



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS E DASAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Natália Nair Soares de Oliveira

**Análise comparada do termalismo social nos sistemas de saúde europeus:  
contribuições para o SUS**

Florianópolis

2021

Natália Nair Soares de Oliveira

**Análise comparada do termalismo social nos sistemas de saúde europeus:  
contribuições para o SUS**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Hellmann

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pela autora,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Oliveira, Natália Nair Soares de  
Análise comparada do termalismo social nos sistemas de  
saúde europeus: : contribuições para o SUS / Natália Nair  
Soares de Oliveira ; orientador, Fernando Hellmann ,  
2021.  
90 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Termalismo. 3. Termalismo Social.  
4. Sistemas de Saúde. 5. Balneoterapia. I. Hellmann ,  
Fernando . II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Natália Nair Soares de Oliveira

**Análise comparada do termalismo social nos sistemas de saúde europeus:  
contribuições para o SUS**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca  
examinadora composta pelos seguintes membros:

**Prof. Dr. Francisco de Paula Maraver Eyzaguirre**  
Universidade Complutense de Madrid - Espanha

**Prof. Dr. Pedro Cantista**  
Universidade do Porto - Portugal

**Prof. Dr. Mauro Serapioni**  
Universidade de Coimbra - Portugal  
Universidade Federal de Santa Catarina

**Profa. Dra. Livia Crespo Drago**  
Prefeitura Municipal de Florianópolis

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi  
julgado adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva do Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

---

Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi  
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

Prof. Dr. Fernando Hellmann  
Orientador

Florianópolis, 2021

Dedico este trabalho à Maria Bernadete, minha mãe.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, por permitir que tudo isso acontecesse.

Agradeço ao professor Dr. Fernando Hellmann, por ter embarcado nesta jornada comigo, por todos os ensinamentos, auxílio e orientação. Muito obrigada!

Agradeço a minha mãe e minha família, por sempre terem me incentivado a seguir com meus estudos.

Agradeço ao Ariel, pelo companheirismo e apoio contínuo em todas as etapas do mestrado, e agradeço também a sua família.

Agradeço as minhas amigas e amigos, colegas de mestrado, e todas as pessoas que fizeram parte da minha formação e contribuíram de alguma forma para que esse trabalho se realizasse.

Agradeço aos professores Dr. Mauro Serapioni, Dr. Pedro Cantista, Dr. Francisco de Paula Maraver Eyzaguirre, e Dra. Livia Crespo Drago, por terem aceitado o convite para participarem da banca examinadora desta pesquisa; honro e agradeço pelas enormes contribuições de todos.

Agradeço também a grande oportunidade de ter sido aluna do programa de Saúde Coletiva e também da Universidade Federal de Santa Catarina. Agradeço a CAPES, órgão de fomento desta pesquisa.

## **ANÁLISE COMPARADA DO TERMALISMO SOCIAL EM SISTEMAS DE SAÚDE EUROPEUS: contribuições para o SUS**

**RESUMO:** O termalismo social refere-se ao acesso aos tratamentos termais como direito de cidadania. A pesquisa buscou comparar a inserção do termalismo social nos sistemas de saúde da Espanha, França, Itália e Portugal, por meio dos componentes dos sistemas (acesso/cobertura, financiamento, força de trabalho, insumos e técnicas, organização, regulação, rede de serviços e prestação de serviços) com vistas a contribuir com o termalismo no Sistema Único de Saúde. (SUS). Foi utilizado o método de revisão integrativa da literatura. A base de dados da pesquisa foi fundamentada em artigos científicos disponíveis em bases de dados eletrônicas que abordam o termalismo nos países selecionados na pesquisa. Foi realizada busca reversa com base nas referências dos artigos selecionados, além de artigos publicados em revistas eletrônicas não indexadas relacionadas ao termalismo nos últimos 20 anos. Totalizaram-se 22 documentos incluídos no estudo. Os dados foram analisados através da Análise de conteúdo de Bardin. Os resultados e discussões são apresentados em oito categorias: caracterização histórica do termalismo social nos sistemas de saúde analisados; grau de cobertura/acesso, financiamento; força de trabalho, insumos e técnicas; organização e regulação; rede e prestação de serviços. Os modelos de seguro e seguridade social cobrem parte do tratamento termal dos países europeus selecionados, financiados a partir de co-pagamento e reembolso. Com relação à força de trabalho, diversas são as profissões relacionadas ao termalismo, notadamente médicos especialistas. No que concerne aos insumos e técnicas dos tratamentos termais, observa-se a grande aproximação com os países selecionados. Contudo, o número de dias do ciclo de tratamento termal cobertos nos sistemas analisados variaram entre os países. (o total de dias varia) Ainda quanto aos insumos, observou-se que os balneários dos países europeus são classificados de acordo com as características físico-químicas das águas minerais. Os serviços de termalismo social são regulados principalmente pelo Ministério da Saúde de cada país, excetuando-se o programa de termalismo espanhol, pois ali é definido como um dos serviços complementares dos benefícios do serviço de Seguridade Social. Por fim, a prestação de serviços de termalismo social nos países analisados é preponderantemente realizada em estabelecimentos termais credenciados. Estes serviços estão, portanto, localizados no nível de atenção especializada e são referenciados pelos profissionais médicos da atenção primária à saúde. Considera-se que no Brasil faz-se necessário ampliar o financiamento do termalismo social, capacitar a força de trabalho, elaborar protocolos de tratamentos com tratamentos de, no mínimo, 9 dias, classificar os balneários brasileiros de acordo com as indicações a partir das qualidades de suas águas, e criar centros especializados em termalismo em nível secundário. Observa-se ainda a necessidade de legislações específicas para fomentar e regular os estabelecimentos termais e o termalismo social.

**PALAVRAS-CHAVE:** termalismo, termalismo social, balneoterapia, Sistemas de Saúde, França, Espanha, Itália, Portugal, Brasil.

## **COMPARED ANALYSIS OF SOCIAL THERMALISM IN EUROPEAN HEALTH SYSTEMS: contributions to SUS**

**ABSTRACT:** Social thermalism refers to access to thermal treatments as a citizenship right. The research sought to compare the insertion of social thermalism in the health systems of Spain, France, Italy and Portugal, through the components of the systems (access/coverage, financing, workforce, inputs and techniques, organization, regulation, service network and service provision) to contribute to thermalism in the Unified Health System. (SUS). The method of the integrative literature review was made. The research database was based on scientific articles available in electronic databases that address thermalism in the research countries. It was made a reverse search based on the references of the selected articles and articles published in non-indexed electronic journals related to thermalism in the last 20 years. A total of 22 documents were included in the study. The data were analyzed using Bardin's Content Analysis. The results and discussions are presented in eight categories: Historical characterization of social thermalism in the analyzed health systems; degree of coverage/access, financing; workforce, inputs and techniques; organization and regulation; network and service provision. The insurance and social security models cover part of the selected European countries' thermal treatment, financed from co-payment and reimbursement. Regarding the workforce, there are several professions related to thermalism, notably specialist doctors. Regarding the inputs and techniques of thermal treatments, there is a great approximation in the selected countries. However, the number of days of the thermal treatment cycle covered in the analyzed systems varied between countries. Still concerning inputs, it was observed that European countries' spas are classified according to the physical-chemical characteristics of mineral waters. Social thermalism services are mainly regulated by the Ministry of Health of each country, except for the Spanish spa program, in which it is defined as one of the complementary services of the benefits of the Social Security service. Finally, the provision of social thermalism services in the countries analyzed is predominantly carried out in accredited thermal establishments. Therefore, these services are located at the level of specialized care and are referred by medical professionals in primary health care. In Brazil, it is necessary to expand the financing of social thermalism, train the workforce, elaborate treatment protocols with treatments of at least 9 days, classify the Brazilian resorts according to the indications based on their create specialized centers in thermalism at the secondary level. In Brazil, there is a need for specific legislation to promote and regulate thermal establishments and social thermalism.

**KEYWORDS:** thermalism, social thermalism, balneotherapy, Health Systems, France, Spain, Italy, Portugal, Brazil.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Síntese do projeto.....	36
------------------------------------	----

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Cidades e estâncias termais brasileiras.....	21
Tabela 2 - Síntese do processo metodológico da pesquisa.....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

CNAMTS – *Caisse Nationale d' Assurance Maladie*

FEDERTERME - *Federazione Italiana delle Industrie Termali delle Acque Minerali e del Benessere Termale*

FEMTEC - *World Federation of Hydrotherapy and Climatotherapy*

FFCM – *Federation Français des Curistes Médicalisés*

FMI - Fundo Monetário Internacional

FTCF – *Société française de médecine thermale*

IMSERSO - *Instituto de Mayores y Servicios Sociales*

INATEL - Instituto Nacional Tempos Livres

INPS - Instituto Nacional de Seguridade Social

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNPIC- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

SHI - *Social Healthinsurance System*

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SSN - *Servizio Sanitario Nazionale*

SPHM - Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica

SSF - *Systematic Search Flow*

SUS - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 TERMALISMO	19
3.2 TERMALISMO SOCIAL	23
3.3 SISTEMAS DE SAÚDE	26
3.3.1 TIPOLOGIA DOS SISTEMAS DE SAÚDE	27
3.3.2 COMPONENTES DOS SISTEMAS DE SAÚDE	29
3.4 SISTEMAS DE SAÚDE COMPARADOS	33
3.5 SISTEMAS DE SAÚDE EUROPEUS	35
3.5.1 ESPANHA	36
3.5.2 FRANÇA	36
3.5.3 ITÁLIA	37
3.5.4 PORTUGAL	38
3.6 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: SUS	39
4 METODOLOGIA	41
4.1 TIPO DE ESTUDO	41
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	42
4.3 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	42
4.4 ANÁLISE DE DADOS	44
4.5 LIMITAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES	46
4.6 SÍNTESE DO PROJETO E PROCESSO METODOLÓGICO	46
5 RESULTADOS	49
6 REFERÊNCIAS	50
7 ARTIGO	57

## 1 INTRODUÇÃO

O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral natural e outros meios complementares em tratamentos de saúde, para fins de prevenção, terapêutica, reabilitação ou bem-estar (CANTISTA, 2010). Para Quintela (2004) o termo termalismo é designado quando nos referimos ao conjunto de atividades terapêuticas desenvolvido no espaço de um estabelecimento balnear e que tem como agente terapêutico principal a água termal. Paralelamente, o termo termalismo se aproxima ao termo crenoterapia, a qual consiste na indicação e uso das águas minerais com propriedades medicinais no cuidado à saúde, de modo preventivo ou curativo, sendo uma prática complementar a ser associada a outros tratamentos de saúde (BRASIL, 2018b).

Para Cantista (2010), a composição química definida e constante de uma água mineral natural confere-lhe propriedades particulares, sendo que as diferentes composições químicas diversificam as diferentes patologias a se tratar e conferem especialização aos estabelecimentos termais. Estas informações são também descritas por Maraver (2017). As águas minerais naturais exercem a sua ação curativa através do seu efeito térmico, mecânico e físico-químico. A utilização dessas águas minerais naturais como tratamento ou prevenção de determinadas patologias denomina-se crenoterapia. Durante o tratamento crenoterápico há absorção das substâncias químicas dissolvidas ou ionizadas presentes nas águas minerais naturais, as quais têm uma ação benéfica sobre o organismo (CANTISTA, 2010; MARAVER, 2017).

Ainda que os povos autóctones já fizessem uso das águas termais, no Brasil, a crenoterapia “medicalizada” só foi legitimada a partir de 1818, quando se criou a primeira estância termal brasileira, dada pela descoberta das águas termais na localidade hoje conhecida como Caldas da Imperatriz, em Santo Amaro da Imperatriz (SC). Dom João VI, à época Rei do Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarves decretou que ali deveria ser construído um hospital termal de acordo com os estatutos do hospital das Caldas da Rainha (Portugal); assim, considera-se o marco do início do termalismo medicalizado no Brasil (QUINTELA, 2004). A utilização do termalismo e crenoterapia teve um declínio a partir da década de 1950 no país, sobretudo pelo

avanço da farmacoterapia; contudo, essas práticas em saúde estão ressurgindo com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que retoma o Termalismo e a Crenoterapia no âmbito da saúde pública (HELLMANN, DENEZ, 2017).

De acordo com Souza e Tesser (2017) há registros do uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde (SUS) desde seu início na década de 1980, sendo sua inserção intensificada após a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Esta política legitimou expressamente a oferta pública das práticas tais como fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica e o termalismo social, dentre outras.

Assim, a partir da década de 1990, especialmente graças ao advento do Sistema Único de Saúde, o termalismo passou para abordagens individuais e coletivas de acesso público, inserindo neste contexto o conceito de termalismo social. Deste modo, objetivou-se o acesso às práticas de cuidados em saúde com o termalismo no contexto do sistema público de saúde, na busca da prevenção, promoção e manutenção da saúde, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), o termalismo social designa as diferentes maneiras de utilização das águas termo minerais como elemento terapêutico, envolvendo abordagens individuais e coletivas no cuidado na perspectiva da promoção da saúde. Assim, como vemos o termalismo social utiliza uma abordagem intersetorial e interdisciplinar.

No cumprimento de suas atribuições para o estabelecimento de políticas no intuito de garantir a integralidade na atenção à saúde, o Ministério da Saúde aprovou em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), cuja implementação envolve justificativas de natureza política, social, econômica, técnica e cultural (BRASIL, 2018). Esta política atende, sobretudo, a necessidade de se conhecer, apoiar e incorporar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais a prática do termalismo, inserido como observatório em 2006 porém, como prática, somente através da Portaria do Ministério da Saúde No. 145 de 11 de janeiro de 2017. Atualmente consta no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS sob número 03.09.05.006-5.

Embora haja a política nacional que insira essa prática no âmbito público, ainda são poucos os locais com experiência em termalismo social no SUS, que garantem tratamento público e gratuito. Também são poucos os profissionais de saúde formados, especializados e com conhecimento nesta área (HELLMANN, DENEZ, 2017). Além disso, faltam estudos atuais que fomentem os benefícios desta modalidade, havendo lacunas na literatura científica no país referente ao termalismo e crenoterapia, que consistem em identificar as potencialidades e sua importância na área da saúde pública. Portanto, é necessário que se fortaleçam políticas públicas que considerem a água termal e mineral como um bem público, fonte de vida e saúde, sustento e lazer, a ser protegida por uma forte legislação, local, nacional e internacional (NINIS, DRUMMOND, 2008). Sendo as águas termais e minerais recursos subterrâneos, o Estado é detentor de tais águas, portanto, este deveria garantir meios sustentáveis do uso dessas águas para balneários públicos, assegurando os tratamentos termais para acesso público, já que grande parte das cidades termais possuem apenas modelos privados de exploração da água (HELLMANN, DRAGO, 2017).

Hellmann e Drago (2017) afirmam que o termo “termalismo social” só foi iniciado na Europa, em especial com o nascimento de um modelo de estado de bem-estar social no pós II Guerra Mundial que incorporava tratamentos termais nos sistemas de saúde. Na década de 1950, o termo “termalismo social” já era consolidado e usado para indicar o “[...] sistema pelo qual o tratamento termal, uma vez dificilmente acessível a qualquer um além dos ricos, foi disponibilizado, em condições altamente satisfatórias, para as classes menos privilegiadas” (LEMAIRE, 1956).

A prática do termalismo é comum na Europa: países europeus como a Itália, França, Espanha, Alemanha e Portugal adotaram a partir do início do século XX o termalismo social. Por toda a Europa se vivia, na década de 1970, o termalismo social, que trazia benefícios importantes para as populações, em especial França e Alemanha. Assim, a uma grande parte dos cidadãos, pertencentes a organizações sindicais, era facilitada a possibilidade do uso da balneoterapia (RAMOS, 2005). Com a afirmação de direitos sociais de saúde e bem-estar acessíveis a toda a população, foi permitido o acesso às termas por parte de uma camada da população mais desfavorecida economicamente; desta forma os balneários termais perdem o seu

caráter elitista e abrem as portas para indivíduos beneficiários de apoios da Segurança Social (TEIXEIRA, 2013). Segundo Resquioto, Alba e Taveira (2017) nestes locais eram oferecidos às pessoas idosas tratamentos em estabelecimentos termais especializados, objetivando proporcionar a esta população o acesso ao uso de águas minerais com propriedades medicinais, seja como recuperação ou manutenção da saúde.

Atualmente, em alguns países europeus como França, Itália, Espanha, Turquia e Hungria, pesquisas científicas, especialmente relacionadas aos resultados clínicos de tratamentos balneológicos extensivos, vêm se expandindo. Iniciativas recentes vêm sendo estimuladas nesses países, estabelecidas com intuito de apoiar pesquisas clínicas com foco no termalismo, sendo cada vez mais embasada por estudos científicos e muito utilizada para o tratamento de doenças crônicas (GUTENBRUNNER, 2017).

Existem diversos estudos científicos que comprovam os efeitos terapêuticos do termalismo sobre diferentes condições de saúde, especialmente relacionadas aos resultados clínicos de tratamentos balneológicos extensivos em doenças crônicas. Na revisão sistemática *“Effects of balneotherapy and spa therapy on quality of life of patients with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis”* (ANTONELLI *et al.*, 2018) evidências mostram que a balneoterapia pode melhorar significativamente a qualidade de vida de pacientes com osteoartrite no joelho. Os estudos incluídos na revisão sistemática *“Balneotherapy in rheumatoid arthritis— a systematic review”* (SANTOS *et al.*, 2016) destacaram uma importante melhora e estatisticamente significativa em vários parâmetros clínicos relacionados a artrite reumatóide, apesar da heterogeneidade entre os vários estudos selecionados.

Por conta de pesquisas que comprovam sua eficácia terapêutica, o termalismo social permanece nos sistemas de saúde de países europeus ainda hoje. Estes podem ser entendidos como um conjunto de relações entre instituições, grupos sociais e indivíduos, orientados para a manutenção e melhora do nível de saúde de uma população humana determinada (HORTALE, CONILL, PEDROSA, 1999). Aliás, segundo Roemer (1991) que os sistemas de saúde são uma combinação de quatro componentes essenciais: organização, financiamento, recursos e gestão, sendo que estes componentes resultam na prestação de serviços em resposta às necessidades da população.



Segundo Conill, (2012) as comparações de sistema de saúde, de um modo geral, se referem aos serviços, havendo diversas formas para descrevê-los e analisá-los, sendo que esses sistemas diferem em relação aos seus componentes. Além de acompanhar indicadores ou estabelecer parâmetros, o recurso de comparar sistemas de saúde é interessante também por permitir a reflexão sobre temáticas e problemas comuns aos sistemas profissionais de saúde (CONILL, 2012).

Portanto, a análise comparada é um recurso importante para identificar tendências ou intervenções para melhorar a qualidade dos serviços, sendo considerada um instrumento útil para os serviços e as práticas em saúde, uma vez que comparar não se resume a estabelecer tipologias nem a recomendar a cópia ou a transferência de experiências, pois trata-se de encontrar referências para a busca de novos caminhos (CONILL *et al.*, 1991).

A partir de uma análise comparativa, dentre as inúmeras possibilidades de comparações quanto a um objeto específico, os seguintes componentes dos sistemas de saúde podem ser destacados: o grau de cobertura/ acesso (quem pode acessar os serviços), o financiamento (como são feitas as contribuições sociais para os tratamentos, gratuidade, reembolso, seguro público ou privado), a força de trabalho (profissionais atuantes, especialidades, prescrição de tratamentos), os insumos e técnicas utilizadas nos tratamentos, a organização e regulação (se há presença de um Ministério da Saúde, Seguro Nacional, associações ou órgãos de regulação) e a rede e prestação de serviços.

Tendo em vista a inserção do termalismo social em diferentes países 22 europeus e garantido na PNPIC no Brasil, uma comparação entre o termalismo social nos sistemas de saúde europeus, tais como a Espanha, França, Itália e Portugal, quando comparados podem identificar aspectos possíveis de contribuir a pensar nas políticas públicas alusivas ao termalismo social no Brasil. Neste sentido tem-se a seguinte pergunta de pesquisa:

**Como se dá a inserção do termalismo social nos sistemas de saúde europeus selecionados e como tais experiências podem contribuir para termalismo no Sistema Único de Saúde do Brasil?**

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Comparar a inserção do termalismo social nos sistemas de saúde da Espanha, França, Itália e Portugal.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Constatar como o termalismo social aparece nos sistemas de saúde selecionados a partir dos componentes: cobertura/acesso, o financiamento, a força de trabalho, os insumos e técnicas, a organização e regulação, rede e prestação de serviços.

- Contrastar a inserção do termalismo nos sistemas de saúde selecionados.

- Apresentar possibilidades de potencializar o termalismo no Sistema Único de Saúde a partir das comparações dos elementos dos sistemas de saúde escolhidos.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para melhor elucidar os assuntos que envolvem a discussão do termalismo social nesse projeto, este capítulo apresenta primeiramente uma caracterização sobre o contexto geral e conceitos do termalismo, além de uma breve descrição do termalismo social nos países europeus alvos deste estudo: Espanha, França, Itália e Portugal. Além disso, os sistemas de saúde serão apresentados, em relação à sua tipologia e seus componentes. Posteriormente, os sistemas comparados de saúde serão abordados identificando os principais autores que delinearão o assunto. Finalmente, será feita uma breve introdução das características dos sistemas de saúde da Espanha, França, Itália, Portugal, e o Sistema Único de Saúde (SUS).

#### 3.1 TERMALISMO

O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral natural e outros meios complementares em tratamentos de saúde, para fins de prevenção, terapêutica, reabilitação ou bem-estar (CANTISTA, 2010). Os efeitos terapêuticos considerados no termalismo são: físicos (temperatura, princípios hidrostáticos - impulsão e pressão hidrostática - hidrodinâmicos), químicos, biológicos e psicológicos. A eficiência do termalismo no tratamento de saúde também está associada à composição química da água (que pode ser classificada como sulfurada, radioativa, bicarbonatada, ferruginosa etc.), quanto à forma e técnica de administração (banho, sauna, ducha, técnicas de vapor etc.) e a sua temperatura (BRASIL, 2018b). Para além dos tratamentos hidroterápicos e crenoterápicos há de salientar os efeitos contextuais (ambientais e pessoais) de onde sobressaem aspectos ligados à Climatologia, Psicologia e Sociologia.

Existem várias formas do uso terapêutico da água: a hidroterapia, que consiste no emprego de qualquer tipo de água em função das suas qualidades físicas, da sua temperatura e força balística, utilizada principalmente em tratamentos externos; a crenoterapia, identificada como uma forma reducionista do termalismo, que consiste no emprego interno ou externo das águas minerais provenientes de fontes termais, em função das suas propriedades terapêuticas; e a talassoterapia que utiliza os benefícios da

água do mar. Além disso, o termo balneoterapia, utilizado principalmente como descritor na literatura científica internacional, refere-se não somente ao tratamento com banhos em geral, mas também todas as práticas terapêuticas nos balneários termais, tais como uso de pelóides e gases naturais para fins medicinais (RAMOS, 2005; GOUÉDO-THOMAS, 1994; CANTISTA, 2010, GUTENBRUNNER *et al.*, 2010).

Gomes *et al.* (2013) destacam que pelóides podem ser definidos como uma lama maturada com propriedades curativas ou cosméticas, composta de uma mistura complexa de materiais naturais de granulação fina de origens geológicas e/ou biológicas, água mineral ou do mar, que comumente contém compostos orgânicos da atividade biológica metabólica. A maturação dos pelóides pode ocorrer tanto no ambiente natural (maturação natural) como também em tanques, durante um determinado tempo que pode variar de meses a vários anos (maturação artificial) (GOMES, *et al.*, 2013). Vale ressaltar que, no contexto brasileiro, especialmente quando se refere ao SUS, o termo “termalismo” muitas vezes é utilizado apenas aos tratamentos com águas termais, esquecendo-se de outros recursos associados como os pelóides (HELLMANN, DRAGO, 2017).

Na prática do termalismo, o agente principal é a água termal, que foi transformada no final do século XIX, particularmente na França, em objeto de estudo de uma nova ciência - a hidrologia médica, definida pelos médicos hidrologistas da época como “um conjunto de atividades que envolvem a terapêutica pelas águas minero-medicinais aplicada a um doente durante a sua estadia numa estância termal” (TEIXEIRA, 2010, p.27). Nesta terapêutica, além do tratamento de doenças crônicas, as estâncias termais também trazem recursos para prevenção de doenças e manutenção do estado de saúde. Aplica-se a certas doenças crônicas ou recorrentes, não excluindo a necessidade de um tratamento medicamentoso, mas potencialmente reduzir o seu uso, e assim, gradualmente melhorar a qualidade de vida do paciente, já que medicamentos podem apresentar efeitos colaterais consideráveis (MUNTEANU, 2017).

O termalismo para fins terapêuticos foi consideravelmente reduzido em alguns países europeus a partir dos anos 1940. O desenvolvimento da indústria farmacêutica e o desenvolvimento tecnológico permitiram avanços notáveis na terapêutica médica e cirúrgicos, sendo que esses fatos, juntamente com outros, influenciaram para que os tratamentos termais fossem menos procurados; não significando que as águas termais se

tornaram menos eficientes, porém, a sociedade ou profissionais médicos optaram por novas ferramentas terapêuticas mais acessíveis ou fáceis de usar. Nos anos 1980, a sociedade retornou seus olhares para tratamentos menos agressivos e invasivos, e assim terapias “mais naturais”, como o termalismo, voltaram a se firmar (AETS, 2006; GUTENBRUNNER, 2017).

No Brasil, a legitimação do uso das águas termais aconteceu a partir de 1818, quando foi criada a primeira estância termal brasileira. Segundo Quintela, (2014) esta situação deve-se ao fato de em 1812 terem sido enviadas para a corte amostras para análise da água termal de Caldas do Cubatão (Santa Catarina), atualmente Caldas da Imperatriz. A formação das estâncias termais no Brasil intensificou-se nas primeiras décadas do século XX, especialmente nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Goiás. Porém, a utilização do Termalismo com fins terapêuticos teve um declínio a partir da década de 1950, concentrando-se no turismo (HELLMANN, DENEZ, 2017). Nesta época, as estâncias hidrominerais passaram de locais de tratamento em espaços de entretenimento, na medida em que a medicina ocidental se desenvolvia e sua ênfase em terapias farmacológicas ganhava força (FRANCO, 2004). Segundo Hellmann e Denez (2017) atualmente, as estâncias termais brasileiras, em sua grande parte, concentram suas atividades no turismo termal, mais do que terapias com águas termais, e localizam-se principalmente em oito estados, como pode ser observado na tabela a seguir:

Tabela 1 – Cidades e estâncias termais brasileiras

<b>Estado</b>	<b>Cidades e Estâncias Termais</b>
<b>Bahia</b>	Caldas do Jorro, Cipó, Itapicuru
<b>Ceará</b>	Balneário do Caldas, Caldas de Barbalho
<b>Goiás</b>	Rio Quente, Caldas Novas, Itajá
<b>Minas Gerais</b>	Poços de Caldas, Caldas, Pocinhos do Rio Verde, Araxá, Caxambu, São Lourenço, Cambuquira, Lambari, Patrocínio
<b>Paraná</b>	Mallet, Bandeirantes
<b>Rio Grande do Norte</b>	Mossoró, Apodi
<b>Rio Grande do Sul</b>	Iraí, Presidente Dutra, Marcelino Ramos
<b>Rio De Janeiro</b>	Itaperuna, Santo Antônio de Pádua Teresópolis, Petrópolis, Nova Friburgo
<b>São Paulo</b>	Águas de São Pedro, Balneário Águas de Santa Bárbara, Águas de Lindoia

<b>Santa Catarina</b>	Santo Amaro da Imperatriz, Águas Mornas, Gravatal, Tubarão, Santa Rosa de Lima, Itá, Treze Tílias, Piratuba, Caibi, Águas de Chapecó, São Carlos, Palmitos, Quilombo, São João do Oeste
<b>Paraíba</b>	Brejo das Freiras, São João do Rio do Peixe
<b>Pernambuco</b>	Caldas do Bamburral, Olinda, Salgadinho
<b>Maranhão</b>	Gamboa
<b>Pará</b>	Monte Alegre
<b>Mato Grosso</b>	Jaciara, Juscimeira, Rondonópolis

Fonte: Hellmann, Denez (2017).

A prática do termalismo pode ser vista pela ótica de lazer, turismo e bem-estar, assim como desempenha um importante papel na área da saúde, seja como prevenção ou promoção de saúde. Portanto, apesar do enfoque do termalismo na reabilitação de enfermidades ou bem-estar, esta prática não pode ser vista apenas como uma terapêutica, sendo também uma atividade econômica e turística que perpassa além das fronteiras de um estabelecimento termal (HELLMANN, DENEZ, 2017).

No Brasil, o termalismo é considerado uma prática integrativa e complementar, institucionalizado no Sistema Único de Saúde como tal (BRASIL, 2018b), não sendo necessária a especialidade em hidrologia médica para um profissional atuar em uma estância termal, embora antigas legislações prezem pela presença de um profissional médico nos estabelecimentos termais; enquanto em alguns países europeus esta prática é considerada uma especialidade médica (hidrologia médica) (HYDROGLOBE, 2014). A denominação “hidrologia médica” é utilizada principalmente na Espanha, Itália e países ibero e anglo-americanos, enquanto na França o termo Crenoterapia é mais frequente. Na Alemanha e na maioria dos países do leste-europeu se utiliza o termo Balneoterapia para expressar a aplicação terapêutica de águas minero medicinais (AETS, 2006). Além disso, a balneologia e hidrologia médica são partes relevantes dos sistemas de saúde em muitos países dentro e fora da Europa (Alemanha, Áustria, Polônia, Hungria, França, Japão e outros), onde seguros de saúde reembolsam tratamentos balneológicos, pelo menos parcialmente (GUTENBRUNNER *et al*, 2010).

Países da Europa Ocidental e Oriental têm um alto nível de regulamentação governamental e legislação sobre o uso do termalismo. Segundo Hydroglobe (2014), nesses países a formação acadêmica de operadores é principalmente de nível superior, com pós-graduação na área e escolas de especialidade (HYDROGLOBE, 2014). Quanto

às especificações, em países europeus como a Espanha e Itália, a hidrologia médica é uma especialidade. No caso da França e Portugal, é considerada uma competência. Em outros países do leste europeu como Polónia, Eslováquia e Romênia, a Balneologia está incluída em outras especialidades médicas como a Reumatologia, Medicina Física ou de Reabilitação (GUTENBRUNNER *et al*, 2010). Nos países da América Latina, com exceção de Cuba, o termalismo ainda está se desenvolvendo em sua legislação e regulamentação. Em Cuba, é reconhecido pelo Ministério da Saúde e pelo Sistema Nacional de Saúde, sendo também considerado uma especialidade médica.

### 3.2 TERMALISMO SOCIAL

No contexto europeu, segundo Ramos, (2005), Portugal teria criado o primeiro hospital termal da Europa iniciado em 1485, onde hoje se localiza o município de Caldas da Rainha. Desta forma, Portugal foi precursor, por três séculos, do movimento de assistência aos mais necessitados e tornando-se uma tradição na proteção das suas termas. Nesse país, em 1928 havia uma lei que se referia à gratuidade para os indigentes e empregados das estâncias, à taxa de inscrição médica bem como todos os serviços clínicos que careciam durante a permanência na estância termal (RAMOS, 2005).

A partir de 1974, o termalismo social em Portugal surgiu através da Segurança Social, após aprovadas as normas regulamentares em 1976, de integração do termalismo na ação médico-social. Estas normas contemplavam o reembolso das despesas relativas a inscrições, consultas médicas, tratamentos prescritos, transporte, alojamento e alimentação nos estabelecimentos termais, com o limite de duração de 21 dias. Aspectos importantes foram considerados em Portugal para a promoção do termalismo social, como possibilitar às empresas concessionárias determinados subsídios fiscais, no intuito de investir os lucros na modernização das instalações e equipamentos das estâncias, assim como oferecer aos médicos condições dignas e suficientes para atuarem na clínica termal; e incentivar a acessibilidade das termas para os trabalhadores (RAMOS, 2005; CANTISTA, 2010; HYDROGLOBE, 2014).

Atualmente o termalismo social em Portugal é realizado principalmente pelo programa “Termalismo Sênior”, implementado pelo Instituto Nacional Tempos Livres (INATEL), hoje com o estatuto jurídico de Fundação. O Programa Saúde e Termalismo Sênior permitiu o acesso a estabelecimentos termais, cerca de 58 mil cidadãos com idade igual ou superior a 60 anos, ao mesmo tempo que contribuiu para dinamizar significativamente a atividade termal nacional e as economias regionais e locais (CANTISTA, 2010).

Na França, somente em 1905, com a lei que implementava a assistência médica gratuita, tornou-se possível a presença de pessoas mais necessitadas em lugares de cura como as termas. São assim, definidos os organismos sociais que integram o termalismo, no quadro de Segurança Social, estabelecendo-se 104 estações termais associadas (RAMOS, 2005). De acordo com Forestie *et al* (2017) na França, desde 1947 a seguridade social reembolsa os tratamentos termais na condição que esses sejam prescritos por um médico e administrados em um estabelecimento termal regularmente credenciado. Neste contexto, um tratamento termal tem a duração de três semanas e em cada ano 500000 pacientes se beneficiam do tratamento termal, por um custo total reembolsado pela Seguridade Social em torno de 200 milhões de Euros anuais - menos de 0,5% dos gastos com saúde (FORESTIE *et al*, 2017).

O primeiro hospital termal italiano de Salsomaggiore surgiu em 1903 (RAMOS, 2005). Segundo Strangio e Teodori (2015), apesar de a Itália possuir uma antiga tradição no termalismo, foi a partir dos anos trinta do século XX que o termalismo social e seus benefícios terapêuticos foram garantidos para um número cada vez maior de pessoas. O turismo termal, que até então era considerado um privilégio que somente a elite usufruía, se transformou assim em um fenômeno de massa requerendo mais intervenções em seu planejamento, vindas do Estado. Atualmente o Instituto Nacional de Seguridade Social (INPS) é o órgão responsável por assegurar o termalismo social no país (STRANGIO, TEODORI, 2015).

Na Espanha, observa-se que isso se dá através do Programa de Termalismo Social do Instituto Nacional de Serviços Sociais (IMSERSO), na qual os tratamentos são possibilitados através de subvenção do governo. No entanto, desde 1989, foi estabelecido que o termalismo fosse oferecido pelo Ministério de Assuntos Sociais, que regulamentou o Programa no país (AETS, 2006). O objetivo do Programa Termalismo



Social do IMSERSO (*Instituto de Mayores y Servicios Sociales*) é proporcionar os tratamentos balneares apropriados aos pensionistas da Seguridade Social que deles necessitem. Trata-se de um serviço complementar aos benefícios da Previdência Social, que facilita a assistência aos tratamentos termais e acompanhamento médico às pessoas da terceira idade, mediante prescrição médica. Desde 2004, o programa oferta 12 dias de estadia por tratamento do Programa do Termalismo Social, o qual proporciona anualmente a 160.000 pensionistas tratamentos termais em diferentes balneários do país (AETS, 2006; IMSERSO, 2015; MEGIAS, 2014).

No Brasil, ainda que possa retratar o longo histórico sobre o uso das águas termais, o uso do termalismo atrelado à saúde pública, como um direito do cidadão, é recente (HELLMANN, DRAGO, 2017). Sua implementação no SUS foi aprovada pela Portaria Número 971, de 3 de maio de 2006, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Ministério da Saúde, que considerou o termalismo social como uma abordagem reconhecida de indicação e bem como o uso das águas minerais de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde, e que nosso país dispõe de recursos naturais ideais ao seu desenvolvimento no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) por meio da PNPIC, objetiva-se ampliar a oferta dessa prática no SUS, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase ao cuidado integral continuado e humanizado em saúde. Dessa forma, o termalismo social é oferecido à população garantindo o acesso universal a estabelecimentos termais da Rede de Atenção à Saúde, utilizando-se das águas termo minerais e considerando seus aspectos ecológicos, históricos e sociais (BRASIL, 2018b).

Constata-se que, apesar de estar atualmente incluída na política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, essa prática ainda é pouco praticada no país. No Brasil são grandes os desafios relacionados ao termalismo social no âmbito da saúde pública, como os citados anteriormente, e também, como mencionados por Hellmann e Denez (2017): recuperar os balneários em situação de abandono, identificar e fortalecer os estabelecimentos de saúde que utilizam desse potencial, ampliar

pesquisas sobre o termalismo social, fortalecer e integrar associações e políticas públicas efetivas, além de qualificar profissionais especializados na área.

Na verdade, antes da PNPIC, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), o termalismo social manteve-se ativo em alguns serviços municipais de saúde de regiões com fontes termais, como é o caso de Poços de Caldas, em Minas Gerais, contemplado nas resoluções da CIPLAN (Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação) de 8 de março de 1988. Essa resolução, instituída pelo Ministério da Saúde, implantava a prática do termalismo nos serviços públicos médico-assistenciais, para garantir o acesso da população economicamente mais desfavorecida a este tipo de assistência (PARANHOS, 2017).

Além disso, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 343, de 7 de outubro de 2004, foi um instrumento que fortaleceu a definição das ações governamentais que envolvem a valorização dos mananciais das águas minerais, seus aspectos terapêuticos, a definição de mecanismos de prevenção, controle, fiscalização, além do incentivo a realização de pesquisas na área (BRASIL, 2018). Há ainda o Decreto nº 374 do DNPM, de 30 de setembro de 2009, que regulamenta todos os procedimentos de engarrafamento de água mineral, desde a coleta até a embalagem, bem como institucionaliza as regras para o funcionamento de fontes termais e balneários, fornecendo ao setor hidrotermal diretrizes atualizadas, de acordo com protocolos internacionais.

Apesar desta pesquisa se limitar a estudar o termalismo dos sistemas de saúde da Espanha, França, Itália e Portugal, existem outros países europeus onde o termalismo social é inserido no sistema de saúde, como Hungria, Alemanha e Polônia; além de outros sistemas de saúde no mundo.

### **3.3 SISTEMAS DE SAÚDE**

Os sistemas de saúde – estruturas públicas e privadas de atenção à saúde – são recentes na história e só se consolidaram como tal em meados do século XX (LOBATO E GIOVANELLA, 2012). Um sistema de saúde pode ser definido como “um conjunto

de partes inter-relacionadas e interdependentes que tem como objetivo atingir determinados fins” (ROEMER, 1991).

Destarte, o sistema de saúde é o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais que são responsáveis pela condução dos processos ligados a saúde de uma determinada população, e que se concretizam em organizações, regras, serviços que visam alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde na sociedade (LOBATO, GIOVANELLA, 2012). Segundo Opas (2007) todo sistema de saúde constitui-se em meio às forças políticas e às influências dos diversos grupos de interesse, refletindo valores sociais que são expressos nos limites jurídicos e institucionais das suas políticas.

Portanto, como lembram Lobato e Giovanella (2012), pesquisar os sistemas de saúde nos ajuda a saber como se suas estruturas estão falhando ou sendo bem sucedidas nos objetivos de promover a saúde e garantir a melhoria das condições de saúde da população. Vale ressaltar que, em relação aos modelos de gestão, nenhum país tem um modelo único e puro; porém, em alguns é observada uma grande hegemonia perante determinada forma de organização e financiamento da saúde que caracteriza o modelo. Dessa forma, quando se diz que um país adota determinado tipo de sistema, fala-se do sistema que predomina naquele país (NICOLETTI, FARIA, 2017).

### **3.3.1 TIPOLOGIA DOS SISTEMAS DE SAÚDE**

A tipologia de sistemas de saúde baseada em diferentes estudos os vincula aos sistemas de proteção social historicamente criados, a partir das concepções de seguridade social ou sistemas universais, o seguro social e a assistência social. Esses diferentes modelos podem ser entendidos a partir da modalidade de proteção social que prevê os critérios de organização dos sistemas e de incorporação das demandas sociais, através de uma institucionalidade específica, variando em relação à concepção de políticas sociais e suas instituições (FLEURY, OUVÉNEY, 2012). Os modelos de proteção social em saúde correspondem a modalidades de intervenção governamental na condução, regulação, financiamento e na prestação de serviços de saúde, gerando condições diferentes de acesso e direito à saúde (GIOVANELLA, LOBATO, 2012).

A modalidade de proteção ~~social~~ do tipo seguridade social, inspirada em princípios de justiça social, é vista nos sistemas universais de saúde financiados com recursos públicos provenientes de impostos gerais. Esses sistemas conhecidos como *beveridgianos*, segundo Fleury e Ouverney (2012), têm como referência histórica o Relatório Beveridge, de 1942, na Inglaterra, que propôs um novo modelo de proteção social baseado na condição de cidadania, na qual os cidadãos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo governo. Giovanella e Lobato (2012) exaltam que, nesses sistemas, o governo, em geral, presta os serviços de saúde diretamente: toda a rede de serviços hospitalares e ambulatoriais, ou parte dela, é de propriedade pública estatal.

Nos sistemas públicos universais, o acesso é irrestrito a toda população e são cobertas desde ações coletivas até ações de assistência médica para toda a população, independente da renda. Fleury e Ouverney (2012) ressaltam que o caráter igualitário deste modelo é baseado na garantia de um padrão mínimo de benefícios, caracterizado como universal, e não depende de contribuições anteriores. Os sistemas universais são apontados como mais eficientes, equânimes e com maior impacto positivo nas condições de saúde (OMS, 2010). O modelo *beveridgiano* de serviços nacionais de saúde está presente em oito países da Europa Ocidental, incluindo Espanha, Itália e Portugal. No Brasil, há um amplo sistema público de saúde universal e integral, conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS).

Os sistemas de seguro social em saúde do tipo *bismarckiano*, outra modalidade de proteção social, têm como característica central, a cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual. Segundo Fleury e Ouverney (2012) esse sistema foi implantado por Bismarck, na Alemanha e baseia-se nos princípios de solidariedade, emergentes da formação da classe trabalhadora industrial, porém conjuga com o princípio do mérito, na qual os indivíduos recebem compensações proporcionais a suas contribuições ao seguro.

Dessa forma, esses sistemas têm financiamento baseado nas contribuições de empregados e empregadores, que foram segmentados por categoria funcional de trabalhadores; e a prestação de assistência médica nesses sistemas geralmente é separada das ações de saúde coletivas e exercida por um diferente órgão público (GIOVANELLA, LOBATO, 2012). O modelo de seguro social de saúde, com contratação compulsória financiada por contribuições vinculadas ao trabalho

assalariado, está presente em sete dos quinze países da Europa Ocidental, incluindo a França.

No modelo de assistência social, ou proteção residual, o governo não assume a responsabilidade de garantia de proteção universal à saúde e protege apenas alguns grupos mais pobres, cabendo a cada indivíduo comprar serviços de saúde de acordo com sua capacidade de pagamento (GIOVANELLA, LOBATO, 2012). O eixo central desse sistema reside na assistência social, na qual, como Fleury e Ouverney (2012) afirmam, o estado se restringe ao mínimo necessário para a viabilização do mercado, sendo este autorregulável, os valores dominantes são a liberdade, o individualismo e a igualdade de oportunidades, os quais geram condições de competição no mercado diferenciadas. Desse modo, este modelo que tende a gerar iniquidades e ineficiência, devido à baixa regulamentação estatal.

Como vemos, os tipos dos sistemas de saúde são influenciados pelos principais aspectos dos modelos de proteção social, nos quais, como assinala Fleury (1994) a seguridade social, de acesso universal, tem como princípio a justiça; o seguro social na solidariedade, já que os benefícios dependem do trabalho ou filiação e a assistência se baseia na caridade, condicionando o acesso aos mais necessitados.

### **3.3.2 COMPONENTES DOS SISTEMAS DE SAÚDE**

Nos sistemas de saúde, podem-se observar as características de cada um de seus componentes como a cobertura, o financiamento, a força de trabalho, a rede de serviços, os insumos, a tecnologia e o conhecimento, e as organizações; e, como esses componentes se relacionam entre si – alocação de recursos, prestação de serviços, gestão e regulação; ou seja, como a dinâmica do sistema (LOBATO, GIOVANELLA, 2012). Deste modo, os componentes do sistema estão relacionados com as características históricas, políticas, econômicas e culturais de cada país. Com base em Lobato e Giovanella (2012) destacam-se os principais componentes presentes nos sistemas de saúde, que serão detalhados a seguir:

#### **Cobertura**

A cobertura de serviços engloba a amplitude dos serviços oferecidos: o conjunto de ações e serviços de saúde aos quais a população tem acesso. O grau de cobertura populacional pode ser universal ou segmentado, dependendo do modelo de proteção social predominante no país (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

### **Financiamento**

O financiamento como componente do sistema diz respeito aos recursos econômicos disponíveis para a atenção à saúde, com o intuito de sustentar o sistema de saúde, podendo este ser público ou privado (LOBATO, GIOVANELLA, 2012) e também com as fontes de financiamento - impostos, contribuições sociais, seguro público ou privado, pagamento direto, etc.

Os sistemas de saúde universais (modelo Beveridge) privilegiam os recursos de base solidária provenientes de impostos gerais. Os sistemas baseados no modelo de seguro social (Bismarckiano) apoiam-se em contribuições sobre seus salários e cobrem esses contribuintes, de diferentes formas dentro da população. Os modelos residuais têm financiamento público apenas para uma parcela mais pobre da população, sendo os sistemas financiados principalmente por recursos privados.

### **Força de trabalho**

A força de trabalho refere-se, segundo Lobato e Giovanella (2012), aos profissionais e técnicos que desenvolvem os serviços de atenção à saúde, como médicos, enfermeiros, sanitaristas, agentes de saúde, profissionais da vigilância sanitária, farmacêuticos e laboratoristas etc. Há também uma complexa rede de administradores e técnicos especialistas em gestão de saúde, que participam do sistema de saúde.

### **Rede de serviços**

Divididos em serviços coletivos e serviços de assistência médica, os primeiros dirigem a prevenção, à promoção e ao controle de ações que impactam a população,

como a vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e controle ambiental (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

### **Insumos**

Os insumos do sistema de saúde são relacionados aos tipos de recursos utilizados no tratamento e na prevenção em saúde, incluindo equipamentos, medicamentos, suprimentos para exames (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

### **Tecnologia e conhecimento**

A tecnologia e o conhecimento dentro dos sistemas de saúde discutem soluções de novas técnicas, práticas, procedimentos de prevenção e combate às doenças; e também se relaciona com os prestadores de serviços de saúde (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

### **Organizações**

As organizações dão as estruturas responsáveis pela condução, regulação, gestão e administração dos sistemas de serviços de saúde (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

Por sua vez, as principais funções dos sistemas de saúde são: alocação de recursos, a prestação de serviços, a gestão, e a regulação. Essas funções são desenvolvidas a partir de relações políticas e econômicas que se manifestam por meio dos interesses dos agentes e atores envolvidos direta ou indiretamente com os sistemas de saúde.

### **Alocação de recursos**

A alocação de recursos, segundo Lobato e Giovanella (2012), condiz com as relações entre financiadores e prestadores de serviços nos sistemas de saúde. As principais fontes de recursos financeiros dos sistemas de saúde são impostos gerais

(modelo beveridgiano de sistemas de saúde universais), contribuições sociais sobre salários (modelo bismarckiano de seguros sociais) e recursos privados (planos de saúde privados, seguros e pagamentos diretos de serviços.)

### **Prestação de serviços**

A prestação de serviços pode ser classificada em relação à complexidade de atenção, como serviços de atenção primária, ambulatorial, especializada e hospitalar. Ações de promoção em saúde também fazem parte dos serviços de saúde, assim como a vigilância em saúde e distribuição de medicamentos (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

### **Gestão**

A gestão diz respeito à função de dirigir os sistemas de saúde. Inclui formular políticas, planejar, contratar serviços, financiá-los, estruturar e organizar a rede de serviços em seus diferentes níveis, assim como dimensionar a oferta, controlar e avaliar as ações, relacionando-se com os prestadores, como as instituições públicas, empresas ou profissionais (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

### **Regulação**

Nos sistemas de saúde, a regulação pode ser entendida como os mecanismos legais e normativos que regem a relação entre os componentes de saúde, envolvendo também a proteção da saúde. A regulação pode se distinguir entre a regulação sobre prestadores de serviços, regulação sanitária e regulação dos mercados em saúde (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

Na pesquisa proposta, para realizar uma análise comparativa do termalismo social inserido nos sistemas de saúde de determinados países europeus, os componentes e características de cada sistema de saúde relacionado ao termalismo social que serão empregados serão: cobertura/acesso, o financiamento, a força de trabalho, os insumos e técnicas, a organização e regulação, e a rede e prestação de serviços.



### 3.4 SISTEMAS DE SAÚDE COMPARADOS

As comparações de sistemas de saúde foram se tornando cada vez mais comuns ao longo do tempo. Segundo Ferreira (2013), especialmente após a década de 1980, as comparações em grande parte foram inicialmente encampadas por grandes organismos internacionais, caso da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), do Fundo Monetário Internacional (FMI), dentre outros. Para além dessas organizações, diversos pesquisadores da área também passaram a incorporar a comparação como parte importante da compreensão sobre os sistemas de saúde (FERREIRA, 2013).

De acordo com Conill *et al* (1991): “Comparar é buscar semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos que podem ser contemporâneos ou não, que ocorram em espaços distintos ou não, tendo em vista conhecer determinações, causalidades e inter-relações para melhor compreendê-los” (p. 329). Dessa forma, a análise comparada se constitui como uma área importante dos estudos de sistemas de saúde. De acordo com Lobato e Giovanella (2012), esse processo tem tornado possível o conhecimento das similaridades e diferenças entre os sistemas de diversos países: apesar de seus contextos diversos, é possível aprender com a experiência dos demais para melhorar as políticas e programas de saúde.

Um aspecto inicial abordado nas análises comparadas é a diferença entre sistemas de saúde e os sistemas de serviços, sendo que os primeiros se referem à saúde num sentido mais amplo o qual é o resultado de uma complexa interação de um conjunto de fatores a ações de diversos sistemas sociais (CONILL, 2012). Segundo Conill (2012), embora os componentes sejam úteis ao realizarmos uma descrição, será na análise do contexto histórico, socioeconômico, político e cultural de cada sociedade que encontraremos a explicação para sua conformação final.

Dentre os aspectos positivos destacados nas comparações, uma vantagem em potencial da análise comparada é a possibilidade de incluir variáveis históricas, político-administrativas e culturais em suas especificidades, o que possibilita ampliar o leque de relações de determinação e observar as respostas dadas em determinado contexto

(HORTALE, CONILL, PEDROSA, 1999). Além disso, segundo Hortale, Conill e Pedrosa (1999), uma análise comparada que leve em conta algumas categorias básicas e um grande número de indicadores tem a vantagem de permitir a construção de tipologias e modelos que serão confrontados, por seu lado, com outras pesquisas empíricas para confirmação, ajustes ou até mesmo seu abandono.

Contudo é preciso assinalar desafios e desvantagens dentro da análise comparativa. Uma dessas desvantagens, segundo Hortale, Conill e Pedroza (1999) está na ausência, para análises, de dados homogêneos de um país em relação a outro, o que pode levar a uma escolha forçada entre uma grande quantidade de indicadores em um pequeno recorte temporal ou espacial, e assim limitar a capacidade de comparação ou dificultar o aprofundamento dessas análises. Deste modo, devem-se aplicar indicadores socioeconômicos relativamente semelhantes, efetuando um recorte no objeto que possibilite a comparação, dentro de um contexto social, econômico e político (HORTALE, CONILL E PEDROZA, 1999).

Marmor e Wendt (2012) enfatizam que os estudos em saúde comparada geralmente não incluem os resultados da implementação da política de saúde, tendo estes estudos um viés similar: se concentram na estrutura institucional e não em resultados como estado de saúde ou desigualdades em saúde. Portanto, segundo esses autores, para melhorar práticas nos sistemas de saúde, os estudos comparados precisam incluir medidas de resultados, e, além disso, pra tirar experiências sobre implementação bem-sucedida da política de saúde, é necessário definir e medir os resultados da política de saúde (MARMOR, WENDT, 2012).

Existem muitos estudos sobre sistemas de saúde comparados entre países, analisando seus diversos aspectos. Como exemplo, Gerschman (2008) comparou a relação entre público e privado no contexto dos sistemas de saúde universais a fim de demonstrar semelhanças e diferenças entre as políticas de saúde da União Europeia e do Brasil. Como a União Europeia é formada por vários países, enquanto o Brasil é um só país, a autora argumenta que seu estudo pode ser considerado “um exercício teórico-conceitual”, pois adotou “uma licença metodológica”. Rabello (2010), por sua vez, fez análises comparativas entre o Brasil e Canadá, a partir da promoção de saúde considerando quatro categorias (gestão, intersetorialidade, qualidade de vida e participação social), concluindo que a promoção da saúde ainda não estava consolidada

em ambos os países, predominando o modelo flexneriano. Não foram encontradas análises comparativas envolvendo o termalismo social nos sistemas de saúde.

### 3.5 SISTEMAS DE SAÚDE EUROPEUS

Nos Estados membros da União Europeia, a cobertura de saúde é pública e universal como parte de um amplo sistema de proteção social. Segundo Gerschman (2008), os sistemas de seguridade social europeus resultam da necessidade de reconstruir a Europa da catástrofe econômica e social, após a Segunda Guerra. Os fundamentos da seguridade social europeia tiveram seus alicerces nos princípios básicos da cidadania social, como base de políticas de proteção social, públicas e universais, e no desenvolvimento econômico nacional, baseado no pleno emprego e na seguridade social, enquanto modalidades de distribuição de renda e de formação e ocupação de mão-de-obra (GERSCHMAN, 2008).

Nos países do sul da Europa, como Itália, Espanha e Portugal, foram instituídos serviços de saúde nacionais universais, entre os anos 1970 e 1980, na fase final de expansão do estado de bem-estar, baseados nos direitos de cidadania e inspirados no modelo beveridgiano (SERAPIONI, 2017). No entanto, a transição de sistemas de saúde ocorreu em um nível diferente, gerando níveis variáveis de cobertura em cada país. Espanha e Itália desenvolveram sistemas de saúde públicos mais orientados em princípios universalistas, e sucessivamente promoveram a regionalização do serviço nacional de saúde, enquanto Portugal, o sistema de saúde permaneceu fragmentado, ao menos na primeira fase de transição, entre os subsistemas públicos e privados (SERAPIONI, 2017).

Gerschman (2008) assinala que, embora a maioria dos países europeus opere sistemas de cobertura universal, estes, nos dias de hoje, tendem a ser universais apenas nos princípios. Para quem procura asilo ou é um imigrante ilegal, a cobertura de cuidados de saúde pode ser inexistente na prática, além de que a erosão da cobertura do sistema público de saúde para oftalmologia e cuidados dentários é crescente.

Uma prática comum que existe em alguns sistemas de saúde públicos europeus, consiste no aumento da participação dos usuários nas despesas de saúde por meio de formas de co-pagamento e taxas moderadoras. Trata-se de uma práxis consolidada nos países do Sul da Europa (como na Grécia, Itália e Portugal), que introduz entraves

financeiros no acesso, contribuindo para acentuar as desigualdades no sistema público de saúde. Na Espanha, o único encargo de utilização dos serviços de saúde diz respeito aos produtos farmacêuticos (SERAPIONI, 2017).

### 3.5.1 ESPANHA

A Espanha tem uma população de 46, 72 milhões de habitantes, com gasto sanitário de US \$3.067 per capita correspondendo a 8,9% do PIB, dos quais 73,6 % são públicos (OCDE, 2018).

*O Sistema Nacional de Salud* da Espanha, com cobertura universal, é o resultado da extensão a quase toda população espanhola da *Assistência Sanitaria de la Seguridad Social*, cuja origem foi o seguro obrigatório de doença no início de 1940, dirigido inicialmente para trabalhadores de baixa renda e suas famílias (CONILL, 2012). Segundo Serapioni (2017), em 1977, com o restabelecimento da democracia na Espanha, criou-se o Ministério da Saúde e de Segurança Social, que absorveu as demais instituições e serviços de saúde existentes. Em 1986, a *Ley General de Sanidad* instituiu o *Sistema Nacional de Salud* e acelerou o processo de transferência das competências sanitárias para as 17 comunidades autônomas do país. Esse processo de reforma contribuiu, significativamente, para a expansão da cobertura de saúde (SERAPIONI, 2017).

Na Espanha, a configuração atual do *Sistema Nacional de Salud* se caracteriza pela organização regional dos serviços de saúde, base que estrutura o funcionamento do sistema historicamente (SERAPIONI, 2017). No sistema de saúde espanhol a porta de entrada é constituída por médicos de família e comunidade que trabalham em centros de saúde. O acesso é garantido a todos os espanhóis ou residentes legais com portabilidade desse direito em todo o território nacional (CONILL, 2012).

### 3.5.2 FRANÇA

A França conta com uma população aproximada de 66,89 milhões de habitantes, com um gasto de saúde que corresponde a cerca de 11,2 % do PIB, sendo que 76,6% vêm de fundos públicos (OCDE, 2018).

A França é uma república composta administrativa e politicamente por regiões, departamentos, cantões, municípios ou comunas. Esse sistema se baseia em três grandes princípios: solidariedade, pluralismo e medicina liberal (CONILL, 2012).

A cobertura do sistema de saúde público é universal, fornecida a todos os residentes pelo SHI (*Social Healthinsurance System*). A França conta com financiamento por mecanismos do seguro social, possuindo um sistema crescentemente misto (financiado tradicionalmente por contribuições sociais, porém com crescente participação de impostos) (FERREIRA, 2013). O financiamento advém de impostos, mas principalmente de contribuições de empregados e empregadores, configurando um seguro público regulamentado pelo Estado, onde a maior parte da população (87%) contribui para a *Caisse Nationale d'Assurance Maladie* (CNAMTS), designada aos trabalhadores assalariados (CONILL, 2012).

Para ser coberto ou reembolsado por um serviço de saúde, medicamento ou prótese, estes têm de ser prescritos por um profissional como médico, dentista, parteira ou instituição cadastrada, além de constar em uma lista aprovada por comitês técnicos do Ministério da Saúde (CONILL, 2012). Segundo Conill (2012), ao consultar um profissional de saúde, os pacientes pagam e enviam o comprovante para serem reembolsados. Há um co-pagamento com taxas variadas, por exemplo: 30% para consultas, 15 a 100% para medicamentos, 40% para exames laboratoriais, etc.

O tempo de espera para obtenção de serviços de saúde, objeto de preocupação em outros sistemas de saúde, não é longo no caso da França, porém pequenas emergências sobrecarregam os hospitais (CONILL, 2012).

### 3.5.3 ITÁLIA

A Itália possui 60, 59 milhões de habitantes em seu território, com um gasto total em saúde por volta de 8,8% do PIB, sendo que cerca de 6,5% vêm de fundos

públicos (OCDE, 2018). Na Itália, o declínio dos gastos em saúde pública foi intensificado em 2014, já na Espanha a redução foi moderada até 2011, mas depois também aumentou (SERAPIONI, 2017).

Em 1978 foi criado o *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN) para substituir um sistema de saúde fortemente fragmentado em mais de cem operadoras de planos e seguros. Neste novo sistema de saúde público universal, desenvolveu-se um processo de descentralização baseado nas autoridades regionais e locais, além de promover a equidade e a redução das desigualdades geográficas na oferta dos serviços (SERAPIONI, ROMANI; 2006).

O SSN tem a cobertura universal, solidariedade, dignidade humana e as necessidades de saúde como princípios orientadores e, sob a constituição italiana, o governo central controla o financiamento da saúde através de impostos e define um estatuto nacional de benefícios a serem oferecidos a todos os residentes em todas as regiões – os níveis essenciais de assistência (*livelli essenziali di assistenza*, ou LEA) (MOSSIALOS, *et al*, 2017).

#### 3.5.4 PORTUGAL

Em Portugal, o sistema de saúde nacional, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), se caracteriza por uma abrangência universal, organização descentralizada de base territorial e financiamento por fontes fiscais, tendo a existência de seguros privados residuais (CONILL *et al* 2018).

Desde a sua instituição, em 1979, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) enfrentou diversos problemas, entre os quais destaca-se o sub-financiamento, a concentração de recursos no setor hospitalar, a escassa coordenação entre cuidados primários e secundários, além das desigualdades no acesso, devido a uma forte presença do setor privado (SERAPIONI, 2017). Em Portugal, foram incluídas medidas de responsabilidade individual no financiamento direto da saúde, isto é, de “taxas moderadoras” de utilização dos serviços de saúde (consultas, internamentos, cirurgias de ambulatório) (SOUZA, 2009). A organização do sistema de saúde público português é descentralizada, sendo dominada pelas regiões de saúde, que estabelecem o contato

entre o nível local e o Ministério da Saúde. Existem 5 regiões de saúde no país, além de 18 sub-regiões, correspondentes a cada um dos distritos do continente (SOUZA, 2009).

### 3.6 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: SUS

O Brasil possui uma população absoluta de aproximadamente 209,3 milhões de pessoas, possuindo um gasto total em saúde que corresponde ao redor de 8% do PIB (OCDE, 2018).

O sistema de saúde brasileiro é formado por uma complexa rede de prestadores e compradores de serviços que geram uma combinação público-privada, sendo que o sistema é dividido em três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado, o subsetor privado e o subsetor suplementar (PAIM *et al*, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema público de saúde no Brasil, considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e surgiu com a Constituição Brasileira em 1988. A saúde no Brasil é um dever do Estado (BRASIL, 1988). O SUS tem como princípio a saúde como direito social universal, a ser coberto pelo Estado, além de reconhecer fatores que condicionam e determinam a saúde, como por exemplo, o meio ambiente, renda, lazer, saneamento básico, entre outros.

O Sistema Único de Saúde tem como função realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, educação sanitária e controle de vetores, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário (atenção básica), ambulatorial especializado e hospitalar (PAIM *et al*, 2011).

O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. Dessa forma, a população tem direito a acesso aos serviços de saúde sem custos adicionais, refletindo os princípios do SUS de universalidade, integralidade e igualdade (NICOLETTI, FARIA, 2017).

No SUS, pode-se observar a necessidade de atender uma população muito grande com perfis sociais e epidemiológicos próprios e com diferenças regionais que levaram a consolidação de um sistema descentralizado (NICOLETTI, FARIA, 2017). Esta política gerou mais autonomia aos municípios, mas também expandiu os recursos e controles do nível federal. Assim, para administrar essa política descentralizada, os

mecanismos de tomada de decisão foram ampliados no sistema, com participação social e construção de alianças entre os principais atores envolvidos (PAIM *et al*, 2011). Essas estruturas políticas representam uma grande inovação na governança em saúde no Brasil, pois permitiram que um maior número e variedade de atores participasse do processo de tomada de decisão e definiram áreas de responsabilidade institucional com mais clareza que no passado (PAIM *et al*, 2011).

Os avanços no SUS são reconhecidos em diversas áreas (transplantes, imunizações, desenvolvimento técnico-científico, formação de recursos humanos), com maior uso de serviços de atenção básica, tratamentos hospitalares e exames de alta complexidade em todas as regiões do Brasil. Entretanto, há dificuldades como baixa oferta de serviços especializados, hospitalares e diagnósticos; além de grandes listas de espera (CONILL, 2012).



## 4 METODOLOGIA

A metodologia, utilizada em pesquisa, como sabemos, envolve o caminho do pensamento e as práticas desenvolvidas para abordar a realidade a ser pesquisada, e para tal, inclui a abordagem teórica (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) assim como os aspectos criativos da pesquisa, bem como a experiência do pesquisador (MINAYO *et al*, 2016). Dessa forma a metodologia não se resume somente a técnica, integrando a teoria, a realidade empírica e os conhecimentos acerca da realidade (MINAYO *et al*, 2016).

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo constitui-se de uma pesquisa de natureza qualitativa de caráter descritivo e comparativo, segundo seus fins e documental, segundo seus meios. A abordagem qualitativa busca “conhecer as percepções dos sujeitos pesquisados acerca da situação-problema, objeto da investigação” (LEONEL e MOTTA, 2007, p. 108). Assim, o método qualitativo é o que se aplica no estudo da história, das relações, das crenças, representações, das percepções e opiniões, produto das interpretações humanas a respeito de como vivem, constroem a si mesmo, seus artefatos, como eles sentem e pensam (MINAYO, 2014).

A pesquisa qualitativa no âmbito da pesquisa social relaciona-se intrinsecamente aos significados que surgem nas ações, motivações e aspirações humanas, nas quais sua produção envolve o universo das relações, representações e das intencionalidades, constituindo o objeto do estudo qualitativo (MINAYO *et al*, 2016).

A análise documental pode ser definida com um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma diferente forma do original, visando facilitar um estado subsequente a sua consulta e referência, portanto, visa representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação (BARDIN, 2016).

Além disso, por meio de revisão bibliográfica, foi utilizado o método de revisão integrativa da literatura. Neste método de pesquisa, como lembram Whitemore e Knafl

(2005) são estabelecidas as seguintes etapas de realização: definição do problema, pesquisa bibliográfica, análise dos dados e apresentação dos resultados. A revisão integrativa é um amplo método de pesquisa de revisão, possibilitando a compreensão abrangente de um assunto escolhido, na qual aponta as lacunas de conhecimento que necessitam ser exploradas com a realização de novos estudos. Portanto, a revisão integrativa é um método que tem como finalidade agregar e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema delimitado, de maneira sistemática, ordenada e abrangente, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento da questão investigada (ROMAN e FRIEDLANDER, 1998; ERCOLE, MELO, ALCOFORADO, 2014).

## 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O termalismo social foi comparado com os sistemas de saúde dos países europeus: Espanha, França, Itália e Portugal. Esses países foram selecionados por apresentarem o termalismo social inserido nas políticas públicas do sistema de saúde do país, além de haver semelhanças em diversos aspectos dos sistemas de saúde, assim como a viabilidade ao acesso à língua oficial do país de origem pelos pesquisadores na análise documental.

## 4.3 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Neste estudo, as seguintes estratégias e técnicas para a coleta de dados foram utilizadas: uma pesquisa bibliográfica da literatura na qual os resultados foram categorizados segundo os elementos dos sistemas de saúde (grau de acesso/cobertura, financiamento, força de trabalho, insumos e técnicas, organização e regulação e também rede e prestação de serviços). Além disso, foi feita uma busca em sites oficiais dos governos e sistemas de saúde com vistas a atualizar e complementar a revisão integrativa.

Como método para facilitar a pesquisa bibliográfica, foi utilizado o método SSF (*Systematic Search Flow*), desenvolvido por Ferenhof e Fernandes (2016). Este método foi escolhido, pois aponta uma maneira de se fazer buscas de forma sistemática na

literatura, podendo auxiliar em revisões sistemáticas e integrativas. Segundo os autores, o método SSF foi desenvolvido com o intuito de sistematizar o processo de buscas à base de dados científicas, a fim de garantir a repetibilidade e evitar viés do pesquisador.

O método SSF é composto por 4 fases e 8 atividades, na qual a fase 1 é destinada à definição do Protocolo da Pesquisa, abrangendo a elaboração de um conjunto de parâmetros de configuração do processo de pesquisa, que determina as características de acordo com a sua necessidade (FERENHOF, FERNANDES, 2016). Nesta fase, há cinco atividades: 1) definir a estratégia de busca; 2) consultar base de dados; 3) organizar o portfólio bibliográfico; 4) padronizar a seleção dos artigos; e 5) compor o portfólio de artigos. Na fase 2 os dados são consolidados (atividade 6). Na fase 3, denominada Síntese (atividade 7), as ilações sobre o tema são construídas e, então, condensadas em relatórios. Finalmente, a fase 4 se destina a consolidação dos resultados (atividade 8) por intermédio da escrita científica. Para tal deve-se resgatar o objetivo da revisão de literatura, bem como o resultado da análise e síntese e, mediante a matriz do conhecimento e dos relatórios, fundamentar a escrita dos resultados (FERENHOF, FERNANDES, 2016).

A base de dados da pesquisa foi fundamentada em artigos científicos disponíveis em bases de dados eletrônicas, que abordam o termalismo nos países selecionados na pesquisa, além de publicações avulsas como pesquisas, dissertações e teses, entre outros, publicados no período máximo dos últimos vinte anos (2000 – 2020).

Foi realizada uma busca nas seguintes bases de dados *online*: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PUBMED (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), SCOPUS e WEB OF SCIENCE. Esta procura foi realizada durante os meses de julho a setembro de 2019.

Na procura dos artigos, utilizaram-se os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa: termalismo, termalismo social, balneoterapia, balneologia, correlacionados com os termos: sistemas de saúde, saúde pública, saúde coletiva, atenção primária; e com os países França, Espanha, Itália, Portugal e Brasil. Utilizou-se o *Medical Subject Heading Terms (Mesh Terms)*, no intuito de garantir o controle de vocabulário e identificação de palavras correspondentes.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês, italiano, francês e espanhol; teses, dissertações e artigos completos que retratassem a temática referente à revisão integrativa, além de artigos publicados e indexados nos bancos de dados selecionados no período máximo de vinte anos. Os países europeus Espanha, França, Itália e Portugal foram selecionados por inserirem o termalismo social nas políticas públicas do sistema de saúde, além de apresentarem semelhanças em diversos aspectos dos respectivos sistemas de saúde, bem como a viabilidade ao acesso a língua oficial do país de origem pelos pesquisadores na análise dos artigos. Foram excluídos artigos que não tratassem da relação entre os componentes dos sistemas de saúde e o Termalismo.

Em uma segunda etapa de coleta de dados, realizou-se uma busca reversa com base nas referências dos artigos selecionados na busca, ou seja, foram incluídos artigos contidos nas referências dos estudos encontrados nas bases de dados, além de artigos publicados em revistas eletrônicas não indexadas relacionadas ao termalismo, como *Anales de Hidrología médica, Agua y territorio* e *Boletín de la Sociedad Española de Hidrología Médica*.

Em vista de não se terem obtido informações necessárias quanto às categorias definidas, e com o intuito de atualizar e complementar as informações obtidas na revisão bibliográfica, foi necessário realizar uma terceira etapa. Assim, foram incluídas informações adicionais pesquisadas em *sites* oficiais dos governos e sistemas de saúde dos países selecionados, além associações de termalismo dos países nomeados, como a FEMTEC (*World Federation of Hydrotherapy and Climatotherapy*), Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica e Climatologia (SPHM), *Société française de médecine thermale* (FTCF), *Fédération Française des Curistes Médicalisés* (FFCM), *Federazione Italiana delle Industrie Termali delle Acque Minerali e del Benessere Termale* (FEDERTERME) obtendo-se assim, informações complementares que corroboram com os elementos pesquisados.

#### 4.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados a respeito da comparação entre os sistemas de saúde foram analisados através da Análise de conteúdo de Bardin (2016) com categorias definidas *a priori*. A análise de conteúdo segundo Bardin (2016) é considerada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens; através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Já Minayo (2014), destaca que se trata de um conceito historicamente construído para dar respostas teórico-metodológicas, na qual essa técnica de pesquisa permite tornar replicáveis e adequadas inferências sobre dados de um determinado contexto por meio de procedimentos especializados e científicos.

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação, e conseqüentemente, por reagrupamento segundo o gênero como os critérios previamente definidos. Fornece, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos (BARDIN, 2016). As categorias definidas *a priori* que foram analisadas correspondem aos componentes dos sistemas de saúde relacionados ao termalismo social como grau de acesso/cobertura, financiamento, força de trabalho, insumos e técnicas, organização e regulação, rede e prestação de serviços. Já a categoria definida *a posteriori* refere-se à caracterização do termalismo social nos sistemas de saúde.

A análise de conteúdo leva em consideração o significado dos materiais textuais surgidos durante a pesquisa, realizando a categorização e aprofundamento teórico sobre os mesmos (APPOLINÁRIO, 2009). Segundo Bardin (2016), as três etapas básicas nos trabalhos com a análise de conteúdo envolvem

I) a pré-análise: baseada na organização do todo o material utilizado para a coleta dos dados, considerando a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e objetivos, e a elaboração de indicadores que fomentem a interpretação final.

II) a exploração do material: nesta etapa o material reunido da pesquisa é aprofundado, surgindo desta análise quadros de referências e sínteses de ideias. Deste modo, são realizadas a codificação, a classificação e a categorização. A organização para codificação é feita pelo recorte de significado devidamente numerado, seguida da escolha de categorias, na qual se processou pela classificação e agregação das unidades de significação.

III) a interpretação referencial: os resultados são tratados de maneira a serem significativos e válidos, na qual se propõe inferências a partir do conhecimento que se tem do emissor, gerando o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação.

#### **4.5 LIMITAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES**

Quanto às limitações da pesquisa, Lobato e Giovanella (2012) lembram que há um risco do uso do método comparativo, como cair no engodo de acreditar que existe uma forma central (ou eurocêntrica) como um modelo que não se adequa necessariamente às demais civilizações. Portanto, não é somente a busca da maneira como se constituíram as políticas públicas na Europa que possam ser repetidas pelas sociedades latino-americanas (estas apresentam um histórico e realidade muito distantes), mas entender que aspectos e potenciais poderiam estar presentes de forma a contribuir para que o termalismo social avance no Brasil e, de acordo com seu contexto histórico, econômico e social, assim como seus desafios; e, mais, a partir dessas premissas, aprimorar políticas públicas adequadas para a nossa realidade e sociedade.

Esse projeto tem sua relevância em vista de tratar de um assunto raro mas importante no âmbito da saúde pública brasileira. Como contribuições, esta pesquisa visa facilitar e ampliar a discussão da inserção do termalismo social nas políticas públicas brasileiras, assim como identificar tendências e desafios na implementação das mesmas, com vistas a fortalecer a PNPIC no Sistema Único de Saúde, estimular as iniciativas do termalismo no cuidado da saúde, difundir o conhecimento desta prática para a população, e assim, contribuir para aumentar a sua acessibilidade.

#### **4.6 SÍNTESE DO PROJETO E PROCESSO METODOLÓGICO**

A síntese deste projeto pode ser visualizada na Figura 01 abaixo.



Figura 01: Modelo teórico-lógico do projeto de pesquisa.  
 Fonte: Elaboração dos autores (2020).

Neste projeto, através de uma análise comparativa dos sistemas de saúde, o termalismo social foi o objeto central. Por meio dos componentes dos sistemas (acesso/cobertura, financiamento, força de trabalho, insumos e técnicas, organização, regulação, rede de serviços e prestação de serviços) a inserção do termalismo social foi comparada nos sistemas de saúde da Espanha, França, Itália e Portugal. Como resultados, esperou-se fortalecer as políticas públicas brasileiras; e assim, como principais impactos, reforçar a importância da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde; além de estimular as iniciativas do termalismo no cuidado da saúde, difundir o conhecimento desta prática para a população, e deste modo, também contribuir para aumentar a sua acessibilidade no Brasil.

Com a finalidade de demonstrar o processo metodológico de modo sintetizado, temos:

Tabela 2: Síntese do processo metodológico da pesquisa

Desenho do estudo	
Tipo	Pesquisa qualitativa de caráter descritivo e comparativo segundo seus fins e documental segundo seus meios, caracterizado como Revisão Integrativa da literatura.
Cenário	Termalismo social nos Sistemas de Saúde da Espanha, França, Itália e Portugal.
Coleta de dados	Pesquisa bibliográfica com busca nas bases de dados eletrônicas indexadas, busca reversa nas referências, busca de artigos em bases de termalismo não indexados dos países selecionados e busca em sites oficiais dos governos e associações de termalismo.
Análise de dados	Análise de conteúdo temático

Fonte: Elaboração dos autores (2020)



## 5 RESULTADOS

Como consta no Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados e discussão desta dissertação serão apresentados em um artigo intitulado **“Análise comparada do termalismo social nos sistemas de saúde europeus: contribuições para o SUS”** apresentado no sumário desta dissertação no item 7 denominado “Artigo”.

## 6 REFERÊNCIAS

AETS. (AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS). Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. Hernández Torres A et al. **Técnicas y Tecnologías en Hidrología Médica e Hidroterapia**. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, Madrid. Junio de 2006.

ANTONELLI, M., DONELLI, D., FIORAVANTI, A. Effects of balneotherapy and spa therapy on quality of life of patients with knee osteoarthritis: a systematic review and metaanalysis. **Rheumatol Int.** 2018; 38 (10):1807-1824. doi:10.1007/s00296-018-4081-6

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

ATALLAH, A. N. **Revisão sistemática da literatura médica e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica**. *Diagn Tratamento*. 1997; 2 (2):12-5.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed. rev e ampl. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 24 abr 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC – SUS**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. 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, 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde**. Brasília, 2018b.

CANTISTA, P. O termalismo em Portugal. **Anales de Hidrologia Médica**, 2010, vol. 3, 79-107 [online]. Disponível em <<http://www.sphidrologia.pt/>>. Acesso em 20/06/2019.

CONILL, E. M., MENDONÇA, M. H., SILVA, R. A. P. R., GAWRYSZEWSKI, V. Organização dos serviços de saúde: a comparação como contribuição. **Cadernos de Saúde Pública**, 7(3), 328-346. 1991

CONILL, E. M. Sistemas Comparados de saúde. In: **Tratado de saúde coletiva**. Campos, GWS; Bonfim, JRA; Minayo, MCS, Akerman M; Drumond JM; Carvalho, YM. Rio de Janeiro: Hucitec. Fiocruz; 2012.

CONILL, E.M; XAVIER, D.R; PIOLA, S.F; SILVA, S.F; BARROS, H.S.; BÁSCOLO, E. Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(7): 2171- 2185, 2018.

FERREIRA, M. R. J. Sistemas Comparados: um estudo sobre os esquemas de financiamento europeus, In: **2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte. Anais de Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, 2013.

FERENHOF, H. A.; FERNANDES, R. F. Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: método SSF. **Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina**, Florianópolis, SC: v. 21, n. 3, p. 550-563, ago./nov., 2016.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos** – seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1994.

FLEURY, S., OUVÉNEY A. M. Política de saúde: uma política social. In: **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil**. GIOVANELLA L., ESCOREL S, LOBATO, LVC, NORONHA JC, CARVALHO AI (org). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.

FORESTIE, R.; TABONE, W.; PALMER, M.; JEAMBRUN, P.; CHAREYRAS, J.; GUERRERO, D.; FABRY, R.; FRANÇON, A. A Crenobalneoterapia na França: visão geral. In: **Termalismo e crenoterapia no Brasil e no mundo**. HELLMANN, F.; RODRIGUES, D. M. O. (Org.) Palhoça: Ed. Unisul, 2017

FRANCO, A. C. Águas fundam cidades: a formação de estâncias hidrominerais no Brasil no início do século XX. **Rev. Bras. Estudos Urbanos**. Reg., v. 8, n. 3, 2004.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O; TREVISAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.3, mai/jun 2004.

GERSCHMAN, S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 13(5):1441-1451, 2008

GOMES, C.; CARRETERO, M.I.; POZO, M.; MARAVER, F.; CANTISTA, P.; ARMIJO, F. Peloids and Pelotherapy: Historical Evolution, Classification and Glossary. **Appl Clay Sci**. 2013; 75-76, 28-38.

GOUÉDO-THOMAS, C. Le thermalisme médiéval, de Flamenca à Michel de Montaigne, récits et images. In **Villes d'Eaux – histoire du thermalisme**. Éditions CTHS. Pp. 11-26. 1994

GREENHALGH, Trisha. **Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GUTENBRUNNER, C.; BENDER, T.; CANTISTA, P.; KARAGÜLLE, Z. A proposal for a worldwide definition of health resort medicine, balneology, medical hydrology and climatology. **Int J Biometeorol** (2010) 54:495–507. DOI 10.1007/s00484-010-0321-5

GUTENBRUNNER, C. Balneologia e estâncias hidrominerais na Alemanha. In: **Termalismo e crenoterapia no Brasil e no mundo**. HELLMANN, F.; RODRIGUES, D. M. O. (Org.) Palhoça: Ed. Unisul, 2017

HELLMANN, F. Termalismo Social no Sistema Único de Saúde: ampliando ações e olhares quanto ao uso terapêutico da água. **Cad. Naturol. Terap. Complem** – Vol. 3, Nº 5 – 2014.

HELLMANN, F; DENEZ, K. Termalismo e crenoterapia no Brasil. In: **Termalismo e crenoterapia no Brasil e no mundo**. HELLMANN, F.; RODRIGUES, D. M. O. (Org.) Palhoça: Ed. Unisul, 2017.

HELLMANN, F.; DRAGO, L.C. Termalismo e crenoterapia: potencialidades e desafios para a saúde coletiva no Brasil. **Journal of Management and Primary Health Care**, v.8, n.2, p.309 - 321, 2017.

HORTALE, V. A., CONILL, E. M., & PEDROZA, M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, 15(1), 79-88. 1999.

HYDROGLOBE. **Definition of a global framework for hydrotherapy**. A FEMTEC – FORST joint project with the cooperation of ISMH and the technical support of WHO. Vari, 2014. Disponível em: <<http://termasworld.com/documentos/hydroglobe.pdf>>. Acesso em 14 maio 2019.

IBAÑEZ, N. Análise comparada de sistemas de saúde. In: **Política e Gestão Pública em saúde**. IBAÑEZ, N; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Org.). São Paulo: Huciteceditpra e Cealag, 2011, p. 149-178.

IMSERSO. **Termalismo del Imserso**: un programa com grandes beneficios sociales. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Espana, 2015. Disponível em <[http://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion\\_publicacion/index.htm?id=2497](http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=2497)>

LEMAIRE J. Social thermalism in Belgium. **Annals of Public and Cooperative Economics**, 27: 1–13, 1956. doi: 10.1111/j.1467- 8292. 1956.tb01226.x

LEONEL, V.; MOTTA, A. M. **Ciência e pesquisa**: livro didático. 2. ed. rev. e atual. Palhoça: Unisul Virtual, 2007.

LOBATO, L. V. C, GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil**. GIOVANELLA L, ESCOREL S, LOBATO, LVC, NORONHA JC, CARVALHO, AI (org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.

MARAVÉR, Francisco. Aguas mineromedicinales. Importancia terapéutica. Clasificación. Mecanismo de acción. In: **Vademecum de las águas mineromedicinais de Galicia**. Universidade de Santiago de Compostela, 2017.

MARMOR, T.; WENDT, C. **Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy**. Health policy. 2012.

MEGÍAS, M. A. I. 25 años de Termalismo Social. Evolución de los establecimientos balnearios desde el punto de vista médico. **Bol Soc Esp Hidrol Med**, 2014; 29(1): 37-41.

MOSSIALOS, E; DJORDJEVIC, A.; OSBORN, R.; SARNAK, D (org.) International Profiles of Health Care Systems. **The Commonwealth Fund**. 2017. [Online] Disponível em <<https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>>.

MUNTEANU, C. Termalismo e Crenoterapia na Romênia. In: **Termalismo e crenoterapia no Brasil e no mundo**. HELLMANN, F.; RODRIGUES, D. M. O. (Org.) Palhoça: Ed. Unisul, 2017.

MYNAIO, M. C. S.; DESLANDES, S. F., GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016

MYNAIO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

NICOLETTI, M. A; FARIA, T. M. Análise comparativa dos sistemas de saúde brasileiro e britânico na atenção básica. **Infarma cienc. farm.** [online] 10.14450/2318-9312 vol.29, Ed. 4. 2017. Pag 313-327

NINIS, Alessandra Bortoni; DRUMMOND, José Augusto. **Áreas (des) protegidas do Brasil: as estâncias hidrominerais**. Ambient. Soc., Campinas, v. 11, n. 1, jun. 2008.

OCDE, Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). **Health Statistics**, 2018. [Online] Disponível em: <http://www.oecd.org/els/healthsystems/health-data.htm>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde 2010: financiamento dos sistemas de saúde – o caminho para a cobertura universal**. Genebra, OMS, 2010.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Lancet, 2011. 377 (9779): 1778-1797

PARANHOS, P. O uso das águas termais e minerais em Caxambu, Minas Gerais (MG). In: **Termalismo e crenoterapia no Brasil e no mundo**. HELLMANN, F.; RODRIGUES, D. M. O. (Org.) Palhoça: Ed. Unisul, 2017, V. 1, p. 285-302

QUINTELA, M. M. Saberes e práticas termais: uma perspectiva comparada em Portugal (Termas de S. Pedro do Sul) e no Brasil (Caldas da Imperatriz). **Hist. cienc. saúde-Manguinhos** [online]. 2004, vol.11, suppl.1, pp.239-260. ISSN 0104-5970.

RABELLO, LS. Estudo comparado Brasil e Canadá. In: **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 107-155. ISBN: 978-85-7541-352-4.

RAMOS, A. R. C. C. V. **O Termalismo em Portugal**: Dos factores de obstrução à revitalização pela dimensão turística. Tese de Doutoramento, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial. Universidade de Aveiro. 2005

RESQUIOTO, H. E.; ALBA, G. G. M.; TAVEIRA, D. J. Termalismo Social em Águas de Lindoia: relato de experiência. In: **Termalismo e crenoterapia no Brasil e no mundo**. HELLMANN, F.; RODRIGUES, D. M. O. (Org.) Palhoça: Ed. Unisul, 2017

ROEMER, M. I. **National Health System of the world**. Nova York, Oxford University Press, 1991.

SANTOS I, CANTISTA P, VASCONCELOS C. Balneotherapy in rheumatoid arthritis- a systematic review. **Int J Biometeorol**. 2016; 60 (8):1287-1301. doi:10.1007/s00484-015-1108-5

SERAPIONI, M.; ROMANI, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (11): 2411-2421, nov, 2006

SERAPIONI, M. Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33 (9): e00170116

STRANGIO, D; TEODORI, M. Le Termedi Viterbo: dal termalismo sociale ai progetti di rilancion el segno del turismo del benessere. **Agua Y Territorio** n. 6. Universidad de Jaen, Jaen, España. ISSN 2340-8472. 2015. Pag. 80-96

SOUSA, I.M.C., TESSER, C.D. Medicina tradicional e complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cad Saúde Pública**, 2017; 33(1):e00150215, 2017.

TEIXEIRA, 2010. O termalismo no quadro das políticas de saúde e da segurança social. **Congresso da Federação Internacional do Termalismo e Climatismo**, Luso - S. Pedro do Sul. Lisboa, Associação Nacional dos Industriais de Águas Minero-Medicinais e de Mesa, 2010. pp. 25-60.

TEIXEIRA, S. C. C. **O Termalismo Clássico na Atualidade**: O Caso das Termas de Vizela. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra, 2013. Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/36090>

UNTURA FILHO, M. La Historia del Termalismo en Brasil. **Anales de Hidrología Médica** ISSN: 1887-0813. 2008-2010, vol. 3, 35-44



## 7 ARTIGO

### **ANÁLISE COMPARADA DO TERMALISMO SOCIAL EM SISTEMAS DE SAÚDE EUROPEUS: contribuições para o SUS**

**RESUMO:** Objetivou-se conhecer a inserção do termalismo social nos sistemas de saúde da Espanha, França, Itália e Portugal a partir dos componentes do sistema de saúde: cobertura/acesso, financiamento, força de trabalho, insumos e técnicas, organização e regulação, rede e prestação de serviços - e pensar como tais experiências podem contribuir para a formulação de propostas para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A metodologia consiste basicamente na revisão integrativa sobre o tema. Foram incluídos no estudo 22 documentos datados do período de 2000 a 2020 e os resultados descritos em sete categorias, a primeira retrata a caracterização histórica do termalismo social nos sistemas de saúde analisados e as demais referem-se a cada um dos componentes do sistema de saúde. Destacam-se os modelos de seguro e seguridade social que cobrem parte do tratamento termal financiados a partir de copagamento e reembolso. Com relação à força de trabalho, médicos especialistas ou com competência em hidrologia médica são destaque. No que concerne aos insumos e técnicas dos tratamentos termais observa-se a aproximação nos países selecionados, com variação no número de dias do ciclo de tratamento termal cobertos. Observou-se que os balneários dos países europeus são classificados de acordo com as características físico-químicas das águas minerais. Os serviços de termalismo social são regulados principalmente pelo Ministério da Saúde de cada país. Por fim, a prestação de serviços é preponderantemente realizada em estabelecimentos termais credenciados, localizados no nível de atenção especializada. Considera-se que no Brasil se faz necessário ampliar o financiamento do termalismo social, capacitar a força de trabalho, elaborar protocolos de tratamentos com tratamentos de no mínimo 9 dias, classificar os balneários brasileiros de acordo com as indicações a partir da qualidade de suas águas, criar centros especializados em termalismo em nível secundário, bem como observar-se a necessidade de legislações específicas para fomentar e regular os estabelecimentos termais e o termalismo social no país.

**PALAVRAS-CHAVE:** Balneoterapia. Brasil. Espanha. França. Itália. Portugal. Sistema de Saúde. Termalismo. Termalismo Social.

## INTRODUÇÃO

O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral natural e de seus derivados, tais como os pelóides e outros meios complementares de tratamentos desenvolvidos no espaço de um estabelecimento termal, para fins de prevenção, terapêutica, reabilitação e/ou bem-estar. A crenoterapia consiste na indicação e uso das águas minerais com propriedades medicinais no cuidado à saúde (MARAVÉR, 2017; RAMOS, 2005; CANTISTA, 2010). A crenoterapia pode ser associada com a denominação de “Hidrologia Médica” nos países como Espanha, França, Portugal e Itália, expressando a aplicação terapêutica de águas mineromedicinais. Entretanto balneologia é o termo utilizado como descritor na literatura científica internacional para o que nos países latinos se denomina termalismo, e foi desenvolvida principalmente em línguas latinas (França, Itália, Espanha, Portugal), alemã e em alguns países do leste europeu (GUTENBRUNNER, *et al.*, 2010).

A balneoterapia é considerada o conjunto de métodos e práticas (banhos, ingestão, inalação, etc.) que usam as águas minerais medicinais, pelóides medicinais e gases naturais para fins terapêuticos nos estabelecimentos termais (GOMES, *et al.*, 2013). Por sua vez, o vocábulo termalismo social pode ser entendido como direito de acesso do cidadão ao conjunto de práticas termais de tratamento no âmbito dos sistemas públicos de saúde. Esta forma de assistência social nas termas tem longa tradição em alguns países europeus. O termalismo social é associado à incorporação pelos modelos de seguro e seguridade de saúde, especialmente após o período pós II Guerra Mundial, quando nos países europeus, se viu nascer, um modelo de Estado de Bem-Estar Social que incorporava o tratamento termal nos sistemas públicos de saúde (HELLMANN, DRAGO, 2017).

Países europeus como a Itália, França, Espanha e Alemanha adotam o termalismo social a partir do século XX (RAMOS, 2005). Sua permanência do nos sistemas de saúde neste século XXI deve-se também aos constantes estudos que justificam sua prática e a eficácia. Existem múltiplos ensaios clínicos e revisões sistemáticas que apontam os efeitos terapêuticos do termalismo sobre diversas condições de saúde, especialmente relacionadas aos resultados clínicos de tratamentos termais/balneoterápicos extensivos direcionados a doenças crônicas (ANTONELLI *et*

*al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2016; MOURE, 2010; ANTONELLI, DONELLI, 2018; PITTLER *et al.*, 2006; FIORAVANTI *et al.*, 2010).

No Brasil, a implementação do termalismo social no SUS foi aprovada pela Portaria Número 971 de 3 de maio de 2006, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Ministério da Saúde. Esta portaria considerou o termalismo social como uma abordagem reconhecida de indicação e uso das águas minerais de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde, já que o país dispõe de recursos naturais ideais ao seu desenvolvimento no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006). Esta política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar e incorporar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais a prática do termalismo. O termalismo foi inserido como observatório em 2006, mas, como prática, só foi inserido na Portaria do Ministério da Saúde No. 145 de 11 de janeiro de 2017. Atualmente consta no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS sob número 03.09.05.006-5. Embora haja a política nacional que insira essa prática no âmbito público, ainda são poucos os locais com experiência em termalismo social no SUS, que garantem tratamento público (HELLMANN, DENEZ, 2017).

Faltam estudos atuais que fomentem os benefícios desta modalidade, havendo lacunas na literatura científica do país referente ao termalismo e crenoterapia, que consistem em identificar as potencialidades e sua importância na área da saúde pública. Assim, busca-se neste trabalho, a partir de uma análise comparativa, cotejar a inserção do termalismo social nos sistemas de saúde da Espanha, França, Itália, e Portugal, por meio dos componentes dos sistemas de saúde relacionados com o termalismo social. Nos sistemas de saúde, podem-se observar as características de cada um de seus componentes, tais como a cobertura, o financiamento, a força de trabalho, a rede de serviços, os insumos, a tecnologia e o conhecimento, e as organizações, e também o modo desses componentes se relacionarem entre si (alocação de recursos, prestação de serviços, gestão e regulação), ou seja, como é a dinâmica do sistema (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo descrever a inserção do termalismo social nos sistemas de saúde da Espanha, França, Itália e Portugal - a partir dos componentes do sistema de saúde: cobertura/acesso, financiamento, força de

trabalho, insumos e técnicas, organização e regulação, rede e prestação de serviços - e pensar como tais experiências podem contribuir para a formulação de propostas para o SUS no Brasil.

## **METODOLOGIA**

Constitui-se de uma pesquisa de caráter descritivo e comparativo, de natureza qualitativa, por meio de revisão bibliográfica pelo método de revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa é um método que tem como finalidade agregar e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema, de maneira sistemática, ordenada e abrangente, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento da questão investigada (ROMAN e FRIEDLANDER, 1998; ERCOLE, MELO, ALCOFORADO, 2014).

Para facilitar a pesquisa bibliográfica foi utilizado o método SSF (*Systematic Search Flow*), desenvolvido por Ferenhof e Fernandes (2016). Este método foi escolhido por apontar a maneira de se fazer buscas de forma sistemática na literatura, podendo auxiliar em revisões sistemáticas e integrativas. Aliás, este método foi desenvolvido com o intuito de sistematizar o processo de buscas à base de dados científicas, a fim de garantir a repetibilidade e evitar viés do pesquisador (FERENHOF, FERNANDES, 2016).

A pergunta norteadora do presente trabalho foi: “Como se dá a inserção do termalismo social nos sistemas de saúde europeus a partir dos componentes dos sistemas de saúde na Espanha, França, Itália e Portugal, e como tais experiências podem contribuir para o termalismo no Sistema Único de Saúde do Brasil?”

Destarte, para o levantamento dos artigos na literatura, foi realizada uma busca nas seguintes bases de dados online: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PUBMED (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), SCOPUS e WEB OF SCIENCE. A busca foi realizada durante os meses de julho a setembro de 2019.

Na busca dos artigos, utilizaram-se os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa: termalismo, termalismo social, balneoterapia, balneologia, correlacionados com os termos: sistemas de saúde, saúde pública, saúde coletiva, atenção primária; e com os países Espanha, França, Itália,

Portugal e Brasil. Utilizou-se o *Medical Subject Heading Terms (Mesh Terms)*. No intuito de garantir o controle de vocabulário e identificação de palavras correspondentes foi realizada a estratégia de busca apresentada no Quadro 1.

**Quadro 1: estratégia de busca da Revisão Integrativa**

Base de dados	Termos de busca	Nº de publicações	Estudos incluídos
LILACS	(tw:(("Mineral Waters" AND "therapeutic use") OR balneology OR balneotherapy OR thermalism OR crenobalneotherapy OR "social thermalism" OR termalismo OR "Termalismo social" OR crenobalneoterapia OR crenoterapia OR balneologia OR balneoterapia))) AND (tw:(("health system" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Public Health" OR "Health Service" OR "health care system" OR "health care" OR "sistema de saúde" OR "Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Primária" OR "Cuidados Primários" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atención Primaria" OR "Saúde Pública" OR "Saúde Coletiva" OR "Salud Pública" OR "Salud Colectiva")))) AND (tw:(france OR francia OR França OR italy OR italia OR Portugal OR Spain OR Espanha OR España OR Brazil OR Brasil))) AND (instance:"regional") AND (db:"LILACS")	2	0
PUBMED	(tw:(("Mineral Waters" AND "therapeutic use") OR balneology OR balneotherapy OR thermalism OR crenobalneotherapy OR "social thermalism" OR termalismo OR "Termalismo social" OR crenobalneoterapia OR crenoterapia OR balneologia OR balneoterapia))) AND (tw:(("health system" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Public Health" OR "Health Service" OR "health care system" OR "health care" OR "sistema de saúde" OR "Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Primária" OR "Cuidados Primários" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atención Primaria" OR "Saúde Pública" OR "Saúde Coletiva" OR "Salud Pública" OR "Salud Colectiva")))) AND (tw:(france OR francia OR França OR italy OR italia OR Portugal OR Spain OR Espanha OR España OR Brazil OR Brasil))) AND (instance:"regional") AND (db:"LILACS")	173	11
SCIELO	("Mineral Waters" AND "therapeutic use") OR Balneology OR balneotherapy OR Thermalism OR Crenobalneotherapy OR "social thermalism" OR Termalismo OR "Termalismo social" OR Crenobalneoterapia OR crenoterapia OR Balneologia OR Balneoterapia AND France OR Francia OR França OR Italy OR Italia OR Portugal OR Spain OR Espanha OR España OR Brazil OR Brasil	8	1
SCOPUS	("Mineral Waters" AND "therapeutic use") OR "Balneology" OR "balneotherapy" OR "Thermalism" OR "Crenobalneotherapy" OR "social thermalism") AND ("health system" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Public Health" OR "Health Service" OR "health care system" OR "health care") AND "France" OR "Italy" OR "Portugal" OR "Spain" OR "Brazil" OR "Brasil")	135	6
WEB OF SCIENCE	("Mineral Waters" AND "therapeutic use") OR "Balneology" OR "balneotherapy" OR	3	3

<p>"Thermalism" OR "Crenobalneotherapy" OR "social thermalism" ) AND TITLE-ABS-KEY ( ( "health system" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Public Health" OR "Health Service" OR "health care system" OR "health care" ) ) AND (France OR Italy OR Portugal OR Spain OR Brazil OR Brasil)</p>		
---	--	--

Fonte: elaborada pelos autores (2020).

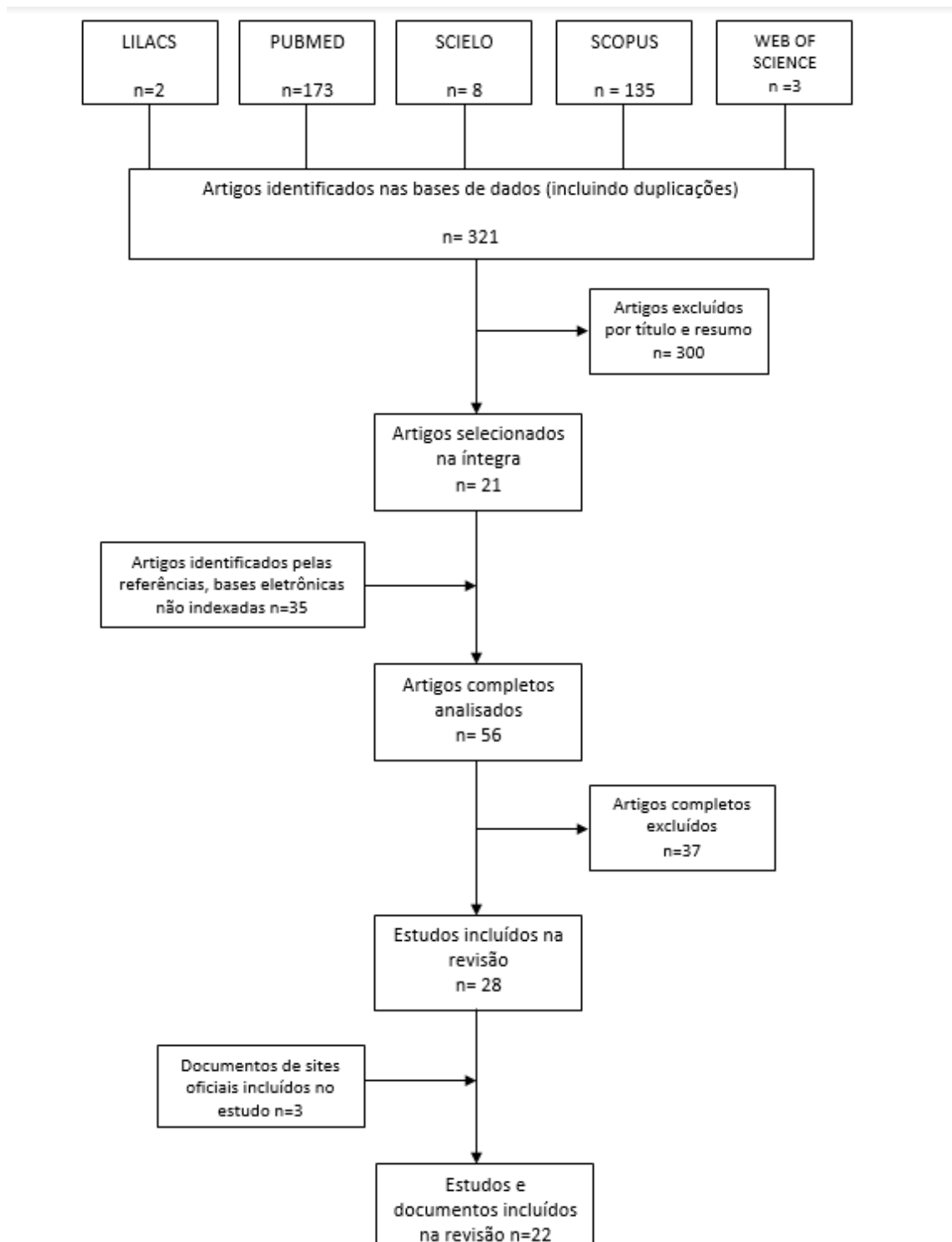
Os critérios de inclusão para a seleção foram: artigos publicados em português, inglês, italiano, francês e espanhol; teses, dissertações e artigos completos que retratassem a temática, selecionados no período máximo de vinte anos. Além disso, realizou-se uma busca reversa com base nas referências dos artigos selecionados na busca, ou seja, foram incluídos artigos contidos nas referências dos estudos encontrados nas bases de dados. Foram também incluídos artigos publicados em revistas eletrônicas não indexadas relacionadas ao termalismo nos países selecionados, notadamente *Anales de Hidrología médica*, *Revista científica Complutense*, *Agua y territorio* e *Boletín de la Sociedad Española de Hidrología Médica*. E também documentos contendo informações adicionais de informações disponibilizadas nos *sites* oficiais dos governos e sistemas de saúde dos países selecionados, além de associações de termalismo desses países, quais sejam: França: CNETH, *Conseil National des Etablissements Thermaux*. Portugal: DRE, Diário da República Eletrônico; Itália, FEDERTERME, *Federazione Italiana delle Industrie Termali delle Acque Minerali e del Benessere Termale*. Espanha, IMSERSO - *Instituto de Mayores y Servicios Sociales*.

Os países europeus França, Espanha, Itália e Portugal foram eleitos por apresentarem o termalismo social inserido nas políticas públicas do sistema de saúde de cada país, além de apresentarem semelhanças em diversos aspectos dos respectivos sistemas de saúde, assim como a viabilidade ao acesso a língua oficial do país de origem pelos pesquisadores na análise dos artigos. Os critérios de exclusão foram: estudos sobre o termalismo que não abordassem o termalismo social relacionados aos componentes do sistema de saúde, bem como artigos que foram publicados há mais de vinte anos.

Em uma primeira etapa foi realizada a leitura de título e resumo dos artigos encontrados, com exclusão de artigos duplicados e que não atendiam à proposta da pesquisa. Posteriormente foi feita a leitura e análise dos artigos na íntegra; constatada por dois pesquisadores independentes.

O fluxograma de seleção dos artigos da revisão integrativa está apresentado na figura 1, na qual foram utilizadas as recomendações do PRISMA (MOHER *et al.*, 2009) para a seleção das publicações selecionadas no estudo.

**Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos da revisão integrativa de literatura.**



Elaboração dos autores (2020).

Foram identificadas 321 publicações nas bases de dados online indexadas selecionadas, sendo 2 artigos na base de dados LILACS, 173 na PUBMED, 8 na SCIELO, 135 na SCOPUS, e 3 na WEB OF SCIENCE. Após a exclusão dos duplicados e leitura de título e resumo dos artigos, foram excluídos 300 artigos, resultando em 21 artigos selecionados na íntegra. Na sequência foi realizada a busca reversa em bases de dados eletrônicas não indexadas. Essas publicações identificadas somaram 35 artigos, totalizando 56 artigos completos analisados. Nesta análise mais detalhada, 37 artigos foram excluídos do estudo, concluindo 19 artigos selecionados na íntegra incluídos na revisão, a partir das bases de dados eletrônicas indexadas e não indexadas. Foram obtidas informações complementares provenientes de sites oficiais dos países participantes deste estudo. Os sites utilizados nas pesquisas foram: CNETH (*Conseil National des Etablissements Thermaux*), DRE (Diário da república eletrônico), FEDERTERME (*Federazione Italiana delle Industrie Termali delle Acque Minerali e del Benessere Termale*), IMSERSO (*Instituto de Mayores y Servicios Sociales*), INPS (*Instituto Nazioale Previdenza Social*), SNS (Serviço Nacional de Saúde), sendo obtidos 3 documentos incluídos no estudo. O total de documentos incluídos na pesquisa foi de 22. Os estudos e documentos selecionados estão descritos na Quadro 2.

**Quadro 2: Estudos incluídos segundo ano de publicação, título, autores e fonte.**

ANO	TÍTULO	AUTORES	FONTE
2004	Saberes e práticas termais: uma perspectiva comparada em Portugal (Termas de S. Pedro do Sul) e no Brasil (Caldas da Imperatriz).	Quintela, M. M.	Hist. cienc. saúde-Manguinhos
2005	O Termalismo em Portugal: Dos factores de obstrução à revitalização pela dimensão turística	Ramos, A. R. C. C. V	Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro
2008	El Programa de Termalismo Social del IMSERSO: la promoción del turismo activo en la tercera edad a través del agua. El caso de Galicia.	Moure, O. M.	Revista Medicina Naturista
2010	Estudio de la sensación de mejoría de una población balnearia de la tercera edad tras la cura termal (balneario de Molgas-Baños de Molgas, 2010)	Moure, O. M.	Revista Medicina Naturista
2010	O termalismo em Portugal	Cantista, P.	Anales de Hidrologia Médica



2013	How to Manage French Thermalism Specificities? International Business Research.	Freire, N. A.	International Business Research
2013	El programa de termalismo social del IMSERSO. Evolución y tendencias de futuro.	Moure, O. M., Peiró, P. S., LUCAS, M. O.	Aposta: Revista de ciencias sociales
2013	O Termalismo Clássico na Atualidade: O Caso das Termas de Vizela	Teixeira, S. C. C	Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra
2010	La "pequeña hidroterapia" de Sebastian Kneipp. Cura de Kneipp.	Horno, M. A. P.	Bol Soc Esp Hidrol Méd.
2010	Duración de los tratamientos termales: situación actual en Europa.	Jeambrun, P. Francon, A.	Bol Soc Esp Hidrol Méd
2010	La Historia del Termalismo en Brasil	Untura Filho, M.	Anales de Hidrología
2012	Balneotherapy Research in France	Roques, C. F	Bol Soc Esp Hidrol Méd.
2014	25 años de Termalismo Social. Evolución de los establecimientos balnearios desde el punto de vista médico	Megías, M. A. I.	Bol Soc Esp Hidrol Méd.
2014	25 años de Termalismo Social en España en cifras	Megías, M. A. I., Martín, A. P	Bol Soc Esp Hidrol Méd.
2014	Termalismo Social. Perspectiva desde la consulta diaria	Overo, O. L.	Bol Soc Esp Hidrol Méd.
2014	Balneotherapy in France	Roques, C. F.	Anales de Hidrología
2015	El uso de técnicas balneoterápicas en curistas participantes en el programa de termalismo del Imsero en balnearios de Extremadura en 2015.	Megías, M. A. I., Gil, F., Corvillo, I., Armijo, F., Maraver, F	Bol Soc Esp Hidrol Méd.
2015	Le Terme di Viterbo: dal termalismo sociale ai progetti di rilancio el segno del turismo del benessere	Strangio, D; Teodori, M	Revista Agua y territorio
2015	Termalismo del Imsero: un programa com grandes beneficios sociales.	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
2018	Una mirada multidisciplinar en el Balneario de Cofrentes: Perfiles y propuestas profesionales.	Bernardino, N., Camarero, S., Cruz, I., Merlo, C., Navarro, N., Redondo, C., Saceda, I., Waidele, S.	Bol Soc Esp Hidrol Méd.
2018	Portaria n.º 337-C/2018	República portuguesa	Diario da república eletrónico.
2020	Despacho n.º 8221/2020	República portuguesa	GT Interministerial

Elaboração dos autores (2020).

Nos dados da amostra final foram utilizados os procedimentos da revisão sistemática da literatura SSF (FERENHOF, FERNANDES, 2016). Na comparação dos dados encontrados sobre os diferentes componentes do sistema de saúde nos países selecionados, foram verificadas as similaridades e diferenças entre os achados; na conclusão foi realizada a síntese de elementos importantes em que se procurou problematizar propostas para o termalismo social no Sistema Único de Saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados estão expressos nas categorias *a priori* e *a posteriori* que emergiram do estudo. A primeira categoria foi dada *a posteriori* e versa sobre a caracterização do termalismo social nos sistemas de saúde. Na sequência são apresentadas sete categorias dadas *a priori*, as quais representam os seguintes componentes dos sistemas de saúde: o grau de cobertura/acesso do termalismo, o financiamento, a força de trabalho, os insumos e técnicas utilizadas nos tratamentos, a organização e regulação; e a rede e prestação de serviços. Estes componentes são referentes ao termalismo social nos países Espanha, França, Itália e Portugal na atualidade. Em cada categoria procurou-se traçar um paralelo com o termalismo social no Sistema Único de Saúde.

### **Caracterização histórica do termalismo social nos sistemas de saúde analisados**

Essa categoria refere-se à caracterização histórica do termalismo social nos sistemas de saúde abordados neste estudo – Espanha, França, Itália e Portugal. Durante as décadas dos anos 1920, 1930 e início da década de 1940 - dependendo da evolução de cada uma das nações europeias - surgiu um fenômeno novo e heterogêneo nos sistemas de saúde em debate, que por convenção é geralmente descrito como “termalismo social”, sendo financiado total ou parcialmente pelos estados. O termalismo social foi adotado em países como Itália, França e Alemanha e facilitou o acesso de grupos sociais de baixa renda em uma parte significativa das estações termais - até então reservada para pessoas com renda alta - que assim foi adicionado aos primitivos serviços nacionais de saúde (ÁLVAREZ, RODRÍGUEZ, 2015).

Por toda a Europa, na década de 1970, se vivia o termalismo social, que trazia benefícios para as populações: a uma grande parte dos cidadãos, especialmente pertencentes a organizações sindicais, era facilitada a possibilidade do uso da balneoterapia (RAMOS, 2005). Com a afirmação de direitos sociais de saúde e bem-estar acessíveis a toda a população, foi possível o acesso às termas por parte de uma camada da população mais desfavorecida economicamente. Os balneários termais perdem o seu caráter elitista e abrem as portas para indivíduos beneficiários de apoios da Segurança Social (TEIXEIRA, 2013).

Na Itália, o primeiro hospital termal italiano de Salsomaggiore surgiu em 1903 (RAMOS, 2005). Apesar de a Itália possuir uma antiga tradição no termalismo, somente a partir dos anos trinta do século XX que o termalismo social e seus benefícios terapêuticos foram garantidos para um número cada vez maior de pessoas. O tratamento termal se transformou em um fenômeno de massa requerendo mais intervenções em seu planejamento, certamente do Estado. Este fenômeno no setor termal ocorreu entre os anos de 1930 a 1970. Entre 1970 e 1980 ocorreu um período de transição na concessão de subsídios para os tratamentos termais, na qual o setor termal entrou em crise no país (STRANGIO, TEODORI, 2015).

Na França, em 1905, com a lei que implementava a assistência médica gratuita, passou a ser possível a presença de pessoas mais necessitadas a lugares de cura como as termas, e assim, definidos os organismos sociais que integram o termalismo, no quadro da Segurança Social (RAMOS, 2005). De acordo com Forestie *et al* (2017) na França, desde 1947 a seguridade social reembolsa os tratamentos termais sob a condição de que esses sejam prescritos por um médico e administrados em um estabelecimento termal regularmente credenciado.

O termalismo social é criado na Espanha através da Ordem do Ministério de Assuntos Sociais, de 15 de março de 1989, que indica que o termalismo social é um serviço complementar aos benefícios do sistema de Segurança Social e que visa facilitar a assistência que nos estabelecimentos termais, fornecida a idosos que, mediante receita médica, necessitem dessa assistência (MEGÍAS, MARTÍN, 2014).

A tradição termal portuguesa não difere muito da espanhola, da italiana ou da francesa. Segundo Cantista (2010), por serem culturas latinas, e assim, seguem escolas de princípios semelhantes, contudo algumas especificidades existem. Ramos (2005) destaca que Portugal teria criado o primeiro hospital termal da Europa iniciado em

1485, onde hoje se localiza o município de Caldas da Rainha. Desta forma, Portugal foi precursor, por três séculos, do movimento de assistência aos mais necessitados e denotando a tradição e proteção das suas termas. Nesse país, em 1928 houve uma lei que se referia à gratuidade para os indigentes e empregados das estâncias, a taxa de inscrição médica bem como todos os serviços clínicos que careciam durante a permanência na estância termal (RAMOS, 2005).

A partir de 1974, o termalismo social em Portugal procedeu através da Segurança Social, após aprovadas as normas regulamentares em 1976, de integração do termalismo na ação médico-social. Estas normas contemplavam o reembolso das despesas relativas a inscrições, consultas médicas, tratamentos prescritos, transporte, alojamento e alimentação nos estabelecimentos termais, com o limite de duração de 21 dias. Aspectos importantes foram considerados em Portugal para a promoção do termalismo social, como possibilitar às empresas concessionárias determinados subsídios fiscais, no intuito de investir os lucros na modernização das instalações e equipamentos das estâncias, assim como oferecer aos médicos condições dignas e suficientes para atuarem na clínica termal - e também incentivar a acessibilidade das termas para os trabalhadores (RAMOS, 2005; CANTISTA, 2010; HYDROGLOBE, 2014). Contudo, em 1982 cessaram as coparticipações de passagem e estadia, mantendo-se apenas a coparticipação dos tratamentos nos balneários. Eram prestações muito modestas, quase simbólicas, porém funcionaram como motivadoras da frequência termal pelos termalistas.

No Brasil, embora a população indígena autóctone já utilizasse as águas termais, o termalismo ‘medicalizado’ foi legitimado a partir de 1818, por decreto de Dom João VI, Rei do Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarves, quando se criou a primeira estância termal brasileira em Caldas da Imperatriz, em Santo Amaro da Imperatriz, SC (QUINTELA, 2004). Contudo, a incorporação do termalismo social no sistema público de saúde no Brasil só se deu recentemente a partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Nacional de Saúde (SUS).

Quanto à caracterização do termalismo social nos sistemas de saúde, a qual versa sobre características históricas do termalismo social, nota-se que na França o acesso aos tratamentos termais pelos cidadãos é datado de 1905, período anterior a configuração do Estado de Bem-Estar Social, consolidado nos pós II Guerra Mundial. Na Itália, o termalismo social foi introduzido na década de 1930. Em Portugal, se o

modelo "assistencial/caritativo" for considerado termalismo social, pode-se referenciar a criação daquele que é considerado o 1º Hospital Termal na Europa, fundado no final do século XV, nas Caldas da Rainha. Além disso, o termalismo social procedeu-se através da Segurança Social em Portugal a partir de 1976 e na Espanha a partir de 1989. No Brasil, ainda que o termalismo medicalizado tenha sido instituído em 1818, o termalismo social apenas entrou para as políticas públicas de saúde do país em 2006.

### **Grau de cobertura/acesso**

A cobertura de serviços engloba a amplitude do que lhes é oferecido, ou seja, o conjunto de ações e serviços de saúde aos quais a população tem acesso. O grau de cobertura populacional pode ser universal ou segmentado, dependendo do modelo de proteção social predominante no país (LOBATO, GIOVANELLA, 2012). Portanto, esta categoria trará os resultados em relação a quem pode acessar os serviços nos sistemas de saúde em relação ao termalismo social nos países Espanha, França, Itália e Portugal.

Na Espanha, o termalismo social está presente através do programa de Termalismo Social do Instituto Nacional de Serviços Sociais (IMSERSO), na qual os tratamentos são possibilitados através de subvenção do governo (AETS, 2006). Podem participar do Programa de Termalismo IMSERSO pessoas maiores de 65 anos, residentes da Espanha, com prescrição médica e que atendam a alguns requisitos como ser aposentado ou inválido permanente do Sistema Espanhol de Seguridade Social; ser pensionista por viuvez, ser pensionista de outros conceitos ou receba benefícios de desemprego ou ser segurado ou beneficiário do Sistema Espanhol de Seguridade Social (IMSERSO, 2019).

Na França, os beneficiados do seguro social em tratamentos termais não são apenas os idosos. Pessoas de todas as idades podem participar do programa de termalismo social do país, desde que tenham receituário médico. Ainda que considerado por alguns como antiquado e o consumidor alvo sejam os idosos, os tratamentos termais atraem a cada ano 17% novos pacientes, sendo que muitos deles são adultos jovens. Pacientes adolescentes e crianças também se beneficiam das técnicas e terapias das águas termais na França (FREIRE, 2013).

Na Itália, para acessar um ciclo de tratamentos termais, os cidadãos italianos precisam apresentar um receituário obtido pelo médico de família, pediatra ou médico especialista do Serviço Nacional de Saúde (*Servizio Sanitario Nazionale- S.S.N.*), em um dos ramos relacionados às patologias que podem se beneficiar do tratamento termal. A receita deve relatar o diagnóstico do paciente (correspondente a uma das patologias que podem se beneficiar de tratamentos termais, identificadas pelo Ministério da Saúde em uma lista especial anexada ao Decreto Ministerial de 15 de dezembro de 1994 e mencionada no decreto subsequente de 22 de março de 2001). O receituário médico deve ser utilizado dentro de um ano. Somente categorias protegidas (nos termos do art. 57 parágrafo 3 da Lei 833/78 e art.13 c.6 do Decreto Legislativo 463/83, modificado pela lei de conversão Ln638 / 83) podem se beneficiar, durante o ano, de um ciclo de tratamento adicional relacionado à patologia incapacitante. Estão incluídos nesta categoria: invalidados por guerra e serviço, cegos, surdos-mudos e civis inválidos com um percentual superior a dois terços, além de pessoas invalidadas devido ao trabalho (FEDERTERME, 2019).

Atualmente o termalismo social em Portugal é realizado principalmente pelo programa “Termalismo Sênior”, sendo implementado pelo Instituto Nacional Tempos Livres (INATEL), hoje com o estatuto jurídico de Fundação. O Programa Saúde e Termalismo Sênior permite o acesso a estabelecimentos termais, cerca de 58 mil cidadãos com idade igual ou superior a 60 anos, ao mesmo tempo que contribui para dinamizar significativamente a atividade termal nacional e as economias regionais e locais (CANTISTA, 2010). Além disso, este programa promove a participação dos mais idosos ao mesmo tempo que concilia a função terapêutica das termas com uma vertente social e de lazer (TEIXEIRA, 2013).

França e Itália garantem o acesso ao termalismo social pelos cidadãos de todas as faixas etárias (desde que tenham receituário médico), enquanto Espanha e Portugal se dedicam a oferecer o termalismo especificamente para a população sênior. Na Itália, embora o termalismo social seja destinado para todas as idades, o país é mais restritivo que os demais em relação a cobertura das categorias de condições de saúde permitidas para a realização do tratamento termal pelo Serviço Nacional de Saúde da Itália.

No quesito grau de cobertura/acesso, seria interessante que o Sistema Único de Saúde no Brasil se aproximasse do modelo de termalismo social da França, com característica universal para todas as idades e maior amplitude de serviços cobertos.

## **Financiamento**

O financiamento como componente do sistema de saúde diz respeito aos recursos econômicos disponíveis para a atenção à saúde, e se relaciona com as suas fontes de financiamento - impostos, contribuições sociais, seguro público ou privado, pagamento direto etc. (LOBATO, GIOVANELLA, 2012). Ou seja, nesta seção será apresentado se há gratuidade, reembolso, ou quanto são as contribuições financeiras sociais e do sistema de saúde para os tratamentos termais nos sistemas dos países discutidos neste estudo.

Na Espanha, o Programa IMSERSO é financiado e organizado pelo Ministério da Saúde, Consumo e Bem-Estar Social, por meio do Instituto de Idosos e Serviços Sociais, que organiza anualmente a reserva de vagas em estabelecimentos termais para a estadia e tratamento dos usuários do Programa IMSERSO (MEGÍAS, MARTÍN, 2014). Os programas de tratamento são cofinanciados pelo usuário e pela IMSERSO a partir de seus orçamentos, sendo que a contribuição do IMSERSO pode variar entre 20% e 50% do custo do serviço, de acordo com os tipos de estações e turnos (IMSERSO, 2019). Ao longo de 2013, apesar das dificuldades econômicas da população pensionista devido à crise econômica, o preço médio do tratamento termal foi de € 403,14. Os turnos mais baratos de 10 dias custavam 197,39 € e os mais caros de 12 dias, € 476,06 (MEGÍAS, MARTÍN, 2014). Em 2019, o turno de 12 dias custava entre € 248,95 e € 479,07; e os turnos de 10 dias entre € 206, 14 e € 393,04 (IMSERSO, 2019).

Em relação ao financiamento na França, desde 1947, a Seguridade Social Francesa (SS) reconhece a validade dos tratamentos termais e reembolsa 65% dos custos desses tratamentos, prescritos pelos médicos aos seus pacientes, sendo que estes assumem os custos totais de hospedagem e alimentação (FREIRE, 2013). Neste contexto, um tratamento termal tem a duração de três semanas e em cada ano 500.000 pacientes se beneficiam do tratamento termal, por um custo total reembolsado pela Seguridade Social em torno de 200 milhões de Euros anuais - menos de 0,5% dos gastos com saúde no país (FORESTIER *et al*, 2017). Segundo dados da *Conseil National des*

*Etablissements Thermaux* (CNETH, 2019), os tratamentos termais representam apenas 0,15% do total de reembolsos fornecidos pela SS.

As taxas dos médicos do estabelecimento termal (incluindo a prescrição do tratamento termal, o acompanhamento do paciente durante o tratamento e a correspondência com o médico de família no final do tratamento) são pagas pelo paciente (cerca de 80 €) e reembolsadas pela Previdência Social (65%). Os tratamentos são pagos ao serviço de balneoterapia (em média 560 € para o tratamento obrigatório de 18 dias) e reembolsados pela Previdência Social (65%). Pacientes que sofrem de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho, doenças de longa duração e deficiências relacionadas à guerra são totalmente reembolsadas (100%). Os pacientes de baixa renda (de acordo com os critérios da SS francesa) são subvencionados para o transporte (baseado em um bilhete de ida e volta de trem de 2ª classe) e para a acomodação (máximo de 150 €) (ROQUES 2012, ROQUES 2014).

Na Itália, todos os cidadãos italianos têm direito a um ciclo de 12 dias de tratamentos termais pagos pelo S.S.N (*Servizio Sanitario Nazionale*), uma vez por ano, desde que tenham receituário médico. O acordo dos estabelecimentos termais com o Serviço Nacional de Saúde da Itália prevê uma participação nas despesas de saúde para ciclos de tratamento termais, na qual cidadãos não isentos com idades entre os 6 e os 65 anos pagam a taxa fixa de € 55,00 por todo o ciclo de tratamento (12 dias). Também há a categoria de isentos parcialmente: com pagamento fixo de 3,10 €, participam desta categoria crianças menores de 6 anos e maiores de 65 anos com renda familiar de até 36.152,00 euros anuais; titulares de pensões sociais; aposentados com no mínimo 60 anos de idade e com renda familiar não superior a € 8.263,32 e até € 11.362,06 com cônjuge e mais 516,46 € por filho a cargo; inválidos civis de 67% a 99%, inválidos trabalhistas de 67% a 80%; cegos e surdos-mudos não totais, portadores de doenças neoplásicas malignas; além de outras condições. E, finalmente, há os cidadãos totalmente isentos: inválidos de guerra com pensão vitalícia direta; trabalhadores com deficiência a 80%; 100% de deficientes civis; além de pessoas totalmente cegas (FEDERTERME, 2019; INPS, 2018).

Em Portugal, o programa “Programa Saúde e Termalismo Sénior” assenta no modelo de diferenciação positiva, estabelecendo preços escalonados em função do rendimento dos beneficiários, com o objetivo de favorecer o acesso daqueles que são efetivamente mais carentes (CANTISTA, 2010). Os tratamentos termais prestados aos



usuários do Serviço Nacional de Saúde (SNS) foram financiados segundo o mecanismo de reembolso até 2011, ano em que este financiamento foi suspenso por questões da crise financeira instaurada no país. Até este período, o SNS reembolsava os tratamentos em 50% do total, mas não incluía alojamento e deslocamento neste valor (JEAMBRUN, FRANCON, 2010).

Após a suspensão do reembolso, foi instituído no artigo 190.º da Lei n.º 114/2017, de 29 de dezembro, referente à Lei do orçamento do Estado para o ano de 2018, que restabeleceu novamente o regime de reembolso dos tratamentos termais, mediante referência médica. Nesta continuidade, foi publicado o Despacho n.º 1492/2018 de 23 de janeiro, criando a Comissão Interministerial para estabelecer o regime de reembolso (REPÚBLICA PORTUGUESA, 2020). A Portaria n.º 337-C/2018, que estabelece as condições de coparticipação do Estado destes tratamentos foi publicada no dia 31 de dezembro de 2018, sendo retomado o financiamento dos tratamentos realizados nas termas durante o ano de 2019 sob a forma de um projeto-piloto (DRE, 2018). O valor da coparticipação do Estado atualmente é de 35% do preço dos tratamentos termais, com o limite de 95 Euros por conjunto de tratamentos termais com duração entre 12 e 21 dias, sendo que a coparticipação do Estado no preço dos tratamentos termais depende da referência médica pelos Cuidados de Saúde Primários do SNS, (SNS, 2019).

O termalismo é considerado um tratamento menos custoso, sendo uma alternativa economicamente viável de promoção de saúde, que tende a evitar o excesso de consumo de fármacos no sistema de saúde. Como exemplo, foi elaborado pela INATEL um estudo de impacto socioeconômico da aplicação dos programas “Turismo Sénior” e “Saúde e Termalismo Sénior” em Portugal. Segundo dados deste estudo, em cada três participantes reduziu a frequência de consultas médicas; mais de 40% dos participantes indicaram ter ocorrido uma diminuição da necessidade de terapia para as doenças musculoesqueléticas; 38% dos participantes diminuíram o consumo de fármacos, após o tratamento termal; além de que a redução do consumo de fármacos foi maior quando o tratamento termal incidiu sobre idosos de menor idade (em relação com a intervenção precoce sobre determinadas patologias) (INATEL, 2001; RAMOS, 2005).

Outro estudo traz aspectos relacionados ao benefício social do Programa de Termalismo Social do IMSERSO, na Espanha, com pacientes com afecções osteoarticulares. Este estudo teve como objetivo avaliar e medir a influência ou impacto

deste programa na redução de despesas farmacêuticas (MATEO,1994). Além disso, pacientes submetidos a balneoterapia experimentaram uma redução de 39% no consumo de medicamentos específicos para o aparelho locomotor (MATEO, 1994; MOURE, PEIRÓ, LUCAS, 2013).

No que se refere ao financiamento dos tratamentos termais, a contribuição do Estado é presente em todos os países deste estudo, onde na França a coparticipação do SS é de 65%. Já na Espanha, o tratamento termal possui um valor fixo, assim como na Itália; porém menos custoso que na Espanha, apesar da coparticipação da Espanha variar entre 20 a 50% do valor fixo imposto. Em Portugal, até 2011 a coparticipação do Estado era de 50% nos tratamentos termais passou a ser de 35% em 2019; o que resulta na menor participação financeira dos países envolvidos no estudo. Apesar das diferenças em valores em relação ao financiamento do termalismo social nos sistemas de saúde e de proteção social, Espanha, França e Portugal trabalham com o sistema semelhante de copagamento do tratamento, ou seja, reembolso de certa porcentagem da quantia pré-paga pelo cidadão. Espanha e Portugal apresentam uma variação dependendo das condições financeiras do contribuinte. Já na França pode haver um reembolso total para pacientes com determinadas condições de saúde, apesar de pessoas de baixa renda recebem o mesmo reembolso (65%), porém neste caso pode haver subvenção para o transporte e acomodação, diferente dos outros países. Já na Itália não há copagamento, onde o contribuinte paga a taxa fixa de € 55,00 por todo o ciclo de tratamento (12 dias), podendo haver isenção da taxa conforme a renda ou determinada condição de saúde.

O financiamento é um desafio que permeia grande parte dos sistemas de saúde, também no Brasil. No SUS, apesar da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares incentivar o termalismo social, não há financiamento específico para esta prática. Contudo, estados e, principalmente, municípios podem direcionar verbas de custeio e capital para fomentar o termalismo. Com base em estudos que apontam a economia propiciada pela redução do uso de medicamentos junto aos praticantes do termalismo (INATEL, 2001; RAMOS, 2005; MATEO, 1994; MOURE, PEIRÓ, LUCAS, 2013), considera-se a importância do Ministério da Saúde do Brasil em incentivar financeiramente o termalismo social, com rubrica específica, para fomentar a prática e aproveitar os benefícios individuais e sociais que ela proporciona.

## **Força de trabalho**

A força de trabalho refere-se aos profissionais e técnicos que desenvolvem os serviços de atenção à saúde, como médicos, enfermeiros, sanitaristas, agentes de saúde, profissionais da vigilância sanitária, farmacêuticos e laboratoristas etc. (LOBATO, GIOVANELLA, 2012). Portanto, interessam aqui os profissionais atuantes e suas especialidades relacionados ao termalismo social, assim como quem prescreve os tratamentos nos sistemas de saúde nos países selecionados.

Os países europeus têm um alto nível de regulamentação e legislação sobre o uso do termalismo, sendo que a formação acadêmica destes profissionais é geralmente no nível superior, com pós-graduação na área e escolas de especialidade, uma vez que o termalismo pode ser considerado uma especialidade médica (HYDROGLOBE, 2014). Quanto as denominações específicas referentes à hidrologia médica, em países europeus como a Espanha e Itália, a hidrologia médica é uma especialidade. No caso da França e Portugal, é considerada uma competência e em outros países do leste europeu como Polônia, Eslováquia e Romênia, a Balneologia está incluída em outras especialidades médicas como a Reumatologia, Medicina Física ou de Reabilitação (GUTENBRUNNER *et al*, 2010).

Entre os profissionais que fazem parte da equipe dos estabelecimentos termais na Espanha: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas, está o médico hidrologista do balneário que desempenha um papel fundamental no tratamento termal (BERNARDINO *et al*, 2018). A balneoterapia/termalismo é, na França, um tratamento médico, na qual é referenciado pelo médico do paciente (clínico geral ou especialista) e o médico hidrologista prescreve o tratamento no estabelecimento termal. Os tratamentos termais são realizados por profissionais de saúde em estabelecimentos termais especializados em nível técnico. Assim, sem a referência prévia pelo médico do paciente, o estabelecimento termal não aceitará realizar o tratamento e a seguridade social rejeitará o reembolso. Os tratamentos termais na França necessariamente precisam ser realizados por um profissional especializado em técnicas termais ou hidroterapia, além de estarem associados a terapias complementares ministradas por fisioterapeutas graduados por uma instituição oficial. Dessa forma, em cada estabelecimento termal existe um enfermeiro chefe, formado em técnicas hidrotermais, que gerencia a equipe termal (fisioterapeutas, massagistas, técnicos). No

estabelecimento termal, o médico hidrologista faz um controle inicial do paciente (peso, medidas, interrogações sobre condição cardiovascular, respiratória, pele etc.), outro na metade e o último no final do tratamento, enviando depois um relatório ao médico que acompanha regularmente o paciente (ROQUES, 2012; CNETH, 2019; ROQUES 2014).

Em Portugal, a prestação de cuidados de saúde nos estabelecimentos termais, está inserida nos “atos clínicos e terapêuticos” que integram a medicina convencional tutelada pela Direção-Geral da Saúde, encarregada por médicos com competência em hidrologia médica, atribuído pela Ordem dos Médicos (REPUBLICA PORTUGUESA, 2020). Não foram encontradas referências sobre os profissionais de saúde específicos atuantes no termalismo social dentro dos sistemas de saúde na Itália. Contudo, sabe-se que também é fundamentado na hidrologia médica vigente na Europa, centrado nos profissionais preferencialmente com esta especialidade (HYDROGLOBE, 2014).

No Brasil, o Código de Águas Minerais estabelecido no Decreto-Lei no 7.841, de 1945, no item III do Art. 19 do Capítulo IV, aborda as estâncias que exploram águas minerais, e estabelece a obrigatoriedade de “contrato de médicos especialistas encarregado da orientação do tratamento e facilidades gerais de tratamento e assistência médico-farmacêutica” (BRASIL, 1945). Porém, ainda são poucos os profissionais de saúde, especialmente médicos, especializados e com conhecimento nesta área. Portanto é necessário estimular a formação dos profissionais de saúde sobre a temática e desenvolver estratégias de qualificação em termalismo para profissionais do SUS, tais como cursos de capacitação para profissionais de saúde, assim como também ampliar o conhecimento dos usuários do SUS e comunidades sobre o uso das águas termais para fins medicinais. Hellmann e Drago (2017) ressaltam que há o interesse na oferta de cursos especializados em termalismo pelo Ministério da Saúde e acredita-se que o investimento em formação básica no tema poderia fomentar ações e serviços que se utilizem dos recursos hidrominerais naturais em benefício da saúde.

Além disso, apesar da prática do termalismo ser considerada uma especialidade ou competência médica nos países europeus envolvidos no artigo, os tratamentos termais nos balneários são baseados na equipe multidisciplinar especializada em técnicas termais. Portanto, reforça-se a importância de se formarem equipes multidisciplinares com diferentes profissionais que possam contribuir para o desenvolvimento do termalismo social, tais como nutricionistas, fisioterapeutas, naturólogos, enfermeiros, entre outros profissionais de saúde.

## Insumos e técnicas

Os insumos são relacionados aos tipos de recursos utilizados no tratamento e na prevenção em saúde, incluindo equipamentos, medicamentos, suprimentos para exames; e as técnicas dentro dos sistemas de saúde se referem às soluções de novas técnicas, práticas, além de procedimentos de prevenção e combate às doenças (LOBATO, GIOVANELLA, 2012). As técnicas termais referem-se especificamente ao modo de utilização de um conjunto de meios que fazem uso de água mineral natural, coadjuvados ou não por técnicas complementares, para fins de prevenção, terapêutica, reabilitação e bem-estar (CANTISTA, 2010).

De acordo com Megías *et al* (2016), na Espanha, mais de 75% das técnicas termais prescritas nos balneários são relativas a banhos coletivos e/ou individuais, jatos ou duchas e, com menor frequência, pelóideterapia e pequenas hidroterapias<sup>1</sup>, e menos de 25% são relacionadas a inalações respiratórias e duchas nasais, além de hidropinia<sup>2</sup>. A Espanha é um dos países europeus cuja duração do tratamento termal é mais curta: atualmente, os turnos têm duração de doze dias (onze pernoites) e dez dias (nove pernoites), na qual incluem os seguintes serviços para usuários: alojamento e refeições, em regime de pensão completa, e em quartos duplos de uso compartilhado (IMSERO, 2019). Além disso, o programa oferece tratamentos termais básicos que incluem o exame médico ao entrar no estabelecimento termal e o tratamento termal básico que, em cada caso, é prescrito e acompanhado pelo médico do estabelecimento termal. No entanto, os beneficiários são responsáveis pelo deslocamento até as estações termais, assim como o retorno para suas casas por seus próprios meios (MOURE, 2008).

Em 2013, 540.000 pacientes foram tratados nas 105 unidades de tratamento de balneoterapia francesas. Alguns pacientes foram tratados por duas ou mais condições. Os cuidados são realizados por 18 dias consecutivos em pacientes com reumatismo (83%), condições respiratórias e otorrinolaringológicas (17%), condições venosas (17%), condições metabólicas (8%), outras condições (problemas dermatológicos,

---

<sup>1</sup> Denominação dada devido ao uso prioritário de aplicações parciais ou locais de águas minerais, durante um breve período, com finalidade terapêutica. Entre as diversas técnicas empregadas se encontram: envolturas, compressas, cataplasmas, banhos de vapor, passeios descalços pela água ou em ervas úmidas (HORNO, 2010).

<sup>2</sup> Ingestão oral específica de água mineral natural sobre prescrição médica (CANTISTA, 2010).

distúrbio relacionados ao estresse, distúrbios neurológicos) (10%) (ROQUES, 2014). Neste contexto, o termalismo na França inclui todos os tratamentos médicos e paramédicos, internos (ingestão de água termal) ou externos (chuveiros, banhos, massagens etc.), utilizando apenas as águas termais e seus derivados (pelóides, gases) em várias técnicas terapêuticas (FREIRE, 2013). O termalismo na França necessariamente tem a duração de 3 semanas sucessivas, com 18 dias de cura exigidos para serem aprovados pelo estabelecimento termal e pela Seguridade Social francesa, e têm a mesma duração para todos os pacientes, independentemente das patologias que estes apresentam (FREIRE, 2013).

Embora realizada em um local coletivo (os estabelecimentos termais), no qual chegam pacientes com problemas de saúde semelhantes ou patologias idênticas, o tratamento termal francês é personalizado para cada paciente. Cada paciente é tratado individualmente pelo terapeuta designado pelo estabelecimento termal e recebe cuidados de massagem, pelóides, banhos e técnicas específicas que variam de acordo com a patologia. Apenas dois tratamentos termais são realizados em grupos: o “percurso pedestre” (“*parcours de marche*”) para reumatologia e flebologia, realizado em uma piscina termal e composto por minigrupos de três a seis pessoas controladas por um terapeuta qualificado e a ginástica aquática, também realizada em uma piscina termal, em grupos de vinte pessoas, sob a responsabilidade de um professor qualificado (FREIRE, 2013).

Na Itália, os tratamentos termais oferecidos pelo ciclo de atendimentos duram 12 dias, embora possam variar conforme a patologia apresentada no receituário médico do paciente. Esses tratamentos reconhecidos pelo Serviço Nacional de Saúde do país englobam desde doenças respiratórias até doenças reumáticas, distúrbios circulatórios, ginecológicos e dermatológicos até a reabilitação, descritos detalhadamente na regulação do programa. As terapias mais comuns são a fangoterapia (pelóides), tratamentos de inalação respiratória, banhos terapêuticos individuais, curas hidropínicas (ingestão de água termal) e irrigações vaginais; dependendo também das características físico-químicas das águas termais de determinada região.

Em Portugal, o tratamento termal dura em média duas semanas, com uma variação em função das indicações e do número de tratamentos: tratamentos de vias respiratórias duram três semanas, sendo que otorrinolaringologia e dermatologia tem a duração de duas semanas. Além disso, diferentemente de outros países, é possível haver

mais de um tratamento por ano (JEAMBRUN, FRANCON, 2010). Em Portugal os atos e técnicas termais utilizadas nos tratamentos são: I - Consulta médica/acompanhamento médico. II - Hidropinia. III - Técnicas de imersão. IV - Técnicas de ducha V - Técnicas de vapor. VI - Técnicas especiais (aparelho respiratório e outras técnicas). Além disso, cada tratamento termal deve ter uma duração entre 12 e 21 dias, e o prazo de validade da prescrição de tratamentos termais é de apenas 30 dias (SNS, 2019).

No que concerne aos insumos e técnicas dos tratamentos termais, a frequência do tratamento termal é um fator importante como demonstrado nos países analisados neste estudo, uma vez que a quantidade de dias é algo predeterminado nos ciclos de tratamento, variando conforme a legislação do país – Espanha: 10 a 12 dias, França: 18 dias, Itália: 12 dias, e Portugal: 12 a 21 dias. Ou seja, para que o tratamento termal seja efetivo e subvencionado, protocolos específicos do programa de termalismo são estipulados. Os estudos sobre o tempo de tratamento do termalismo apontam que a partir de 9 dias consecutivos os resultados passam a ser mais promissores (AETS, 2006). Assim, é conveniente que o ciclo de tratamento tenha certa constância, com no mínimo de nove dias, e não apenas dias espaçados ou banhos unitários como geralmente é feito nos estabelecimentos termais com propósitos turísticos ou de relaxamento.

Além disso, nos países comparados neste estudo, geralmente os balneários têm indicações para certas patologias, na qual a qualidade e características específicas da água do local de origem são potencialmente curativas para determinadas condições de saúde. Dessa forma, os balneários são classificados para tratamentos respiratórios, dermatológicos, reumáticos, ginecológicos, o que determina a variação de técnicas terapêuticas dentro destes estabelecimentos.

Como vemos classificar os balneários brasileiros de acordo com as qualidades de suas águas e suas indicações seria importante para o Brasil, para ampliar e direcionar os tratamentos termais aqui realizados. Nesse intuito, mais estudos sobre suas características necessitam de ser feitos, já que suas propriedades variam muito de acordo com as características físico-químicas.

Vale ressaltar que, no contexto brasileiro, especialmente quando se refere ao SUS, o termo “termalismo” muitas vezes é utilizado apenas aos tratamentos com águas termais, esquecendo-se de outros recursos associados como pelóides e gases (HELLMANN, DRAGO, 2017). Como vimos, há diversas técnicas termais descritas que poderiam ser aplicadas com as águas minerais inseridas no sistema de saúde do

Brasil, como inalação, duchas, jatos. Porém, para que isso aconteça seria necessário investimento maior em infraestrutura, financiamento para a manutenção dos balneários e aplicação das práticas termais, assim como recuperar os balneários em situação de abandono além da formação de profissionais para atuar no setor (HELLMANN, DENEZ, 2017).

## **Organização e regulação**

Nos sistemas de saúde, as organizações designam as estruturas responsáveis pela condução, regulação, gestão e administração dos sistemas de serviços de saúde. A regulação pode ser entendida como os mecanismos legais e normativos que regem a relação entre os componentes de saúde envolvendo também a proteção da saúde. (LOBATO, GIOVANELLA, 2012). Cabe então, destacar quais as associações ou órgãos reguladores que estão presentes no termalismo social de cada país deste estudo.

Na Espanha, desde 1989, foi estabelecido que o termalismo fosse oferecido pelo Ministério de Assuntos Sociais, que regulamentou o Programa de Termalismo Social no país. Desta forma, uma grande diferença que separa o termalismo social na Espanha de seus homólogos na Europa desde o início é o fato de que é concebido e regulado desde a administração central como parte dos serviços sociais e não dos serviços sanitários. No entanto, o Programa Termalismo Social IMSERSO, na definição de seus objetivos e filosofia, enfatiza, desde o início, a vocação em permitir o acesso aos tratamentos termais àqueles aposentados que, entre outros requisitos, necessitam de tratamento termal de acordo com o receituário médico (AETS, 2006; MARTIN MEGIAS, 2014).

Devido aos vários acordos firmados entre o Ministério da Saúde o Fundo Nacional de Seguridade Social (SS), o termalismo social na França é regulado preponderantemente pelo Ministério da Saúde e suas atividades aparecem nas estatísticas deste Ministério. Como os estabelecimentos termais dependem diretamente de uma fonte de águas termais, eles estão intimamente ligados a uma cidade e uma região. Os recursos do solo e do subsolo e a exploração de aquíferos dependem administrativamente dos municípios (“*mairies*”), dos conselhos municipais (“*Conseils Départementaux*”) e dos conselhos regionais (“*Conseils Régionaux*”). Esses órgãos públicos têm, portanto, o dever de monitorar regularmente o funcionamento técnico e terapêutico, além da transparência ética e financeira do estabelecimento termal. Além



disso, eles podem conceder subsídios para melhorar a qualidade desses estabelecimentos e seu ambiente. Por seu lado, o Ministério da Saúde e a Seguridade social supervisionam a qualidade dos serviços terapêuticos e fornecem a certificação oficial ao estabelecimento termal que atende aos requisitos regulamentares (FREIRE 2013).

O Serviço Nacional de Saúde (*Servizio Sanitario Nazionale*- S.S.N.) é o órgão responsável pelo termalismo na Itália (STRANGIO, TEODORI, 2015). Em Portugal, a gestão do programa português Saúde e Termalismo Sénior, ao nível nacional, cabe à Fundação INATEL (CANTISTA, 2010). Os tratamentos de co-participação no âmbito da portaria n.º 337-C/2018 (DRE, 2018), são faturados às Administrações Regionais de Saúde ou Unidades Locais de Saúde, consoante o local de prescrição, através do Centro de Controlo e Monitorização do Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2019). Além disso, cabe ao Ministério da Saúde, através da Direção-Geral da Saúde acompanhar a atividade termal em Portugal no âmbito dos programas de saúde pública, do licenciamento da atividade, das orientações de controle da qualidade da água e também do reconhecimento das indicações terapêuticas das águas minerais naturais (REPÚBLICA PORTUGUESA, 2020).

Quanto a organização e regulação do termalismo social, o programa de termalismo IMSERSO não está incluído no Sistema Nacional da Saúde da Espanha, como acontece na maioria dos países europeus. No entanto, o termalismo social é definido como um dos serviços complementares dos benefícios do serviço de Seguridade Social. Isso significa que, ao contrário do que acontece em outros países ao seu redor, o termalismo social espanhol abrange os idosos e os pensionistas por invalidez, não abarcando a população em geral (a exemplo da França e da Itália). Além disso, na França, o termalismo social é regulado preponderantemente pelo Ministério da Saúde, assim como na Itália e Portugal-neste último através da Fundação INATEL.

No Brasil, cada um dos Conselhos Federais de profissões da saúde regula as práticas. Embora haja resoluções e normativas para as essências e balneário termais, não há algum órgão específico que regule o termalismo social no Brasil. Contudo, a Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde é que tem coordenado os esforços de implementação das Práticas Integrativas e Complementares no SUS, incluindo-se o termalismo social. O fortalecimento das associações de Termalismo em saúde no Brasil também se faz importante; assim como

estratégias de ordem política inseridas na valorização da água enquanto centro primordial da vida.

### **Rede e prestação de serviços**

A rede refere-se ao conjunto de serviços de atenção à saúde, coletivos e individuais e a prestação de serviços pode ser classificada em relação à complexidade de atenção, como serviços de atenção primária, ambulatorial especializada e hospitalar (LOBATO, GIOVANELLA, 2012). Quanto ao modelo de atenção do termalismo social dentro do sistema de saúde de cada país, o termalismo pode ser classificado como um serviço de atenção especializada nesses países, referenciados pelos médicos da atenção primária, tal como em Portugal, onde os tratamentos termais são prescritos nos cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Referente a rede de serviços na Espanha, no ano de 2019, o programa IMSERSO contou com 208.500 vagas em 108 balneários associados ao programa (IMSERSO, 2019). Na França, há 110 estabelecimentos termais, em que atuam cerca de 90 balneários, além disso 770 fontes de água mineral natural são listadas neste país (CNETH, 2019). Na Itália, no ano de 2018 foram 120 instalações termais conveniadas para os tratamentos termais (INPS, 2018).

Em Portugal, existem 49 estabelecimentos termais, dos quais 38 são balneários em funcionamento; destes, 56% são da gestão privada e 44% fazem parte da gestão pública, na qual 68% dos estabelecimentos são direcionados para o tratamento de doenças reumáticas e músculo-esqueléticas e em 58% o tratamento de doenças respiratórias (TEIXEIRA, 2013). A prestação de serviços de termalismo social nos países europeus selecionados é preponderantemente realizada em estabelecimentos termais credenciados. Estes serviços estão, portanto, localizados no nível de atenção especializada.

Não foi possível quantificar a rede de balneários termais no Brasil. Contudo, sabe-se que os existentes são, em sua maior parte, utilizados como complexos turísticos com águas termais, sendo em sua grande maioria voltados apenas ao lazer, bem-estar e estética, com pouca relação à recuperação e manutenção da saúde (HELLMANN, DRAGO, 2017). Portanto, políticas para o fortalecimento dos estabelecimentos termais

destinados à saúde no Brasil se mostram necessárias. Na escassez de estâncias termais voltadas para o setor saúde, experiências em termalismo social no Brasil têm sido desenvolvidas na atenção básica do SUS, ainda que sejam poucas e além disso, a falta destas é em parte condicionada pelas dificuldades que precisam ser enfrentadas como a formação qualificada de profissionais (HELLMANN, DRAGO, 2017).

Como vemos é necessário que se fortaleçam políticas públicas que considerem a água termal e mineral como um bem público, fonte de vida e saúde, sustento e lazer, a ser protegida por uma forte legislação, local, nacional e internacional (NINIS, DRUMMOND, 2008). Sendo as águas termais e minerais recursos subterrâneos, o Estado é detentor de tais águas, portanto, este deveria garantir meios sustentáveis do uso dessas águas para balneários públicos, assegurando os tratamentos termais para acesso público, uma vez que grande parte das cidades termais possuem apenas modelos privados de exploração da água (HELLMANN, DRAGO, 2017).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Cabe então destacar o alcance da presente pesquisa. Entre as limitações do método e do estudo, destaca-se a falta de homogeneidade de informações relativas à comparação do termalismo social de cada país analisado. Apesar desta pesquisa ter se baseado nos estudos e documentos dos últimos 20 anos, também foram encontradas informações desatualizadas. Outro fator limitante é que muitas vezes os dados do termalismo de determinado país não são referentes apenas ao termalismo social em si, mas englobam também os dados do termalismo de domínio público e privado, como o número de tratamentos ofertados por ano no país, tratamentos oferecidos, profissionais atuantes, custos financeiros etc. Dessa forma, estas informações não especificadas e difusas não foram mencionadas, limitando os resultados. Além disso, quanto às limitações da pesquisa, Lobato e Giovanella (2012) citam que há um risco do uso do método comparativo, como cair no engodo de acreditar que existe uma forma central (ou eurocêntrica) como um modelo que não se adequa necessariamente as demais civilizações. Portanto, não é buscada somente a maneira como se constituíram as políticas públicas na Europa que possam ser repetidas pelas sociedades latino-americanas, uma vez que estas apresentam um histórico e realidade muito distantes.

Mas procura-se entender quais os aspectos e potenciais que poderiam estar presentes partindo destes modelos, de forma a contribuir para que o termalismo social avance no Brasil; evidentemente de acordo com seu contexto histórico, econômico e social.

Quanto a caracterização do termalismo social nos sistemas de saúde, na França o acesso aos tratamentos termiais pelos cidadãos data de 1905. Na Itália, o Termalismo Social foi introduzido na década de 1930. Em Portugal o termalismo social consolidou-se a partir de 1976 e na Espanha a partir de 1989. No Brasil, ainda que o termalismo medicalizado date de 1818, o termalismo social entrou apenas para as políticas públicas em 2006.

Nas análises comparadas dos componentes dos sistemas de saúde, aspectos relacionados ao grau de cobertura/acesso nos países europeus selecionados mostraram divergências. França e Itália garantem o acesso ao termalismo social pelos cidadãos de todas as faixas etárias (desde que tenham receituário médico), enquanto Espanha e Portugal se dedicam a oferecer o termalismo para a população idosa. Neste caso, seria interessante que no SUS o grau de acesso e cobertura se aproximasse do modelo de termalismo social da França, com característica universal para todas as idades e maior amplitude de serviços cobertos.

Quanto ao financiamento do termalismo social nos sistemas de saúde analisados, Espanha, França e Portugal trabalham com sistema semelhante de copagamento do tratamento, com reembolso de certa porcentagem da quantia pré-paga pelo cidadão. Esta modalidade de copagamento ou de reembolso não está presente no SUS. Como não há financiamento específico o termalismo social no SUS, considera-se a importância do Ministério da Saúde do Brasil em incentivar financeiramente o termalismo social, com rubrica específica, para fomentar a prática já incluída na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Com relação à força de trabalho, são diversas as profissões relacionadas ao Termalismo, notadamente médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, massagistas. Os países europeus têm um alto nível de regulamentação e legislação sobre o uso do termalismo, sendo que a formação acadêmica destes profissionais é principalmente no nível superior, com pós-graduação na área e escolas de especialidade. Nos países europeus como Espanha e Itália, a prática do termalismo é considerada uma especialidade médica; enquanto França e Portugal é uma competência; no Brasil não existe esta especialidade, embora seja necessário o contrato de médico especialista para

estâncias termais. No caso brasileiro, desenvolver a formação em termalismo e melhorar a qualificação profissional se faz necessário para aumentar a força de trabalho neste setor no país.

No que concerne aos insumos e técnicas dos tratamentos termais observa-se a grande aproximação nos países selecionados. Contudo, o número de dias do ciclo de tratamento termal cobertos nos sistemas analisados varia entre os países: Espanha, 10 a 12 dias; França, 18 dias; Itália, 12 dias, e Portugal, 12 a 21 dias. No Brasil não há indicações específicas. Assim, é conveniente que o ciclo de tratamento tenha certa constância, com no mínimo de nove dias, e não apenas dias espaçados ou banhos unitários. Ainda quanto aos insumos, observou-se que os balneários dos países europeus são classificados de acordo com as características físico-químicas das águas minerais e especializados em tratamentos respiratórios, dermatológicos, reumáticos, ginecológicos etc., condicionando a variação de técnicas terapêuticas dentro destes estabelecimentos. Contudo, as técnicas termais, (banhos individuais e coletivos, duchas, pelóides etc.) são semelhantes entre os países analisados. Classificar os balneários brasileiros de acordo com as qualidades de suas águas e suas indicações seria importante para o Brasil. Quanto a organização e regulação do termalismo nos sistemas de saúde analisados estes apresentaram mais aproximações do que distanciamento. Os serviços de termalismo social são regulados principalmente pelo Ministério da Saúde de cada país, excetuando-se a o programa de termalismo IMSERSO da Espanha, em que o termalismo social é definido como um dos serviços complementares dos benefícios do serviço de Seguridade Social. No Brasil observa-se a necessidade de legislações específicas para fomentar os estabelecimentos termais e o termalismo social.

Por fim, a prestação de serviços de termalismo social nos países europeus selecionados é preponderantemente realizada em estabelecimentos termais credenciados. Estes serviços estão, portanto, localizados no nível de atenção especializada e são referenciados pelos profissionais médicos da atenção primária à saúde. No Brasil, ainda que a Coordenação de Práticas Integrativas e Complementares esteja localizada no Departamento de Atenção Primária a Saúde, é interessante pensar pontos especializados em termalismo na rede de atenção à saúde.

Ademais, faz-se necessário estimular e ampliar o desenvolvimento de mais estudos e pesquisas que fomentem os benefícios desta modalidade no Brasil, garantindo assim a qualidade dos tratamentos termais brasileiros. Para que o termalismo social avance no país, é essencial que o termalismo se desenvolva em si, nos aspectos

científicos, sociais, culturais e ambientais. Além disso, é necessário realizar um levantamento da tradição termal popular nas diversas cidades brasileiras que fazem o uso das águas termais, assim como também desenvolver a investigação clínica e científica para aprimorar o uso terapêutico dessas águas. Em alguns países europeus pesquisas relacionadas ao termalismo vem se expandindo; sendo cada vez mais embasado por estudos científicos e muito utilizado para o tratamento de doenças crônicas. Por conta de pesquisas como estas, o termalismo social permanece nos sistemas de saúde de países europeus ainda hoje.

## REFERÊNCIAS

AETS (AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS). Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. Hernández Torres A et al. **Técnicas y Tecnologías en Hidrología Médica e Hidroterapia**. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, Madrid. Junio de 2006.

ÁLVAREZ, L. A. RODRÍGUEZ, C. L. Presentación. **Revista Agua y territorio**, núm. 6, pp. 8-11, julio-diciembre 2015, Universidad de Jaén, Jaén, España ISSN 2340-8472 ISSN 2340-7743 DOI 10.17561/at.v0i6

ANTONELLI, M., DONELLI, D., FIORAVANTI, A. Effects of balneotherapy and spa therapy on quality of life of patients with knee osteoarthritis: a systematic review and meta analysis. **Rheumatol Int**. 2018; 38 (10):1807-1824. doi:10.1007/s00296-018-4081-6

ANTONELLI, M., DONELLI, D. Effects of balneotherapy and spa therapy on levels of cortisol as a stress biomarker: a systematic review. **Int J Biometeorol** 62, 913–924 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00484-018-1504-8>

BERNARDINO, N., CAMARERO, S., CRUZ, I., MERLO, C., NAVARRO, N., REDONDO, C., SACEDA, I., WAIDELE, S. Una mirada multidisciplinar en el Balneario de Cofrentes: Perfiles y propuestas profesionales. **Bol Soc Esp Hidrol Méd** ISSN: 0214-2813. 2018, Vol. 33, Núm. 1, 77-88

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, 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC – SUS**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde**. Brasília, 2018b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto-Lei nº 7.841 de 8 de Agosto de 1945**. Código de Águas Minerais. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1937-1946/Del7841.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del7841.htm) Acesso em 07/01/2021.

CANTISTA, P. O termalismo em Portugal. **Anales de Hidrologia Médica**, 2010, vol. 3, 79-107 [online]. Disponível em <<http://www.sphidrologia.pt/>>. Acesso em 20/06/2019.

CNETH, *Conseil National des Etablissements Thermaux*.  
<https://www.medecinethermale.fr/curistes/la-medecine-thermale-aujourd'hui/le-thermalisme-en-chiffres.html>. Acesso em novembro de 2019.

DRE, Diário da república eletrônico. Portaria n.º 337-C/2018 – **Diário da República** n.º 251/2018, 1º Suplemento, Série I de 2018-12-31. Acesso em:  
<<https://dre.pt/web/guest/home//dre/117537590/details/maximized?serie=I&day=2018-12-31&date=2019-01-01>>

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.

FEDERTERME. *Federazione Italiana delle Industrie Termali delle Acque Minerali e del Benessere Termale*. 2019 – Acesso em <https://www.federterme.it/>

FERENHOF, H. A.; FERNANDES, R. F. Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: método SSF. **Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina**, Florianópolis, SC: v. 21, n. 3, p. 550-563, ago./nov., 2016.

FIORAVANTI, A., IACOPONI, F., BELLISAI, B., CANTARINI, L., GALEAZZI, M. Short- and long-term effects of spa therapy in knee osteoarthritis. **Am J Phys Med Rehabil**. 2010 Feb; 89(2):125-32.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos** – seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1994.

FLEURY, S., OUVENEY A. M. Política de saúde: uma política social. In: **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil**. GIOVANELLA L., ESCOREL S, LOBATO, LVC, NORONHA JC, CARVALHO AI (org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.

FORESTIE, R.; TABONE, W.; PALMER, M.; JEAMBRUN, P.; CHAREYRAS, J.; GUERRERO, D.; FABRY, R.; FRANÇON, A. A Crenobalterapia na França: visão geral. In: **Termalismo e crenoterapia no Brasil e no mundo**. HELLMANN, F.; RODRIGUES, D. M. O. (Org.) Palhoça: Ed. Unisul, 2017

FREIRE, N. A. How to Manage French Thermalism Specificities? *International Business Research*. 6. 10.5539/ibr.v6n3p29. 2013.

GOMES, C.; CARRETERO, M.I.; POZO, M.; MARAVER, F.; CANTISTA, P.; ARMIJO, F. Peloids and Pelotherapy: Historical Evolution, Classification and Glossary. **Appl Clay Sci**. 2013; 75-76, 28-38.

GOUÉDO -THOMAS, C. Le thermalisme médiéval, de Flamenca à Michel de Montaigne, récits et images. In **Villes d'Eaux – histoire du thermalisme**. Éditions CTHS. Pp. 11-26. 1994.

GUTENBRUNNER, C.; BENDER, T.; CANTISTA, P.; KARAGÜLLE, Z. A proposal for a worldwide definition of health resort medicine, balneology, medical hydrology, and climatology. **Int J Biometeorol** (2010) 54:495–507. DOI 10.1007/s00484-010-0321-5

GUTENBRUNNER, C. Balneologia e estâncias hidrominerais na Alemanha. In: **Termalismo e crenoterapia no Brasil e no mundo**. HELLMANN, F.; RODRIGUES, D. M. O. (Org.) Palhoça: Ed. Unisul, 2017

HELLMANN, F. Termalismo Social no Sistema Único de Saúde: ampliando ações e olhares quanto ao uso terapêutico da água. **Cad. Naturol. Terap. Complem** – Vol. 3, Nº 5 – 2014.

HELLMANN, F; DENEZ, K. Termalismo e crenoterapia no Brasil. In: **Termalismo e crenoterapia no Brasil e no mundo**. HELLMANN, F.; RODRIGUES, D. M. O. (Org.) Palhoça: Ed. Unisul, 2017.

HELLMANN, F.; DRAGO, L.C. Termalismo e crenoterapia: potencialidades e desafios para a saúde coletiva no Brasil. **Journal of Management and Primary Health Care**, v.8, n.2, p.309 - 321, 2017.

HORNO, M. A. P. La "pequeña hidroterapia" de Sebastian Kneipp. Cura de Kneipp. **Boletín de la Sociedad Española de Hidrología Médica**, ISSN 0214-2813, Vol. 25, Nº 1, 2010, págs. 24-30

HYDROGLOBE. **Definition of a global framework for hydrotherapy**. A FEMTEC – FORST joint project with the cooperation of ISMH and the technical support of WHO. Vari, 2014. Disponível em: <<http://termasworld.com/documentos/hydroglobe.pdf>>. Acesso em 14 maio 2019.

IMSERSO - *Instituto de Mayores y Servicios Sociales*. 2019. Acesso em: <[https://www.imserso.es/imserso\\_01/el\\_imserso/informes\\_anuales/informe2019/index.htm](https://www.imserso.es/imserso_01/el_imserso/informes_anuales/informe2019/index.htm)>

IMSERSO. **Termalismo del Imsero**: un programa com grandes beneficios sociales. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Espana, 2015. Disponível em: <http://www.imserso.es/imse01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion-publicacion/index.htm?id=2497>

INPS -*Instituto Nazionale Previdenza Sociale*. Acesso em: <https://www.inps.it/NuovoportaleINPS/default.aspx?itemdir=51848&lang=IT>

JALTEL, M. (2011). **Thermalisme et bien-être: de la remise en forme aux soins curatifs** (p. 285). Paris: Chiron (ed.).



- JEAMBRUN, J. FRANCON, A. Duracion de los tratamientos termales: sictuacion actual en Europa. *Bol Soc Esp Hidrol Méd* 2010; XXV (1): 7-3
- LOBATO, L. V. C, GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil**. GIOVANELLA L, ESCOREL S, LOBATO, LVC, NORONHA JC, CARVALHO, AI (org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.
- MARAVÉR, Francisco. Aguas mineromedicinales. Importancia terapéutica. Clasificación. Mecanismo de acción. In: **Vademécum de las águas mineromedicinais de Galicia**. Universidade de Santiago de Compostela, 2017.
- MATEO, A. **Impacto del Programa de Termalismo Social en la reducción del gasto farmacéutico**. Madrid, EMER-GFK y Servicio de Termalismo Social del IMSERSO. (1994).
- MEGÍAS, M. A. I. 25 años de Termalismo Social. Evolución de los establecimientos balnearios desde el punto de vista médico. *Bol Soc Esp Hidrol Med*, 2014; 29(1): 37-41.
- MEGÍAS, M. I. A, MARTÍN, A. P. 25 años de Termalismo Social en España en cifras. *Bol Soc Esp Hidrol Méd*, 2014, Vol. 29, Núm. 1, 43-64. ISSN: 0214-2813. DOI: 10.23853/bsehm.2017.0309
- MEGÍAS, M., A.I., GIL, F., CORVILLO, I., ARMIJO, F., MARAVÉR, F. El uso de técnicas balneoterápicas en curistas participantes en el programa de termalismo del Insero en balnearios de Extremadura en 2015. *Bol Soc Esp Hidrol Méd* ISSN: 0214-2813. 2016, Vol. 31, Supl. 1, 128-130. DOI: 10.23853/bsehm.2017.0267
- MOHER D, LIBERATI A, TETZLAFF J, ALTMAN DG, The PRISMA Group (2009). **Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement**. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097.
- MOURE, O. M. El Programa de Termalismo Social del IMSERSO: la promoción del turismo activo en la tercera edad a través del agua. El caso de Galicia. *Revista Medicina Naturista*, 2008. Vol. 2: 143: 147 ISSN.: 1576-3080.
- MOURE, O. M. Estudio de la sensación de mejoría de una población balnearia de la tercera edad tras la cura termal (balneario de Molgas-Baños de Molgas, 2010). *Revista Medicina Naturista*, 2010. Vol. 4 n° 2. págs. 37-42. ISSN 1576-3080.
- MOURE, O. M., PEIRÓ, P. S., LUCAS, M. O. El programa de termalismo social del IMSERSO. Evolución y tendencias de futuro. **Aposta: Revista de ciencias sociales** 1696-7348. n° 59. 2013.
- MUNTEANU, C. Termalismo e Crenoterapia na Romênia. In: **Termalismo e crenoterapia no Brasil e no mundo**. HELLMANN, F.; RODRIGUES, D. M. O. (Org.) Palhoça: Ed. Unisul, 2017.
- NINIS, Alessandra Bortoni; DRUMMOND, José Augusto. **Áreas (des) protegidas do Brasil**: as estâncias hidrominerais. *Ambient. Soc.*, Campinas, v. 11, n. 1, jun. 2008.

OVERO, O. L. Termalismo Social. Perspectiva desde la consulta diaria. **BolSoc Esp Hidrol Méd** 2014, Vol. 29, Núm. 2, 183-184. ISSN: 0214-2813. DOI: 10.23853/bsehm.2017.0346

PITTLER, M.H., KARAGÜLLE, M.Z., KARAGÜLLE, M., ERNST, E. Spa therapy and balneotherapy for treating low back pain: meta-analysis of randomized trials. **Rheumatology Oxford**. 2006 Jul;45(7):880-4. Epub 2006 Jan 31.

QUINTELA, M. M. Saberes e práticas termais: uma perspectiva comparada em Portugal (Termas de S. Pedro do Sul) e no Brasil (Caldas da Imperatriz). **Hist. cienc. saúde-Manguinhos** [online]. 2004, vol.11, suppl.1, pp.239-260. ISSN 0104-5970.

RAMOS, A. R. C. C. V. **O Termalismo em Portugal**: Dos factores de obstrução à revitalização pela dimensão turística, Tese de Doutoramento, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial. Universidade de Aveiro. 2005.

REPÚBLICA PORTUGUESA. Secretario de Estado Adjunto e da Saúde. Grupo de trabalho interministerial para identificação dos constrangimentos atuais e definição de instrumentos que contribuam para dinamizar a atividade termal. **Atividade termal no âmbito da saúde** - Despacho nº 8221/2020, de 25 de agosto, 2020.

ROMAN, Arlete Regina; FRIEDLANDER, Maria Romana. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 3, n. 2, 1998.

ROQUES, C. F. Balneotherapy in France. **Bol Soc Esp Hidrol Méd** ISSN: 0214-2813. 2014, Vol. 29, Núm. 2, 222-223. DOI: 10.23853/bsehm.2017.0363

ROQUES, C. F. Balneotherapy Research in France. **Anales de Hidrología Médica** ISSN: 1887-0813 2012, Vol. 5, Núm. 2, 161-173. Acesso em: [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_ANHM.2012.v5.n2.40197](http://dx.doi.org/10.5209/rev_ANHM.2012.v5.n2.40197) 1

SANTOS I, CANTISTA P, VASCONCELOS C. Balneotherapy in rheumatoid arthritis- a systematic review. **Int J Biometeorol**. 2016; 60 (8):1287-1301. doi:10.1007/s00484-015-1108-5

SNS. Serviço Nacional de Saúde, 2019. Acesso em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/01/02/tratamentos-termais/>

STRANGIO, D; TEODORI, M. Le Termedi Viterbo: dal termalismo sociale ai progetti di rilancion el segno del turismo del benessere. **Agua Y Territorio** n. 6. Universidad de Jaen, Jaen, España. ISSN 2340-8472. 2015. Pag. 80-96

TEIXEIRA, S. C. C. **O Termalismo Clássico na Atualidade**: O Caso das Termas de Vizela. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra, 2013. Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/36090>

UNTURA FILHO, M. La Historia del Termalismo en Brasil. **Anales de Hidrología Médica** ISSN: 1887-0813. 2008-2010, vol. 3, 35-44

WHITTEMORE, R., KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**. 2005;52(5):546-53.

