

***A Política Nacional de Praças Integrativas e  
Complementares no Sistema Único de Saúde  
– Uma Visão Crítica***



## SUMÁRIO

- I. Introdução
- II. O Sistema Único de Saúde
- III. O Conselho Nacional de Saúde
- IV. O processo de aprovação
- V. As Especialidades Médicas na Política Nacional de Práticas Integrativas
- VI. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
- VII. Bibliografia Consultada



# ***A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde - Uma Visão Crítica***

**Antônio Carlos Martins Cirilo**

*“A verdadeira viagem do descobrimento não consiste em procurar as paisagens, mas em ver com os olhos.” (Marcel Proust)*

## **I. Introdução:**

O presente documento apresenta uma análise crítica elaborada pela Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura, acerca do conteúdo da Portaria N°971, de 03 de maio de 2006, que recomenda a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde.

Parte do princípio que a Acupuntura se configura como Especialidade Médica e não como prática complementar e utilizou como embasamento a legislação brasileira relacionada ao Sistema Único de Saúde, à regulamentação das profissões de nível superior relacionadas à saúde, ao exercício da profissão médica e à regulamentação acerca da educação de nível superior, contemplando as Diretrizes Curriculares nacionais estabelecidas pelo Ministério da Educação e Cultura.

Da análise do documento intitulado Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares- Resumo Executivo, ao conteúdo da Portaria N°971/GM/2006 observa-se a consideração acerca da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura e da Homeopatia como sistemas médicos complexos,



porém com significativa mudança de rumos quanto à implementação das diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde.

Face à dimensão do conteúdo da legislação federal relacionada às ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados, no âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como aos seus aspectos intersetoriais, os comentários elaborados foram inseridos em cada um dos tópicos apresentados.

## **II. O Sistema Único de Saúde**

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o **Sistema Único de Saúde (SUS)**.

A **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. Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

**As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados, contratados ou conveniados, que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:**

I - **universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;



- II - **integralidade de assistência**, entendida como **conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso** em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - **preservação da autonomia das pessoas** na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - **igualdade da assistência à saúde**, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - **direito à informação**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - **divulgação de informações** quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - **utilização da epidemiologia** para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - **descentralização político-administrativa**, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - **conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos** da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - **capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência**; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a **evitar duplicidade de meios para fins idênticos**.



O Ministério da Saúde, por meio da Portaria N° 174/GM, de 27 de janeiro de 2006, instituiu a **CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE (CRTS)**, de **caráter consultivo** e vinculada ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde - da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, com **representantes do Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e Emprego**, de cada um dos **Conselhos** integrantes do **Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área da Saúde**, da **Associação Médica Brasileira**, da **Associação Brasileira de Enfermagem**, da **FENTAS**, da **Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS** e de **entidades científicas das profissões da área de saúde**, com as seguintes funções:

I - **debater ações de regulação profissional** para as profissões e ocupações da área de saúde;

II - **sugerir mecanismos de regulação profissional** da área de saúde;

III - **sugerir iniciativas legislativas** visando regular o exercício de novas profissões e ocupações na área de saúde.

#### **COMENTÁRIOS:**

- i. A competência privativa da União para legislar sobre a organização do sistema nacional de emprego e as condições para o exercício de profissões, é atribuída pelo inciso XVI do art. 22 da Constituição Federal;
- ii. Incumbe à direção nacional do SUS promover articulação com órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional e com entidades representativas de formação



de recursos humanos na área de saúde, prevista no **inciso IX do art. 16 da Lei. nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**;

- iii. A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde deve se constituir um eficaz mecanismo para auxiliar a regulação do exercício profissional na área de saúde;
- iv. Existem conflitos gerados pelos atuais mecanismos de regulamentação de atos reservados e por iniciativas disciplinadoras do exercício de profissões na área de saúde;
- v. Há necessidade de definição de uma política de regulação de profissões para a área de saúde;
- vi. Há necessidade do **Ministério da Saúde, sempre que requisitado, emitir parecer, sobre o exercício de profissões e ocupações na área de saúde.**

### **III. O Conselho Nacional de Saúde**

O Decreto Nº 99.438, de 7 de agosto de 1990, dispõe sobre a organização e atribuições do **Conselho Nacional de Saúde ( CNS )**, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, ao qual compete, dentre outros:

- ✍ atuar na **formulação da estratégia e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, em nível federal**;
- ✍ acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde,



visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do país; e

- ✍ **articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde**, no que concerne à caracterização das necessidades sociais.

No âmbito do CNS há previsão legal da criação de **comissões de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde ( SUS )**, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

A organização e o funcionamento do **Conselho Nacional de Saúde** encontram-se disciplinados no **Regimento Interno**, aprovado pelo Ministro da Saúde, por meio da Resolução N°291, de 06 de maio de 1999, que também estabelece as suas competências, quais sejam:

I - **Atuar na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde**, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros, e nas estratégias para sua aplicação aos setores público e privado;

II - **Deliberar sobre os modelos de atenção a saúde da população e de gestão do Sistema Único de Saúde;**

III - **Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração de planos de saúde do sistema Único de Saúde**, no âmbito nacional, em função dos princípios que o regem e de acordo com as características



epidemiológicas e das organizações dos serviços em cada jurisdição administrativa (Lei 8.080/90);

IV - **Participar da regulação e do controle social** do setor privado da área de saúde (Lei 8.080/90);

V - **Propor** prioridades, métodos e **estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde** (Lei 8.080/90);

VI - **Aprovar a proposta setorial da saúde**, no Orçamento Geral da União e, participar da consolidação do Orçamento da Seguridade Social, após análise anual dos planos de metas, compatibilizando-o com os planos de metas previamente aprovadas;

VII - **Criar, coordenar e supervisionar Comissões Intersetoriais e outras que julgar necessárias**, inclusive Grupos de Trabalho, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil (Lei 8.080/90);

VIII - **Deliberar sobre propostas de normas básicas nacionais para operacionalização do Sistema Único de Saúde**;

IX - **Estabelecer diretrizes gerais e aprovar parâmetros nacionais** quanto a **política de recursos humanos para a saúde**;

X - Definir **diretrizes e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde**, no âmbito Federal (Leis 8.80/90 e 8.142/90);

XI - **Aprovar a organização e as normas de funcionamento das Conferências Nacionais de Saúde**, reunidas ordinariamente, a cada 4



(quatro) anos, e convocá-las, extraordinariamente, na forma prevista pela Lei 8.142/90;

XII - **Aprovar os critérios para o repasse de recursos** às unidades federadas e a outras instituições e respectivo cronograma e acompanhar sua execução;

XIII - **Aprovar os critérios e valores para remuneração de serviços** e os **parâmetros de cobertura assistencial** conforme art. 26 da Lei 8.080/90;

XIV - **Incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Congresso Nacional e mídia**, bem como com setores relevantes não representados no Conselho;

XV - **Articular-se com outros conselhos setoriais** com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o **fortalecimento do sistema de participação e controle social**;

XVI - **Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde**, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do país;

XVII - **Deliberar** sobre a **necessidade social de novos cursos de nível superior na área da saúde** e cooperar na melhoria da qualidade da **formação dos trabalhadores da saúde**;

XVIII - **Opinar e decidir** sobre **impasses** ocorridos nos **conselhos Estaduais e Municipais de Saúde**, neste último caso, após ouvida a instância estadual na condição de instância recursal;



**XIX - Desenvolver normas sobre ética em pesquisas envolvendo seres humanos** e outras questões no campo da Bioética e acompanhar sua implementação;

**XX - Definir diretrizes gerais para a participação dos diversos provedores no Sistema Único de Saúde;**

**XXI - regulamentar as especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão (Lei 8.080/90);**

XXII - Solicitar ao Ministro da Saúde a substituição do Coordenador Geral da Secretaria Executiva, diante de situações que a justifiquem, por deliberação da maioria absoluta do Plenário do CNS;

XXIII - Articular e apoiar, sistematicamente, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde visando a formulação e realização de diretrizes básicas comuns e a conseqüente potencialização do exercício das suas atribuições legais;

**XXIV - Divulgar suas ações através dos diversos mecanismos de comunicação social;**

**XXV - Manifestar-se sobre todos os assuntos de sua competência.**

As deliberações do Conselho Nacional de Saúde, observado o quorum estabelecido, serão tomadas pela maioria simples de seus membros, mediante:

a) **RESOLUÇÕES**, sempre que se reportarem a responsabilidades legais do Conselho, **que serão homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde** e publicadas no Diário Oficial da União (D.O.U.), no prazo máximo de trinta dias, após sua aprovação pelo Plenário;



- b) **RECOMENDAÇÕES** sobre **tema ou assunto específico que não é habitualmente de sua responsabilidade direta**, mas é relevante e/ou necessário, dirigida a ator ou atores institucionais de quem se espera ou se pede determinada conduta ou providência;
- c) **MOÇÕES** que expressem o juízo do Conselho, **sobre fatos ou situações, com o propósito de manifestar reconhecimento, apoio, crítica ou oposição.**

**O Decreto N°4.878, de 18/11/2003, definiu os participantes do CNS, num total de 40(quarenta), sendo 20 representantes dos usuários, 10 representantes dos trabalhadores em saúde e 10 representantes dos gestores e prestadores de serviços de saúde.**

Em relação aos representantes dos trabalhadores de saúde, encontram-se 7 entidades nacionais de trabalhadores de saúde, 2 entidades da comunidade científica e 1 entidade nacional dos médicos. Quanto aos gestores e prestadores de serviço de saúde existem 6 gestores federais, 1 representante do CONASS, 1 representante do CONASEMS e 2 representantes de entidades prestadoras de serviço de saúde.

**A Resolução CNS N° 333, de 04 de novembro de 2003** estabelece a definição, a organização, a estrutura e funcionamento e as competências dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo.

O Conselho de Saúde é **órgão colegiado, deliberativo e permanente** do Sistema Único de Saúde – SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, **com composição, organização e competência fixadas na Lei n° 8.142/90.**



O Conselho de Saúde consubstancia a **participação da sociedade organizada** na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, **propiciando seu controle social**. **Atua na formulação e proposição de estratégias** e no **controle da execução das Políticas de Saúde**, inclusive, nos seus aspectos econômicos e financeiros.

A **participação da sociedade organizada**, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A Legislação estabelece ainda a **composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados**. O Conselho de Saúde é composto por representantes de Usuários, de Trabalhadores de Saúde, do Governo e de Prestadores de Serviços de Saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

Os **Governos** garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa.

As **decisões** do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quorum mínimo da metade mais um de seus integrantes.

O **Pleno do Conselho** deverá manifestar-se por meio de **resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos**. **As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo.**



Os **Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal** têm competências definidas nas leis federais, bem como, em indicações advindas das Conferências de Saúde, dentre as quais se destacam:

**III - Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.**

**IV – Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde,** incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.

**VIII - Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e RESOLUTIVIDADE, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.**

**XVI - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e** encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

**XVII - Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades,** responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, **bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.**

**XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.**



XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.

XXIV - Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.

### **COMENTÁRIOS:**

2- Não existe, dentre as atribuições do CNS a de regulamentar as competências das diversas profissões de nível superior relacionadas à saúde, no âmbito do SUS, além daquelas previstas na legislação brasileira que regulamenta as profissões de nível superior relacionadas à saúde.

3- Na definição das competências do CNS consta que o mesmo deve *“articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais”*;

4- É competência do CNS criar *“comissões de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde, na esfera correspondente”*;



- 5- O CNS deve apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias;
- 6- O CNS *“deve aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e RESOLUTIVIDADE na área da Saúde, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos”*; mas em relação à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares não definiu e nem apresentou OS CRITÉRIOS DEFINIDORES DE QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE.
- 7- A Lei Nº 8080/90, em seu Artigo 7º, estabelece que as ações e serviços públicos de saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), sejam desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo princípios, dentre eles a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência( Inciso XII) e a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos( Inciso XIII).
- 8- A capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência pode ser entendida como RESOLUTIVIDADE, de acordo com a definição do *“Glossário do Ministério da Saúde, Projeto de Terminologia em Saúde, Série F., Comunicação e Educação em Saúde, Brasília, DF, 1ª Edição, 2004”*, no qual a terminologia está relacionada à categoria **Administração e Planejamento em Saúde** e é definida como *“Eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de*



*saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta”.*

9- De acordo com o *“Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa”* o termo **RESOLUBILIDADE** é um substantivo feminino, cujo sentido é *“a qualidade do que é passível de resolução”*, ou seja, que se pode resolver; que tem solução, qualidade de resolúvel;

**10-** Conforme disposto dentre os **OBJETIVOS** da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Portaria N°971/2006, item 2), **as Práticas Integrativas e Complementares deverão ser incorporadas e implementadas com ênfase na atenção básica à saúde, além de contribuir para o aumento da RESOLUBILIDADE do Sistema.** A mesma terminologia foi adotada na **DIRETRIZ MTC 1**, naquilo que se refere **aos profissionais de saúde com regulamentação em acupuntura, cuja função precípua será atuar na especialidade com RESOLUBILIDADE.** Em se tratando de uma Política Nacional, no âmbito do SUS, somente caberia adotar objetivos e diretrizes que assegurassem **RESOLUTILIDADE.**

**11-** A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares propõe uma **organização dos serviços públicos que não evitou duplicidade de meios para fins idênticos,** quando se considera que:

- i. A Acupuntura já se encontra inserida no SUS e as regras para essa inserção fixadas por meio **Resolução da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação- Resolução CIPLAN N°05/1988**, que **define a competência da execução do procedimento acupuntural à categoria médica** e que continua em

17



**Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura**

Filiada à Associação Médica Brasileira

[www.smba.org.br](http://www.smba.org.br) – E-mail: [smba@baydenet.com.br](mailto:smba@baydenet.com.br)



vigor, aliado ao fato de que **o próprio Ministério da Saúde inseriu a CONSULTA MÉDICA em Acupuntura na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS**, em 1999.

- ii. A **Resolução do Conselho de Educação Superior/MEC, Resolução CES N°04, de 17/12/2002**, define dentre as competências da CNRM- Comissão Nacional de Residência Médica a de **adotar propor medidas, visando a adequação da Residência Médica ao Sistema Único de Saúde( Artigo 13, inciso II)**. **Considerando que a CNRM, é uma instância colegiada e deliberativa e que a mesma aprovou a Residência Médica em Acupuntura, a mesma poderia ser adequada ao SUS.**
- iii. A **CNRM é composta por 9(nove) membros**, dentre os quais **um é representante do Ministério da Saúde**, podendo-se concluir que **é de conhecimento do órgão gestor federal do Sistema Único de Saúde que a Acupuntura é uma Especialidade Médica e que a mesma encontra-se organizada como Residência Médica;**
- iv. Em 1981, a CNRM reconheceu a Medicina da Família e Comunidade como ESPECIALIDADE MÉDICA, com acesso direto, com duração de 2(dois) anos, por meio da **Resoluções CNRM N°07/1981 e CNRM N°01/2002**,



que também poderia ser adequada ao SUS, naquilo que diz respeito à Acupuntura e Homeopatia ;

- v. A **CNRM** por meio do **CONVÊNIO** celebrado com o **Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira** em 2002, com a finalidade de estabelecer critérios para o reconhecimento, a denominação, o modo de concessão e registro de título de especialista e certificado de área de atuação médica, definiu as competências das instituições, cabendo à **CNRM** - credenciar e autorizar o funcionamento dos programas de residência médica; à **AMB** - orientar e fiscalizar a forma de concessão de títulos e certificados; e AO **CFM** - registrar os títulos e certificados. Foi instituída a **COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES**, com representantes das instituições participantes e definida a lista de **ESPECIALIDADES MÉDICAS** onde se encontram a **ACUPUNTURA**, a **HOMEOPATIA**, a **MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**.
- vi. A **LEI Nº 6.932, DE 07 DE JULHO DE 1981**, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências, estabelece em seu **Artigo 6º** que **os programas de Residência Médica credenciados conferirão títulos de especialistas em favor dos médicos residentes neles habilitados, os quais constituirão comprovante hábil para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal de Medicina.**



#### IV. O Processo de Aprovação

O **Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde**, constituído em 2003, com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC ou apenas MNPC) no SUS (atual PNPIC), sob a coordenação da Secretaria Executiva do MS, Departamento de Atenção Básica de Saúde da Secretaria de Assistência à Saúde/MS, formulou o documento intitulado **“Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC- Resumo Executivo**, no qual constam importantes informações sobre a Acupuntura no país e no âmbito do SUS (página 6), mas que não **incluiu nas responsabilidades do Gestor Federal, a inserção da acupuntura em caráter multiprofissional** (página 12). Dentre as informações existentes no Resumo Executivo destacam-se:

- a. Que a Acupuntura, ***“em 1995, foi reconhecida com especialidade médica em 1995 pelo CFM e, posteriormente pela Associação Médica Brasileira e pela Comissão Nacional de Residência Médica. No momento é ensinada em várias escolas médicas e aplicada no SUS em seus diversos níveis de atenção”***;
- b. Que ***“em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA/SUS - a CONSULTA MÉDICA em Acupuntura ( código –0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo o País”***;
- c. Que dados do SIA/SUS ***“demonstram um crescimento de consultas médicas em acupuntura em todas as regiões. Em 2003, foram 181.983 consultas, com uma maior***



**concentração de médicos acupunturistas na região Sudeste( 213 dos 376 cadastrados no sistema)“.**

- d. Que no âmbito do SUS, a Acupuntura “está presente em 19 estados, distribuída em 107 municípios, sendo 17 capitais“.**

Entretanto, quando da publicação da **Portaria N°971/2006**, que aprovou a **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde**, em seu item 1.1 – **MEDICINA TRADICIONAL CHINESA- ACUPUNTURA** encontra-se a citação da **Resolução N°05/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN)**, que fixou normas para o atendimento em Acupuntura nos serviços públicos de saúde, **mas não há referência ao fato da Acupuntura ser reconhecida como Especialidade Médica.**

Em relação à **Homeopatia**, item 1.2 da Portaria N°971/2006, foi considerado o fato da mesma ser reconhecida com **especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina em 1980**, inclusive citando a Resolução N°1.000. Acrescenta que **a formação do médico homeopata encontra-se aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica e aborda a relação médico-paciente**, como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o auto-cuidado e a autonomia do indivíduo, além da atuação da **Homeopatia** em diversas **situações clínicas do adoecimento**. A formação do médico acupunturista também encontra-se aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica.



## **V. As Especialidades Médicas na Política Nacional de Práticas Integrativas**

A diferença do tratamento dispensado às especialidades médicas **Acupuntura e Homeopatia** fica evidente, na **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde**, quando se analisa as **DIRETRIZES** (item 3 da Portaria Nº971/2006), bem como a **IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES** (item 4 da Portaria Nº971/2006), naquilo que se refere às **suas inserções no Sistema Único de Saúde, em caráter multiprofissional**.

Consta das **DIRETRIZES** da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde a estruturação e fortalecimento da atenção em **Práticas Integrativas e Complementares no SUS**, mediante o incentivo às suas inserções em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica e mediante o desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.

Quando se analisa a **IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES**, observa-se que a **PREMISSA**, tanto para a **Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura**, quanto para a **Homeopatia**, é o seu desenvolvimento em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.

No detalhamento da **DIRETRIZ MTCA 1** é nítida a pretensão de **“garantir a inserção de profissionais de saúde com regulamentação em acupuntura”** dentro da lógica de apoio, participação e co-responsabilização com as **Equipes de Saúde da Família( ESF)**, bem como a **inserção de profissionais de saúde acupunturistas nos serviços ambulatoriais de média e alta**



**complexidade e na rede hospitalar do SUS**, enquanto que na **DIRETRIZ H 1** a pretensão é **garantir a inserção da atenção homeopática** dentro da lógica de apoio, participação e co-responsabilização com as Equipes de Saúde da Família (ESF), porém com a **“unidade Saúde da Família” (SF)** possuindo um **“profissional homeopata como médico do Saúde da Família”**, ao qual deve ser oportunizada a prática da homeopatia.

Para o estabelecimento dos **critérios técnicos de organização e funcionamento da atenção homeopática, em todos os níveis de complexidade ( Diretriz H 1)**, está prevista a participação das sociedades científicas homeopáticas reconhecidas. Em relação à **Acupuntura, nos CENTROS ESPECIALIZADOS ( Diretriz MTCA 1, item 2)**, consta apenas que deverão ser elaboradas **normas técnicas e operacionais compatíveis com a implantação e o desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares no SUS**.

## **VI. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**

1. Dentre os **OBJETIVOS da Portaria N°971/2006, em seu item 2**, destacam-se a incorporação e implementação das Práticas Integrativas e Complementares no SUS , **com ênfase na atenção básica** e a contribuição para o aumento da **RESOLUBILIDADE** do Sistema; **ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares**, garantindo **QUALIDADE, EFICÁCIA, EFICIÊNCIA E SEGURANÇA NO USO**;

2. De acordo com o **“Glossário do Ministério da Saúde, Projeto de Terminologia em Saúde, Série F. Comunicação e Educação em Saúde, Brasília, DF, 1ª Edição, 2004”**:



**ATENÇÃO BÁSICA** é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.

**EDUCAÇÃO PERMANENTE:** constitui-se processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio da escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele;

**CENTRO DE SAÚDE:** unidade destinada a prestar assistência à saúde, que conta com um equipe de saúde interdisciplinar em caráter permanente, com médicos generalistas e ou especialistas;

### **NÍVEIS DE ATENÇÃO**

Limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de prestação de serviços de saúde, segundo a diversificação das atividades prestadas, a profundidade de especialização das mesmas e a frequência com que ocorrem;

**ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL:** conjunto de procedimentos médicos e terapêuticos de **BAIXA COMPLEXIDADE**, possíveis de realização em ambulatórios e postos de saúde;

**MÉDIA COMPLEXIDADE:** compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, que visam a atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática e clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país;



**ALTA COMPLEXIDADE:** a atenção de Alta Complexidade é composta por procedimentos que exigem incorporação de altas tecnologias e alto custo e que não são ofertadas por todas as unidades da federação;

**POSTO DE SAÚDE:** unidade de saúde que presta assistência a uma população determinada, estimada em até 2.000 habitantes, utilizando técnicas apropriadas e esquemas padronizados de atendimento, que não dispõe de profissionais de nível superior, sendo a assistência prestada por profissionais de nível médio ou elementar, com apoio e supervisão dos centros de saúde de sua articulação;

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA( PSF):** o Ministério da Saúde criou o PSF em 1994, com o principal objetivo de *“reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional”* e cuja estratégia *“prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua”*, sendo o atendimento *“prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais que compõem as equipes”*;

**RESOLUTIVIDADE:** significa *“eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta”*;

3. Destacam-se dentre as **DIRETRIZES**, item 3 da Portaria nº971/2006:

- a. Estruturação e fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares no SUS, mediante incentivo à inserção das mesmas em **TODOS OS NÍVEIS DE ATENÇÃO**, com ênfase na **ATENÇÃO BÁSICA**;

25



- b. Desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares **EM CARÁTER MULTIPROFISSIONAL, PARA AS CATEGORIAS PROFISSIONAIS PRESENTES NO SUS** e em consonância com o nível de atenção;
- c. Implantação e implementação de ações de fortalecimento de iniciativas **existentes**;
- d. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em Práticas Integrativas e Complementares para **PROFISSIONAIS DO SUS**, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para a **EDUCAÇÃO PERMANENTE**;

4. Em relação ao item anterior, merecem ser detalhados os seguintes aspectos:

- a. **ATENÇÃO BÁSICA**;
- b. **CARÁTER MULTIPROFISSIONAL, PARA AS CATEGORIAS PROFISSIONAIS PRESENTES NO SUS**;
- c. **EDUCAÇÃO PERMANENTE**.

#### 5. Quanto à **ATENÇÃO BÁSICA**:

##### **Definição de Atenção básica**

*Categoria:* Atenção à Saúde

É um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.

A Atenção Básica, constituindo o **primeiro nível da atenção à saúde no SUS**, compreende um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção da saúde, a



prevenção de agravos, o **tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde.**

O Programa Saúde da Família é estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que possui como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua. Incorpora e reafirma os **princípios básicos do SUS** - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. O **atendimento** é prestado pelos **profissionais das equipes saúde da família** (médicos, enfermeiros, **auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde**, dentistas e **auxiliares de consultório dentário**), na **unidade de saúde ou nos domicílios**. A base para o desenvolvimento das ações na Saúde da Família é o **planejamento fundamentado nos critérios epidemiológicos e sociais.**

O desafio atual é efetivamente consolidar a Saúde da Família como a porta de entrada prioritária do SUS, que mediante a conversão da rede básica deverá organizar todo o sistema a partir destes serviços, com intuito de resolver, ainda na atenção básica, cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes na população.

6. De acordo com os **OBJETIVOS e DIRETRIZES** apresentados na Portaria nº971/2006, itens 2 e 3, as “Práticas Integrativas e Complementares” deverão ser incorporadas e implementadas com ênfase na **ATENÇÃO BÁSICA**; contribuir para o **AUMENTO DA RESOLUTIVIDADE**, garantindo **QUALIDADE, EFICÁCIA, EFICIÊNCIA E SEGURANÇA NO USO**; em **CARÁTER MULTIPROFISSIONAL**, para as **CATEGORIAS PROFISSIONAIS PRESENTES NO SUS**, e em consonância com o **NÍVEL DE ATENÇÃO.**

27



7. Na Implementação das **Diretrizes** relacionadas à MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA, em seu item 4, na **DIRETRIZ MTCA 1- Estruturação e fortalecimento da atenção em MTC-acupuntura no SUS, com incentivo à inserção da MTC-acupuntura em todos os níveis do sistema com ênfase na atenção básica,** a Acupuntura **deverá ser inserida** na ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA e nos CENTROS ESPECIALIZADOS.

7.1 Quanto à ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, a **DIRETRIZ MTCA 1** estabelece que *“deverão ser **priorizados mecanismos que garantam a inserção de profissionais de saúde com regulamentação em acupuntura** dentro da lógica de apoio, participação e co-responsabilização com as **ESF**”,* bem como estabelece que as PRÁTICAS (aqui entendidas como Práticas Integrativas e Complementares no SUS), a serem adotadas nessa área, sejam identificadas pelas EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA (definidas no documento como a ESF- EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA e EQUIPES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE), em conjunto com a população.

#### **COMENTÁRIOS:**

1. A inserção da **Acupuntura no SUS**, que se constitui num procedimento invasivo, cuja indicação terapêutica requer diagnóstico clínico-etionológico, nos moldes da Portaria nº971/2006, não garantirá a **QUALIDADE, EFICÁCIA, EFICIÊNCIA E SEGURANÇA** no seu uso pelos profissionais das EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA( ESF- EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA e EQUIPES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE), que contempla a profissão médica ( a única que possui competência para formular diagnóstico clínico-etionológico e a conseqüente

28



**Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura**

Filiada à Associação Médica Brasileira

[www.smba.org.br](http://www.smba.org.br) – E-mail: [smba@baydenet.com.br](mailto:smba@baydenet.com.br)



indicação, prescrição e realização de procedimento invasivo), mas também as demais categorias profissionais presentes no SUS, tanto de nível superior quanto de nível médio e até mesmo elementar. É de domínio público que, no PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, o **atendimento** é prestado pelos **profissionais das equipes saúde da família** (médicos, enfermeiros, **auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde**, dentistas e **auxiliares de consultório dentário**), na unidade de saúde ou nos domicílios.

2. As Práticas Integrativas e Complementares no SUS, contemplam a **Acupuntura**, cujas **indicações terapêuticas englobam mais de 300( trezentas doenças), incluídas na Classificação Internacional de Doenças- CID da Organização Mundial de Saúde**. Para tratar **DOENÇAS** é essencial a **elaboração do diagnóstico clínico-etionológico**, antes da **indicação terapêutica**. Portanto, quando a “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares” estabelece em sua **DIRETRIZ MTCA 1- ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, que as **PRÁTICAS** (entendidas como Práticas Integrativas e Complementares no SUS), a serem adotadas em relação à **ACUPUNTURA**, sejam identificadas pelas **EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA** (definidas no documento como a **ESF- EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA** e **EQUIPES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**), em conjunto com a população, **favorece o exercício ilícito da Medicina**, enquanto **delega competências às demais profissões da saúde, além daquelas previstas na legislação federal que as regulamenta** e banaliza a profissão médica, uma vez que **delega ato de competência médica às as equipes de atendimento do PSF, de forma ampla e**

29



**Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura**

Filiada à Associação Médica Brasileira

[www.smba.org.br](http://www.smba.org.br) – E-mail: [smba@baydenet.com.br](mailto:smba@baydenet.com.br)



irrestrita, sem considerar que são constituídas por profissionais de outras áreas da saúde, de nível superior, médio e básico.

7.2 No que tange aos **CENTROS ESPECIALIZADOS**, a “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares”, em sua “**DIRETRIZ MTCA 1**”, dispõe sobre **Profissionais de saúde acupunturistas inseridos nos serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade e Profissionais de saúde acupunturistas inseridos na rede hospitalar do SUS.**

Em relação aos **profissionais de saúde acupunturistas** inseridos nos **serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade**, estabelece que os mesmos deverão participar do **sistema referência/contra-referência**, além de atuar de **forma resolutiva** no processo de **educação permanente**.

#### **COMENTÁRIO:**

Considerando o “*Glossário do Ministério da Saúde, Projeto de Terminologia em Saúde, Série F. Comunicação e Educação em Saúde, Brasília, DF, 1º Edição, 2004*”, algumas definições em Saúde Pública merecem **DESTAQUE:**

#### **Atenção básica**

*Categoria:* Atenção à Saúde

É um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas **no primeiro nível de atenção** dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.



## **Níveis de Atenção**

*Categoria:* Atenção à Saúde

Limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de prestação de serviços de saúde, segundo a diversificação das atividades prestadas, a profundidade de especialização das mesmas e a frequência com que ocorrem.

## **Assistência ambulatorial**

*Categoria:* Atenção à Saúde

Conjunto de procedimentos médicos e terapêuticos de baixa complexidade, possíveis de realização em ambulatórios e postos de saúde.

## **Média complexidade**

*Categoria:* Atenção à Saúde

A Atenção de Média Complexidade compreende um conjunto de **ações e serviços ambulatoriais e hospitalares**, que visam a atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática e clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de **apoio diagnóstico e terapêutico**, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do País.

## **Alta complexidade**

*Categoria:* Atenção à Saúde

A Atenção de Alta Complexidade é composta por **procedimentos que exigem incorporação de altas tecnologias e alto custo** e que não são ofertadas por todas unidades de federação.

## **Atividade de Apoio Diagnóstico e Terapêutico**

*Categoria:* Atenção à Saúde

Abrange as diversas **atividades de apoio diagnóstico e terapêutico**, tais como: laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica, radiologia, endoscopia, fisioterapia, provas funcionais, hemoterapias, traçados diagnósticos (EEG, ECG) e os atendimentos



individuais e em grupos realizados pelas diversas categorias profissionais nas unidades de saúde.

### **Contra-referência**

*Categoria:* Administração e Planejamento em Saúde

Ato formal de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência.

### **Resolutividade**

*Categoria:* Administração e Planejamento em Saúde

Eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta.

### **Educação permanente/continuada**

*Categoria:* Recursos Humanos em Saúde Pública

Constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele.

8. A "Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS" estabelece que a Acupuntura seja incorporada e implementada com ênfase na **ATENÇÃO BÁSICA**. Entretanto, define a sua inserção nos **CENTROS ESPECIALIZADOS**, tais como os **serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade**, bem como estabelece que profissionais de saúde acupunturistas neles inseridos atuem de forma resolutiva no processo de **EDUCAÇÃO PERMANENTE** (vide definição acima).



## **COMENTÁRIOS:**

1. Considerando-se a **RESOLUÇÃO CFM Nº1718/2004**, é vedado o ensino de atos médicos privativos, sob qualquer forma de transmissão de conhecimentos, a profissionais não-médicos, inclusive aqueles pertinentes ao suporte avançado de vida, exceto o atendimento de emergência a distância, até que sejam alcançados os recursos ideais da formação médica, sem a presença do profissional médico. Portanto, **os médicos acupunturistas inseridos no serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade, não participarão desse processo.**

2. A Lei 8080/90 prevê a criação de **comissões intersetoriais de âmbito nacional**, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, **integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil (Artigo 12)**, cuja **finalidade é de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Nesse prisma, a Portaria Nº 971/2006 estabelece uma política que contempla duas áreas já inseridas no SUS: ACUPUNTURA e HOMEOPATIA.

3. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial a área de **recursos humanos** (Artigo 13). Portanto, é **atribuição do SUS a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde( Art. 15), mas não a regulamentação das profissões.**



4. É princípio do SUS a **universalidade da atenção à saúde**, não promover a universalidade dos atos de competência médica a não médicos, nem a Lei 8080/90 define competência ao Ministério da Saúde para regulamentar a profissão médica, ou qualquer profissão de nível superior na área da saúde.

9. Ainda em relação aos **CENTROS ESPECIALIZADOS - DIRETRIZ MTCA 1, para a inserção dos Profissionais de saúde acupunturistas inseridos na rede hospitalar do SUS, a "Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS"** estabelece a necessidade do **TÍTULO DE ESPECIALISTA**.

### **COMENTÁRIOS:**

1. O **Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977**, instituiu a **Residência Médica**, que constitui uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, funcionando em Instituições de Saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o "padrão ouro" da especialização médica. O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao Médico Residente o **TÍTULO DE ESPECIALISTA**. O mesmo decreto criou a **Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)**.

2. Na Medicina, a emissão do título de especialista foi regulamentada pela CNRM, CFM e AMB, mediante **CONVÊNIO** celebrado entre as mesmas em 11/04/2002, constante da **RESOLUÇÃO CFM nº 1634/2002**, onde foi constituída a **COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES** que **reconhece as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação**. Esse

34



**Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura**

Filiada à Associação Médica Brasileira

[www.smba.org.br](http://www.smba.org.br) – E-mail: [smba@baydenet.com.br](mailto:smba@baydenet.com.br)



convênio tem por finalidade a conjugação de esforços dos órgãos convenientes para estabelecer critérios para o reconhecimento, a denominação, o modo de concessão e registro de título de especialista e certificado de área de atuação médica, além da definição das competências da **CNRM**, da **AMB** e do **CFM**. Define como órgãos formadores acreditados as **RESIDÊNCIAS MÉDICAS CREDENCIADAS E COM FUNCIONAMENTO AUTORIZADO PELA CNRM** e as **SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES FILIADAS À AMB**, com programas de ensino por ela aprovados. Estabelece em seu Anexo I as seguintes definições:

**Especialidade:** Núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão bio-psico-social do indivíduo e da coletividade.

**Área de atuação:** Modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades.

**Reconhecimento de Especialidades:** Reconhece-se como Especialidades Médicas aquelas consideradas raízes e aquelas que preenchem o conjunto de critérios específicos.

2. Em relação às **demais profissões regulamentadas da área da saúde** os Conselhos Profissionais reconhecem os títulos de especialistas, não havendo definição para a concessão de título de especialistas nos moldes da Medicina, onde há participação da **CNRM- Comissão Nacional de Residência Médica** que, da mesma forma que o **CNS- Conselho Nacional de Saúde**, é



uma instância colegiada e deliberativa, regulamentada pelo Decreto Nº 80.281/1977 e Decreto Nº91.364, de 21/10/1985.

3. A CNRM tem seu funcionamento baseado no **REGIMENTO INTERNO** (RESOLUÇÃO Nº01/1978) e é composta por 9 membros, designados pelo Ministro da Educação e Cultura, sendo:

**Secretário de Educação Superior/ MEC**

**Representantes das instituições:**

Comissão de Ensino Médico do MEC

**Ministério da Saúde**

Ministério da Previdência e Assistência Social

Conselho Federal de Medicina

Associação Brasileira de Escolas Médicas

Associação Médica Brasileira

Federação Nacional dos Médicos

Associação Nacional dos Médicos Residentes

**10. CARÁTER MULTIPROFISSIONAL, PARA AS CATEGORIAS PROFISSIONAIS PRESENTES NO SUS:**

O RECONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR NO SUS se deu por meio da **RESOLUÇÃO Nº 218, DE 6 DE MARÇO DE 1997 – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE** que reconheceu como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias:

Assistentes Sociais;  
Biólogos;  
Profissionais de Educação Física;  
Enfermeiros;  
Farmacêuticos;



Fisioterapeutas;  
Fonoaudiólogos;  
Médicos;  
Médicos Veterinários;  
Nutricionistas  
Odontólogos;  
Psicólogos; e  
Terapeutas Ocupacionais.

## 11. EDUCAÇÃO PERMANENTE NO ÂMBITO DO SUS:

**A PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004**, estabelece em seu **ANEXO o TERMO DE REFERÊNCIA PARA CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE HOSPITAIS DE ENSINO E GESTORES DE SAÚDE**, onde busca-se redefinir o papel do Hospital de Ensino no sistema municipal ou de referência, de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos, em função das necessidades de saúde da população, determinando as metas a serem cumpridas; a qualificação da inserção do Hospital de Ensino na rede estadual/municipal de saúde, as definições dos mecanismos de referência e contra-referência com as demais unidades de saúde; a mudança das estratégias de atenção; a humanização da atenção à saúde; a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população; a qualificação da gestão hospitalar; e o desenvolvimento das atividades de educação permanente e de pesquisa de interesse do SUS.

Em seu **item III** , que se relaciona à **FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO**, apesar de considerar a integralidade e a necessidade da abordagem multiprofissional das ações de saúde, no âmbito de um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, estabelece que ***“as propostas de formação e educação***



*permanente devem ser coerentes com as orientações expressas nas diretrizes curriculares nacionais aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação para as profissões da saúde e na política de educação permanente em saúde aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde”;*

12. As **DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS** para os Cursos de Graduação são aprovadas no Conselho Nacional de Educação e contemplam **todas as profissões de nível superior inseridas no SUS:**

#### **MEDICINA:**

**RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.**

Dentre os **OBJETIVOS** da formação do médico destacam-se: **diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano** em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica; utilizar adequadamente **recursos semiológicos e terapêuticos**, validados cientificamente, contemporâneos; realizar **procedimentos clínicos e cirúrgicos**; conhecer os princípios da metodologia científica; **diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças.**

#### **FISIOTERAPIA:**

**RESOLUÇÃO CNE/CES 4, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.**

Dentre os objetivos da formação destacam-se realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um **diagnóstico cinético- funcional**, para eleger e quantificar as intervenções e

38



condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da Fisioterapia, em toda sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica; elaborar criticamente o **diagnóstico cinético funcional e a intervenção fisioterapêutica.**

#### **FONOAUDIOLOGIA:**

**RESOLUÇÃO CNE/CES 5, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.**

Dentre os objetivos da formação destaca-se: **avaliar, diagnosticar, prevenir e tratar os distúrbios pertinentes ao campo fonoaudiológico** em toda extensão e complexidade.

#### **NUTRIÇÃO:**

**RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 5, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.**

Dentre os objetivos destaca-se: **avaliar, diagnosticar e acompanhar o estado nutricional; planejar, prescrever, analisar, supervisionar e avaliar dietas e suplementos dietéticos para indivíduos sadios e enfermos; realizar diagnósticos e intervenções na área de alimentação e nutrição.**

#### **EDUCAÇÃO FÍSICA**

**RESOLUÇÃO Nº 7, DE 31 DE MARÇO DE 2004.**

Dentre os objetivos destaca-se: **Diagnosticar os interesses, as expectativas e as necessidades das pessoas**(crianças, jovens, adultos, idosos, pessoas portadoras de deficiência, de grupos e comunidades especiais) de modo a **planejar, prescrever, ensinar, orientar, assessorar, supervisionar, controlar e avaliar projetos e programas de atividades físicas, recreativas e esportivas nas perspectivas da prevenção, promoção,**

39



**proteção e reabilitação da saúde**, da formação cultural, da educação e reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer e de outros campos que oportunizem ou venham a oportunizar a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas.

### **TERAPIA OCUPACIONAL**

#### **RESOLUÇÃO CNE/CES 6, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.**

Destaca-se como objetivo utilizar o raciocínio terapêutico ocupacional para realizar a análise da situação na qual se propõe a intervir, o diagnóstico clínico e/ou institucional, a intervenção propriamente dita, a escolha da abordagem terapêutica apropriada e a avaliação dos resultados alcançados.

### **ODONTOLOGIA:**

#### **RESOLUÇÃO CNE/CES 3, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.**

### **ENFERMAGEM:**

#### **RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.**

### **FARMÁCIA:**

#### **RESOLUÇÃO CNE/CES 2, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.**

### **CIÊNCIAS BIOLÓGICAS:**

#### **RESOLUÇÃO CNE/CES 7, DE 11 DE MARÇO DE 2002.**

### **SERVIÇO SOCIAL:**

#### **RESOLUÇÃO CNE/CES 15, DE 13 DE MARÇO DE 2002.**

### **CURSOS SUPERIORES DE TECNOLOGIA:**

#### **RESOLUÇÃO CNE/CP 3, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2002.**



**PSICOLOGIA:**

**PARECER CNE/CES 1.314/2001.**

Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Psicologia, de 07 de novembro de 2001.

**BIOMEDICINA:**

**PARECER CNE/CES 0104/2002.**

Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Biomedicina, em 13/02/2002.

**13. DIRETRIZ MTCA2** da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: **Desenvolvimento de estratégia de qualificação em MTC/acupuntura para profissionais do SUS, consoante os princípios e diretrizes para a Educação Permanente no SUS.**

É atribuição do SUS a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada com o objetivo de organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de elaborar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal e de valorizar a dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (Lei 8080/90, Artigos 15 e 27).

Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da



sociedade civil. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, **cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde ((Lei Nº8080/90, Art. 12)), e conforme considerado anteriormente, a ACUPUNTURA já se encontra inserida no âmbito do Sistema Único de Saúde.**

No âmbito do SUS deverão também ser criadas **Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior**. Cada uma dessas comissões terá por finalidade **propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente**, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (Lei Nº8080/90, Art. 14).

Compete à direção nacional do SUS **promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional**, bem como com **entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde** (Lei Nº8080/90, Art. 16, inciso IX). A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial recursos humanos (Lei Nº8080/90, Art. 13).

Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem **campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional**( Lei Nº8080/90, Artigo 27, Parágrafo Único).



As **especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão** serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o Art. 12 da Lei 8080/90, **garantida a participação das entidades profissionais correspondentes** ( Lei N°8080/90, Artigo 30).

A **DIRETRIZ MTCA2**, ao estabelecer o desenvolvimento de estratégia de qualificação em MTC/acupuntura para **profissionais do SUS**, consoante os princípios e diretrizes para a Educação Permanente no SUS, **o faz para todas as profissões de nível superior reconhecidas no SUS** (Assistentes Sociais, Biólogos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais), **bem como para as profissões de nível médio e básico.**

A mesma DIRETRIZ 2, estabelece em seu item **3 a articulação com outras áreas visando ampliar a inserção formal da MTC/acupuntura nos cursos de graduação e pós-graduação para as profissões da saúde.**

### **COMENTÁRIOS:**

1. Encontra-se citado na **Portaria N° 971/2006, item 1.1**, que ***“vários conselhos de profissões de saúde regulamentadas reconhecem a acupuntura como especialidade em nosso país”***. Entretanto nos dispositivos legais que regulamentam as profissões de nível superior relacionadas à saúde, que integram o SUS (farmacêuticos,



enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogo, nutricionista, biólogo, nutricionista etc), **não existe atribuição legal, e portanto habilitação, para a realização de diagnóstico clínico-etionológico e a consequente prescrição de tratamento invasivo, prerrogativa dos médicos.**

2. As Resoluções editadas pelos vários conselhos de profissões de saúde regulamentadas não têm força de lei e portanto não podem servir de embasamento legal para a direção nacional do Sistema Único de Saúde implantar a prática da Acupuntura em caráter multiprofissional, nos moldes da Portaria N°971/2006.

3. De acordo com a Lei N°8.080/1990, Art. 20, ***“os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado, na promoção, proteção e recuperação da saúde”.***

4. A mesma lei estabelece que na ***“prestação de serviços privados de assistência à saúde, contratados ou conveniados, que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), serão observados os mesmos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”*** (Lei N°8.080/90, Artigo 7°; Art. 26, § 2°), bem como ***“as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto às condições para seu funcionamento”*** (Lei N°8.080/90,Artigo 22).



5. No contexto da prestação de assistência à saúde, **pode-se entender por profissionais liberais, legalmente habilitados, aqueles cujas profissões são relacionadas à saúde humana, devidamente regulamentadas no país e em cujas atribuições legais constam as suas competências de atuação.**

6. Diante do exposto e tendo como fundamento a Lei Nº8.080/90, conclui-se que, se **os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados** e se na **prestação de serviços privados de assistência à saúde, contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), serão observados os mesmos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, também no âmbito do Sistema Único de Saúde os profissionais de saúde deverão ser legalmente habilitados.**

*Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura  
Diretoria de Política e Defesa Profissional  
Gestão 2004-2006*



## **VII. Bibliografia Consultada:**

### **I. Relacionadas às ações de Saúde Pública no âmbito do Sistema Único de Saúde:**

Lei N° 8.080, de 19 de Setembro de 1990  
Lei N° 8.142, de 28 de dezembro de 1990  
Decreto n° 4.436, de 23.10.2002 - Comissão Nacional de Bioética em Saúde

Portaria n° 35, de 04 de fevereiro de 1999  
Portaria N° 1101, de 12 de junho de 2002.  
Portaria N° 174/GM, de 27 de janeiro de 2006  
Portaria/GM N° 971/ GM, de 3 de maio de 2006

Resolução CIPLAN N°05/1988

PORTARIA INTERMINISTERIAL N° 1006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004

Glossário do Ministério da Saúde, Projeto de Terminologia em Saúde, Série F. Comunicação e Educação em Saúde, Brasília, DF, 1ª Edição, 2004.

### **II. Relacionadas à organização, atribuições, competências e deliberações do Conselho Nacional de Saúde**

Lei N° 8.142, de 28 de dezembro de 1990  
Decreto N° 99.438, de 7 de agosto de 1990  
Decreto N°4.878, de 18 de novembro de 2003

Resolução N° 291, de 06 de maio de 1999  
Resolução N° 333, de 04 de novembro de 2003  
Resolução N° 218, de 6 de março de 1997

### **III. Relacionadas ao exercício da Medicina**

#### **Decreto N° 20.931 de 11 de Janeiro de 1932**

Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas.

#### **Decreto N° 49974, de 21 de janeiro de 1961**



Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde, que estabelece a fiscalização da Medicina (Artigos 55 e 56) e a fiscalização sanitária dos exercício profissional, combate ao charlatanismo e curandeirismo (Artigo 57).

#### **Decreto Nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976**

Dispõe sobre a fiscalização sanitária das condições de exercício de profissões e ocupações técnicas e auxiliares, relacionadas diretamente com a saúde.

#### **Resolução nº 335, de 17 de novembro de 1998**

Dispõe sobre prerrogativas para o exercício de Responsabilidade Técnica Em Homeopatia

#### **Resolução CFM Nº 1634/2002**

#### **Resolução CFM Nº 1718/2004**

### **IV. Relacionadas ao Ministério da Educação**

Lei Nº 6.932, de 07 de julho de 1981  
Decreto Nº 80.281/1977 e  
Decreto Nº 91.364, de 21/10/1985.

Resolução Nº 01/1978  
Resolução CNRM Nº 07/1981  
Resolução CNRM Nº 01/2002

Resoluções do Conselho de Educação Superior/MEC:

#### **1. Resolução CES Nº 04, de 17/12/2002.**

#### **2. Diretrizes Curriculares Nacionais:**

Resolução CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001  
Resolução CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001  
Resolução CNE/CES 2, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.  
Resolução CNE/CES 4, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.  
Resolução CNE/CES 3, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.  
Resolução CNE/CES 5, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002  
Resolução CNE/CES Nº 5, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001  
Resolução Nº 7, DE 31 DE MARÇO DE 2004  
Resolução CNE/CES 6, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002



Resolução CNE/CES 7, DE 11 DE MARÇO DE 2002.  
Resolução CNE/CES 15, DE 13 DE MARÇO DE 2002.  
Resolução CNE/CP 3, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2002.  
Parecer CNE/CES 1.314/2001.  
Parecer CNE/CES 0104/2002.

