não sou virtude nem ação errônea; nem alegria nem sofrimento;
 nem mantras nem lugares sagrados; nem escrituras nem rituais;
 não sou prazer nem o que produz prazer, nem o desfrutador.
 Minha natureza é consciência e plenitude. Sou Ser, sou Ser.*

*Não sou morte nem medo; não tenho classe social;
 nem pai, nem mãe, nem nascimento são meus;
 não tenho parentes nem amigos; nem mestre nem discípulos.
 Minha natureza é consciência e plenitude. Sou Ser, sou Ser.*

*Sou livre de pensamentos. Sou livre de estrutura e forma;
 Estou conectado com os sentidos, pois permeio o existente.
 Não sou apegado nem condicionado, nem [busco a] liberdade.
 Minha natureza é consciência e plenitude. Sou Ser, sou Ser.*

(Ādi Śaṅkarāchārya)