

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FERNANDA ELIZABETH SENA BARBOSA

PANORAMA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

RECIFE

2017

FERNANDA ELIZABETH SENA BARBOSA

**PANORAMA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Cuidados Integrativos na Saúde e Redes Sociais

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Beatriz Lisboa Guimarães

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Islândia Maria Carvalho de Sousa

RECIFE

2017

Catálogo na fonte:
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4:1895

- B238p Barbosa, Fernanda Elizabeth Sena.
 Panorama das práticas integrativas e complementares na estratégia saúde da família no Brasil / Fernanda Elizabeth Sena Barbosa. – Recife: o autor, 2017.
 55 f.; il.; 30 cm.
- Orientadora: Maria Beatriz Lisboa Guimarães.
 Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva.
 Inclui referências.
1. Terapias complementares. 2. Estratégia saúde da família. 3. Atenção primária a saúde. 4. Sistema único de saúde. I. Guimarães, Maria Beatriz Lisboa (orientadora). II. Título.

FERNANDA ELIZABETH SENA BARBOSA

**PANORAMA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como
requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 30/05/2017

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. **Maria Beatriz Lisbôa Guimarães** (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. **Ana Tânia Lopes Sampaio** (Examinador Externo)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profa. Dra. **Adriana Falangola Benjamin Bezerra** (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Às mulheres que me ensinam, me encantam
e são partes de mim,
Ana, Luz e Elisabete.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Universo pelo dom da vida e da criação. Por todas as manifestações diárias e constantes de amor que nos são dadas por meio dos raios de sol, da brisa do mar, do desabrochar de uma flor, do balançar das árvores, do nascer e morrer e pela vida de todos os seres que são partes de nós mesmos.

A todos os seres que contribuíram de maneira direta e indireta na conclusão desta etapa intensa e repleta de aprendizados. Pelos encontros e desencontros, olhares sinceros, palavras de apoio e abraços afetuosos que foram tão importantes (principalmente na reta final).

A todas as dificuldades, entraves, barreiras, lágrimas, desesperos, obstáculos e problemas que surgiram e se intensificaram nesta fase. São nesses momentos de dor que crescemos e nos fortalecemos.

Agradeço à Mainha pelo seu amor incondicional e por ser meu exemplo de força e mulher. A Luz, por iluminar minha vida. A Vovó, Elisabete I, pela maternagem constante. A Painho, por todo amor e apoio. A toda minha família pelo afeto e compreensão dado desde sempre.

As minhas amigas, irmãs e manas que são verdadeiros presentes do universo na minha vida.

À Bia pela dedicação, apoio, leveza e amorosidade em que me orientou. Sua calma e perseverança em acreditar em mim foram meu acalento nos momentos difíceis.

À Islândia pela amizade, confiança, paciência e por ter proporcionado meu (re) encontro com o pedacinho de amor em forma de sertão.

À Maragosangha por contribuir no meu esforço diário de autoconhecimento e (re) conhecimento dos/nos outros seres.

Aos colegas de mestrado pela companhia e amizade. Aos docentes e todos que fazem o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFPE pelo apoio durante a realização do mestrado.

Aos curandeiros, raizeiros, parteiras, benzedadeiras, bruxas, gurus, xamãs, pajés, seres da floresta e da cidade por conservarem, preservarem e multiplicarem a energia ancestral de cuidado e cura. Por todas as vivências e práticas em que eu tive a honra de participar. Aos irmãos e irmãs da Caminhada Troca de Saberes pelas experiências inesquecíveis, pelos momentos de troca e conexão e pelo despertar do amor e da compaixão. Agradeço em especial a Antônio Alencar Sampaio que é a personificação da luz, paz e amor aqui na Terra e que eu

sou eternamente grata por ser presenteada pela sua amizade. Cada caminhada, vivência e experiência foram especiais e fundamentais neste ciclo (e na minha vida).

Aos militantes, usuários e trabalhadores do Sistema Único de Saúde pela trajetória de luta na construção e consolidação do SUS. Pela resistência diária dentro das comunidades e das Unidades de Saúde da Família frente aos golpes de desmonte da Atenção Básica; por acreditarem em um SUS integral de acesso universal e em uma sociedade justa e democrática sem nenhum direito a menos. Agradeço as rodas de diálogo, aos espaços de construção coletiva, aos reencontros com os companheiros de luta, as emoções a flor da pele em que eu reafirmava e reacendia o amor ao caminho que escolhi trilhar. Honro o fechamento deste ciclo saudando todos que lutaram e lutam na resistência e sobrevivência do SUS: essa conquista é nossa!

“Tem uns dias
Que eu acordo
Pensando e querendo saber
De onde vem
O nosso impulso
De sondar o espaço
A começar pelas sombras sobre as estrelas-las-las-las
E de pensar que eram os deuses astronautas
E que se pode voar sozinho até as estrelas-las-las
Ou antes dos tempos conhecidos
Conhecidos
Vieram os deuses de outras galáxias-xias-xias
Ou de um planeta de possibilidades impossíveis
E de pensar que não somos os primeiros seres terrestres
Pois nós herdamos uma herança cósmica”

Errare Humanun Est – Jorge Ben Jor

RESUMO

Este estudo objetivou analisar a oferta institucionalizada das Práticas Integrativas e Complementares na Estratégia Saúde da Família no SUS no Brasil. Trata-se de um estudo quantitativo descritivo-exploratório em que foram cotejados dois bancos de dados: Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar e o segundo ciclo da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Dos 1.617 municípios do Inquérito Nacional, 259 municípios ofertavam alguma prática integrativa na saúde da família. Pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, a oferta estava presente em 1.230 municípios brasileiros. Ao cotejar os dois bancos de dados, identificamos a oferta institucionalizada de PICS em 112 municípios, ou seja, nestes municípios o gestor e o profissional afirmaram desenvolver PICS. Concluimos confirmando a nossa hipótese de que o pioneirismo dos profissionais é responsável pelo crescimento das práticas integrativas no Brasil, porém este cenário caracteriza uma política frágil e insustentável, sem reconhecimento e apoio da gestão. É necessário que os gestores tomem conhecimento do que é desenvolvido nas unidades básicas de saúde, sendo a institucionalização a possibilidade de reconhecimento e de utilização dos recursos oficiais de manutenção e ampliação da oferta de práticas integrativas e complementares.

Palavras-chave: Terapias Complementares. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the institutionalized offer of Integrative and Complementary Practices in the Family Health Strategy in SUS in Brazil. This is a descriptive-exploratory quantitative study where two databases were collated: National Survey of Traditional and Complementary Medicine and the second cycle of the external evaluation of the National Program for Improving Access and Quality of Basic Care. Of the 1,617 municipalities of the National Survey, 259 municipalities offered some integrative practice in family health. Through the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care, the offer was present in 1,230 Brazilian municipalities. When comparing the two databases, we identified the institutionalized offer of PICS in 112 municipalities, that is, in these municipalities the manager and the professional affirmed to develop PICS. We conclude by confirming our hypothesis that the pioneerism of professionals is responsible for the growth of integrative practices in Brazil, but this scenario characterizes a fragile and unsustainable policy, without recognition and management support. It is necessary for managers to become aware of what is developed in basic health units, with institutionalization being the possibility of recognizing and using official maintenance resources and expanding the offer of integrative and complementary practices.

Keywords: Complementary Therapies. Family Health Strategy. Primary Health Care. Single Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Práticas Integrativas e Complementares agrupadas utilizando como referência as práticas contempladas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	31
------------	--	----

Artigo

Figura 1 –	Quantitativo de municípios participantes do PMAQ e Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar no SUS. Brasil, 2017... ..	38
------------	---	----

LISTA DE TABELAS

Artigo

Tabela 1 –	Distribuição e percentual dos municípios com oferta de Práticas Integrativas e Complementares na Estratégia Saúde da Família por estado, segundo dados do Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar no SUS e PMAQ. Brasil, 2017.....	40
Tabela 2 –	Frequência e percentual da oferta de Práticas Integrativas e Complementares na Estratégia Saúde da Família, segundo dados do PMAQ e Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar no SUS. Brasil, 2017.....	41
Tabela 3 –	Cobertura da Estratégia Saúde da Família estratificada por porte populacional dos municípios com oferta institucionalizada de Práticas Integrativas e Complementares na Estratégia Saúde da Família. Brasil, 2017.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSE	Universidade Federal do Sergipe
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	Objetivo Geral.....	18
2.2	Objetivos Específicos.	18
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1	A atenção básica enquanto modelo de atenção à saúde e ordenadora do cuidado.....	19
3.2	As Práticas Integrativas e Complementares, o paradigma vitalista e a integralidade em saúde.....	21
3.3	O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).....	25
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	29
4.1	Tipo de estudo.....	29
4.2	Caracterização dos bancos de dados.....	29
4.3	Coleta nos bancos de dados	30
4.4	Análise dos dados	32
4.5	Limitações do estudo	32
5	RESULTADOS	34
5.1	Oferta institucionalizada de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família	34
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
	REFERÊNCIAS.....	53

1 INTRODUÇÃO

A procura por outras práticas de cuidado em saúde, diferentes da biomedicina, é uma realidade vivenciada por diversos países (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2013). A busca por práticas de abordagem holística onde o cuidado está centrado no indivíduo e não na doença, com valorização do vínculo terapeuta-doente está crescendo devido à insatisfação com a biomedicina no que tange sua limitação na resolução de problemas crônicos, medicalização excessiva, efeitos iatrogênicos, uso exagerado de tecnologias duras e de alto custo (CONTATORE, 2015; SANTOS; TESSER, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por reconhecer a importância de ampliar o acesso a outras formas de cuidado, incentiva seus estados-membros a desenvolverem políticas públicas para inserção de Medicinas Tradicionais e Complementares em seus sistemas nacionais de saúde (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2013). Em consonância à determinação da OMS e pela necessidade de conhecer, apoiar e regulamentar experiências pulverizadas pelo país foi criada no Brasil a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), por meio da Portaria nº 971/2006, que previu a inserção da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo/Crenoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006). No Brasil o termo Práticas Integrativas e Complementares (PIC) foi adotado como sinônimo à Medicina Tradicional e Complementar, nomenclatura proposta pela OMS.

De acordo com os objetivos da PNPIC, as PICS devem ser inseridas no SUS dentro da perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, devendo esta inserção acontecer prioritariamente na atenção básica (BRASIL, 2006). Isto representa avanços na implementação e fortalecimento do SUS, pois tanto as PICS, enquanto prática, quanto à atenção básica, enquanto nível de atenção possuem relevantes afinidades como:

Centramento nos sujeitos em seus contextos sociais/familiares; abordagens ampliadas e holísticas; valorização de saberes/práticas não-biomédicos e de múltiplas formas, vivências e técnicas de cuidado; estímulo à auto-cura, participação ativa e empoderamento dos usuários; abordagem familiar e comunitária. Na organização das práticas e no relacionamento com a clientela há afinidades quanto à adequação sócio-cultural; parceria, dialogicidade e democratização das relações; trabalho territorial e construção/exploração de vínculos terapêuticos (TESSER; SOUSA, 2012).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) consolidou-se como importante modelo de reorientação das práticas assistenciais na atenção básica por ter sua abordagem voltada para a comunidade. Este modelo de atenção à saúde é favorável para o desenvolvimento e inserção das PICS por se tratar de práticas que buscam a compreensão das dimensões biológicas, psicológicas e sociais (THIAGO; TESSER, 2011) e possuem entendimento e abordagem mais

amplos do processo saúde-doença, com valorização dos determinantes sociais da saúde; características compartilhadas pela atenção básica.

A fim de identificar o panorama da oferta de práticas integrativas e complementares a nível nacional, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde realizou o Diagnóstico Situacional de Práticas Integrativas em 2004. O objetivo foi realizar um levantamento das práticas desenvolvidas como parte do processo da elaboração da PNPIC. Foram contactadas todas as secretarias municipais de saúde havendo retorno de 1.342 questionários, com oferta de PICS presentes em 232 municípios distribuídos em 26 estados, com ações preferencialmente inseridas na Estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2006). Em 2008 foi realizada nova pesquisa pelo Ministério da Saúde para identificar institucionalização e oferta das PICS nos municípios brasileiros dois anos após a publicação da PNPIC. 72% da oferta estava localizada na Estratégia Saúde da Família.

Atualmente, por meio dos sistemas de informação é possível monitorar e avaliar o panorama da oferta de PICS. Com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) obtêm-se informações referentes ao cadastro de estabelecimentos de saúde que ofertam PIC. Em outubro de 2015 a oferta de Práticas Integrativas e Complementares estava presente em 5.139 estabelecimentos de saúde distribuídos em 17% dos municípios. Deste quantitativo, 78% estavam na atenção básica, 18% na atenção especializada e 4% na atenção hospitalar, segundo dados do CNES (BRASIL, 2016).

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), instituído pela Portaria nº 1.412/2013, é o sistema de informação da Atenção Básica, que ainda está em aprimoramento e implantação, e fornece alguns dados específicos das PICS na Atenção Básica (BRASIL, 2016) e o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS) fornece dados relativos à produção ambulatorial. Para especificar e refinar os dados relativos à produção ambulatorial, em janeiro de 2017 foi publicada a Portaria nº 145/17 que altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. Esta portaria inclui sete novos procedimentos na lista de PICS: sessão de arteterapia, sessão de meditação, sessão de musicoterapia, tratamento naturopático, sessão de tratamento osteopático, sessão de tratamento quiroprático e sessão de reiki. (BRASIL, 2017a).

Consoante a esta alteração na Tabela de Procedimentos, o Ministério da Saúde incluiu à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares as seguintes práticas por meio da Portaria nº 849 de março de 2017: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki,

Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2017b). Com essas alterações e inclusões, o Ministério da Saúde poderá monitorar as atividades desenvolvidas no território com maior especificidade e precisão, possibilitando informações para subsidiar o planejamento das PICS.

Outra possibilidade de monitoramento do panorama da oferta de forma mais fidedigna que se aproxima da realidade das equipes de Saúde da Família é por meio da análise dos resultados provenientes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), programa ministerial instituído por meio da Portaria nº1.654/2011, que tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade das ações desenvolvidas na atenção básica (BRASIL, 2012b), dentre elas, as PICS.

Como a unidade de análise do PMAQ é a equipe de atenção básica, onde a equipe de Saúde da Família se encontra, os resultados obtidos possibilitam uma análise mais detalhada e minuciosa, comparado aos outros sistemas de informação. A inclusão das 14 práticas foram baseadas em estudos prévios na produção informada pelos municípios e no resultado do segundo ciclo do PMAQ, que ao avaliar quase 30 mil equipes de atenção básica em todo o Brasil essas práticas se fizeram presente no cotidiano das unidades de saúde (BRASIL, 2017).

Além do PMAQ, outra fonte de dados que fornece informações sobre a oferta de PICS, na perspectiva da gestão municipal, refere-se aos dados provenientes do “Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar no SUS”, estudo desenvolvida pelo grupo de pesquisas Saberes e Práticas em Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ-PE), em que as secretarias municipais de saúde foram contactadas para o preenchimento de um questionário online, com perguntas sobre oferta, serviços e profissionais que desenvolvem PICS nos municípios.

Considerando que o PMAQ foi respondido pelos profissionais de saúde e o Inquérito Nacional pelos gestores municipais, espera-se que todos os municípios que referem ofertar PICS, de acordo com o PMAQ, também seja confirmado pelo gestor, por meio dos dados do Inquérito Nacional. Caso esta convergência de informações não ocorra é porque aquela prática provavelmente é uma prática realizada pelo profissional e não reconhecida pela gestão, considerando todas as limitações e vieses dos dois bancos de dados.

Tendo em vista evidências que comprovam o pioneirismo dos profissionais (NAGAI, QUEIROZ, 2011; SOUSA et al, 2012; BRASIL, 2008) sendo um dos principais fatores para a implantação das PICS no Brasil, ao invés de iniciativas da gestão, acredita-se que após 11 anos de publicação da PNPIC esta política não esteja institucionalizada. Estamos chamando de institucionalização neste estudo as práticas que são reconhecidas e legitimadas pela gestão. A

principal problemática nesta oferta não institucionalizada é que quando a prática é implantada e financiada pelos profissionais a oferta é fragilizada e personificada no momento em que estes profissionais deixam o serviço ou interrompem a oferta, a prática deixa de ser ofertada, caracterizando uma política de “pessoas” e não de Estado.

Diante do exposto, o presente estudo propõe responder a seguinte pergunta: “A implementação das PICS na Estratégia Saúde da Família é uma política institucionalizada pela gestão ou é ofertada pelos profissionais?”. Justifica-se a realização e a relevância deste estudo pela escassez de pesquisas que analisem a oferta institucionalizada de PICS na Estratégia Saúde da Família no âmbito nacional, sendo este estudo capaz de subsidiar o planejamento de ações.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a oferta institucionalizada das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) na Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar os municípios que ofertam PICS no Brasil por estado e região;

Identificar as PICS ofertadas por município de acordo com os dados fornecidos pelo Inquérito Nacional e pelo PMAQ;

Comparar a oferta institucionalizada de PICS, segundo dados fornecidos pelo gestor e pelo profissional da ESF;

Caracterizar os municípios com oferta institucionalizada de acordo com o porte populacional e a cobertura de atenção básica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A Atenção Básica enquanto modelo de atenção à saúde e ordenadora do cuidado

Por estar dentro da comunidade e próximo ao usuário, a atenção básica é uma das portas de entrada do SUS, segundo o Decreto nº 7.508/11 (BRASIL, 2011). É o centro de comunicação dentro da rede, ordenando os fluxos e contrafluxos dos usuários, encaminhando-os para os demais níveis de atenção à saúde, quando necessário. Ao assumir a função de acolhimento, é responsável em oferecer resposta positiva para o usuário, seja na resolução do seu problema, seja no direcionamento do mesmo para os demais níveis de atenção. (BRASIL, 2012c; MENDES, 2015).

A Portaria nº 2.488/2011 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que traz as orientações e diretrizes para organização da atenção básica. A atenção básica (AB) caracteriza-se como um conjunto de ações e serviços que englobam desde a promoção, diagnóstico até a recuperação e manutenção da saúde com objetivo de impactar nos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença. De acordo com a PNAB, a atenção básica:

É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012c).

Diferente dos profissionais especialistas que ofertam um cuidado direcionado a certas patologias dentro da sua área de atuação, os profissionais da AB trabalham com um cenário complexo de intervenção onde a atenção à saúde deve orientar-se para a variedade de problemas de saúde que o usuário apresenta.

Por ter como base de atuação populações de território adscrito, as equipes têm a possibilidade de planejar suas atividades de acordo com as necessidades da população, direcionando a atenção para os principais problemas e necessidades da comunidade. Outra vantagem da adscrição do território, e consequentemente da clientela, é a possibilidade de acompanhamento não apenas do indivíduo, e sim da família como um todo, o que confere à equipe o desenvolvimento de relações de vínculo, tornando-a referência no cuidado (BRASIL, 2012c).

Esta longitudinalidade do cuidado requer do profissional uma compreensão ampliada do processo saúde-doença com responsabilização mútua entre profissionais e usuários de modo permanente. Cabe aos profissionais o acompanhamento do usuário dentro da rede, das intervenções em saúde, além de outros aspectos da vida e do cotidiano destes, o que reduz riscos de iatrogenia, devido ao desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (BRASIL, 2012c).

Para Starfield (2002), a atenção primária possui quatro elementos estruturais que estão em consonância com as diretrizes e princípios da PNAB: acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade. A acessibilidade engloba a localização da unidade de saúde próxima à comunidade e questões relacionadas ao funcionamento da unidade; a variedade de serviços está relacionada aos serviços disponíveis à população que de certa forma atendam seus anseios; definição da população eletiva tem conceito semelhante ao de território definido e adscrição da clientela que consta na PNAB; e a continuidade envolve os mecanismos utilizados pela equipe que garantam uma atenção integral, dentre esses mecanismos destacam-se: prontuário médico, registro informatizado, entre outros. Atenção básica ou atenção primária são termos considerados equivalentes pelo Ministério da Saúde e por este estudo.

Pensando na realidade do SUS, esses mecanismos de continuidade estão atrelados aos sistemas de informação em saúde. No que se refere à atenção básica, foi criado o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) como estratégia de reestruturação das informações da AB em nível nacional. Vários sistemas de informação estão atrelados e os dados são informados de maneira individualizada, permitindo o acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário. O e-SUS atenção básica (e-SUS AB) conta com dois softwares: o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) e o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC AB), ambos alimentam o novo sistema de informação: o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) (BRASIL, 2014).

Em relação à estratégia prioritária de organização da AB no Brasil, a Estratégia Saúde da Família é reconhecida pelo Ministério da Saúde como a responsável em qualificar e consolidar a AB, com alta capacidade em ampliar a resolutividade dos problemas de saúde. O modelo da ESF baseia-se numa atenção orientada pela atuação de uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que trabalha de forma interdisciplinar e é responsável pelo cuidado integral e acesso ao sistema de uma população definida. Neste modelo, a atenção à saúde é centrada no usuário e não mais em procedimentos e patologias, porém essas mudanças trazem consigo necessidades de transformações mais profundas no modo de pensar a saúde, na própria estrutura do sistema e

da rede de saúde, no processo de trabalho dos profissionais e no papel do usuário como protagonista capaz de ampliar sua autonomia e capacidade de cogestão dentro do SUS (BRASIL, 2012c).

O trabalho na ESF não necessita de ferramentas de alto grau tecnológico, pelo contrário, baseia-se nas relações interpessoais e interações subjetivas construídas a cada encontro entre profissional e usuário (SOUZA, 2008). Quando o usuário procura o serviço de saúde, não está interessado apenas na realização de procedimentos e sim na busca da certeza e confiança de que seu problema será resolvido e que os profissionais de saúde utilizarão todos os recursos disponíveis para atingir esse objetivo (MERHY, 1998).

O encontro entre profissional e usuário é produzido através de um trabalho vivo por se tratar de dois sujeitos que exercem influência um sobre o outro, onde a partir da fala, da escuta, da partilha e do nível de vínculo e confiança construído haverá a produção de uma responsabilização em torno do problema a ser enfrentado. O profissional conseguirá captar as particularidades e singularidades do usuário, o que irá nortear e enriquecer sua prática, e diante disto, o usuário terá maiores possibilidades de atuação e interação (MERHY, FEUERWERKER; 2009).

Diante das possibilidades terapêuticas possíveis a partir deste encontro, a AB torna-se locus privilegiado para o desenvolvimento de algumas práticas que encontram alicerce neste modo singular e subjetivo, característicos da AB, como por exemplo, as práticas integrativas e complementares (PICS), tema a ser abordado na próxima seção.

3.2 As Práticas Integrativas e Complementares, o paradigma vitalista e a integralidade em saúde

A busca por novas práticas terapêuticas no campo da saúde, diferentes do modelo hegemônico vigente, vem se difundindo por todas as camadas da população (SOUZA, LUZ; 2009). Mesmo com o inegável avanço da ciência e da tecnologia no campo da saúde, a biomedicina demonstra seu esgotamento e incapacidade na resolução dos problemas de dois terços da humanidade, como foi declarado pelo diretor geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma Ata, em 1978 (LUZ, 2007).

A insatisfação com a biomedicina deve-se aos limites do modelo em resolver problemas relacionados ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas, as degenerativas; à iatrogenia decorrente do excesso de exames e procedimentos; à contaminação corporal e

ambiental associadas a agrotóxicos, aditivos químicos, poluição, etc; aos efeitos colaterais decorrentes da crescente medicalização; bem como ao aumento de usuários com sofrimento difuso, dentre outros (PELIZZOLI, 2014).

Os motivos para a busca de novas práticas não devem ficar restritos à insatisfação e/ou ineficiência da biomedicina. Uma “revolução cultural” iniciada no final da década de 1960 com o movimento de contracultura resgatou valores tradicionais em um momento em que o individualismo, valor social hegemônico das sociedades modernas, ameaçava a integridade do próprio ‘tecido’ social. Há um retorno da concepção do homem como ser integrante da natureza, com reflexo no campo da saúde, culminando na busca por formas alternativas de terapias, fundamentadas em valores e concepções holístico-integrativas (SOUZA, LUZ, 2009).

Essas práticas trouxeram transformações nas representações de corpo, saúde e doença, inclusive no modo com que os usuários esperam ser tratados ao procurarem um serviço de saúde. Eles buscam resolução favorável de suas queixas, mas se o encontro com o terapeuta vier acompanhado de um acolhimento e empatia emocional, o resultado será atingindo mais rapidamente. Essa relação estabelecida entre terapeuta-paciente é uma das causas da procura e do sucesso das medicinas alternativas (LUZ, 2007). É a chamada eficácia simbólica, que não exige práticas e crenças muito diferentes do universo cultural no qual estão inseridos (TESSER; LUZ, 2008), mas requer uma visão do indivíduo em sua totalidade e não como um ser humano doente de determinada doença.

Segundo Luz,

Tais modelos não fazem apelo à grande tecnologia atual, tão refinada quanto cara, ligada às especialidades médicas; muito pelo contrário, supõem uma visão mais globalizante e integrada da saúde dos cidadãos, atendendo-os com o que se designa comumente de modelo de atenção primária à saúde. Este atua de maneira mais simplificada tanto para a diagnose, dispensando a parafernália dos exames sofisticados, como para a terapêutica. Privilegia-se, como forma de intervenção prioritária a adoção, pela clientela, de práticas alternativas de saúde, hábitos e estilos de vida; hierarquizam-se ações, formas de intervenção, incentivando-se muitas vezes uma presença mais ativa do cidadão doente em face de sua doença, através de estratégias de socialização, como a formação de grupos de pacientes com troca de experiência e tomada de decisões para iniciativas de práticas coletivas, reuniões e discussões com terapeutas e especialistas etc (LUZ, 2007)

Ao trazer o sujeito e suas singularidades para o centro da atenção à saúde, tornando-o não só objeto, mas usuário como sujeito da atenção, tais práticas tendem a possibilitar um “conhecimento maior do indivíduo em relação a si mesmo, de seu corpo e de seu psiquismo, com uma conseqüente busca de maior autonomia em face de seu processo de adoecimento, facilitando um projeto de construção (ou de reconstrução) da própria saúde” (LUZ, 2007, p.70).

Sistemas médicos complexos como a homeopatia, a medicina tradicional chinesa, a medicina ayurvédica e a própria biomedicina compõem o que Madel Luz classificou como

racionalidades médicas. Os sistemas médicos devem estar de acordo com cinco dimensões interligadas: 1) morfologia humana (define a estrutura e a forma de organização do corpo), 2) dinâmica vital humana (define o movimento da vitalidade, seu equilíbrio ou desequilíbrio no corpo, suas origens ou causas), 3) doutrina médica (define, em cada sistema, o que é o processo saúde-doença, o que é a doença ou adoecimento, em suas origens ou causas), 4) sistema de diagnose (pelo qual se determina se há ou não um processo mórbido, sua natureza, origem ou causa) e 5) sistema terapêutico (formas de intervenção adequadas a cada processo mórbido) (NASCIMENTO et al, 2009). Com essa definição específica sobre racionalidades médicas podem-se distinguir racionalidades, como a homeopatia e a biomedicina, de recursos terapêuticos, como reiki e terapia floral.

Uma sexta dimensão foi identificada, responsável pelas raízes filosóficas que embasam simbolicamente as outras dimensões. Essa dimensão foi denominada de cosmologia. Na biomedicina a cosmologia está amparada pela física newtoniana e na visão do corpo como uma máquina. Já na homeopatia e nas medicinas ayurvédica e tradicional chinesa, a visão cosmológica está fundamentada nas tradições religiosas, como o taoísmo chinês e o conhecimento védico na Índia (NASCIMENTO et al, 2009).

Além da visão cosmológica, Luz identificou a presença de dois paradigmas nas racionalidades médicas, o biomédico e o vitalista (apud NASCIMENTO et al, 2009). No paradigma biomédico a visão está centrada na patologia dentro de uma concepção mecanicista de controlá-la e erradicá-la. O usuário é visto como um corpo biológico destituído de crenças, valores e experiências pessoais. Há rejeição dos saberes tradicionais de cura com perda da dimensão cultural/relacional no campo da saúde (PELIZZOLI, 2014).

No paradigma vitalista o indivíduo é visto não como um doente, mas como um ser em desequilíbrio/desarmonia, no qual o terapeuta irá auxiliá-lo no reequilíbrio e restabelecimento de sua saúde. Trabalha numa perspectiva integradora que valoriza o meio no qual o sujeito está inserido, bem como sua subjetividade individual. A medicina ayurvédica, a homeopatia e a medicina tradicional chinesa são exemplos de racionalidades médicas de cunho vitalista, assim como as demais práticas integrativas (LUZ, 2007; LUZ, BARROS, 2012; NASCIMENTO et al, 2009). Para Luz, “não se trata de simplesmente combater ou erradicar doenças: trata-se de incentivar a existência de cidadãos saudáveis, capazes de interagir em harmonia com outros cidadãos, e de criar para si e para os que lhe são mais próximos um ambiente harmônico, gerador de saúde” (LUZ, 2007, p.96).

A OMS, visando ajudar seus Estados-membros a desenvolver políticas e planos de ação para reforçar o papel da medicina tradicional na manutenção da saúde da população,

desenvolveu a “Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2014-2023” com ações baseadas em quatro objetivos:

1. Política: desenvolver políticas e programas sobre medicinas tradicionais integrando-as nos sistemas nacionais de saúde;
2. Segurança, eficácia e qualidade: promover a segurança, eficácia e qualidade das medicinas tradicionais através da expansão da base de conhecimento;
3. Acesso: melhorar a disponibilidade e o acesso à medicina tradicional para toda população;
4. Uso racional: promover o uso racional do tratamento da medicina tradicional entre os profissionais e usuários (OMS, 2013).

No Brasil, optou-se em usar a terminologia práticas integrativas e complementares (PICS) ao invés de medicina tradicional. Seguindo as recomendações da OMS e atendendo diretrizes e recomendações de várias conferências nacionais de saúde, foi instituída a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) por meio da portaria 971 em 2006. De acordo com a PNPIC, práticas integrativas e complementares são conceitualmente definidas como:

Sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006).

No Brasil, a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), foi um marco importante, pois as práticas complementares possuem saberes e técnicas voltadas para a promoção da saúde, com a lógica integrativa que combina as práticas com qualidade, segurança e efetividade (GALHARDI et al, 2013).

O primeiro objetivo da PNPIC é “incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde” (BRASIL, 2006). Por mais que a atenção básica esteja vinculada ao modelo biomédico, sua construção e modo de inserção dentro do SUS trazem, inevitavelmente, críticas à biomedicina, comungando com os princípios das PICS, ao preconizarem em seu processo de trabalho a integralidade, a universalidade e o cuidado longitudinal na perspectiva de um cuidado ampliado, considerando os condicionantes e determinantes da saúde (TESSER, SOUSA; 2012). Por ser uma das

principais portas de entrada do SUS e estar próximo da vida das pessoas, a inserção das PICS na atenção básica “configura uma ação de ampliação de acesso e qualificação dos serviços, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde da população” (SANTOS, TESSER; 2012).

3.3 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

Com o intuito de aprimorar a Atenção Básica (AB) e de repensar o modo de organização dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), o governo federal investe desde 2011 em ações e programas de valorização da AB, entendendo-a como a principal ordenadora da rede e coordenadora do cuidado e que representa o primeiro nível de contato do usuário na rede. Dentre as medidas adotadas, destacam-se:

A reconstrução e o aumento do Financiamento da Atenção Básica; o Programa de Requalificação das UBS; a criação do novo Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB); a estratégia e-SUS Atenção Básica; o Programa Telessaúde Brasil Redes; o PMAQAB [Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica]; a própria Portaria da nova PNAB [Política Nacional de Atenção Básica]; [...] a Política de Educação Permanente do SUS para os profissionais da AB; o Plano Nacional de Educação Médica; e, finalmente, os Programas de Valorização e Atenção Básica e o Programa Mais Médicos (PINTO, SOUSA, FERLA; 2014).

Neste contexto, a portaria nº 1.654/11 institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com o objetivo, segundo o seu manual, de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde com melhorias na qualidade da atenção por meio da avaliação das equipes de atenção básica. Dessa forma, a proposta é institucionalizar uma cultura de avaliação, cuja análise e intervenção se baseiem no desempenho das equipes a partir de processos e resultados, fazendo com que a AB impacte diretamente nas condições de saúde da população. Ao utilizar indicadores e padrões de desempenho, o PMAQ institui mecanismos que asseguram a avaliação e, conseqüentemente, a comparação entre as ações desenvolvidas pelas equipes (BRASIL, 2012b).

Por apostar em um processo de avaliação contínuo que conta com a participação dos diversos segmentos da sociedade e se inicia com o programa, mas tem como objetivo consolidar-se como prática constante de melhoramento dos indicadores de acesso e de qualidade, o PMAQ busca instituir uma nova cultura de dentro dos processos avaliativos. Outro objetivo do programa é aumentar a adequabilidade das unidades de saúde às diretrizes da Portaria Nacional de Atenção Básica (PNAB), aumentando a efetividade da atenção e a satisfação dos usuários (BRASIL, 2012b).

O programa prevê a mobilização e a responsabilização de diversos atores que influenciam e constroem o SUS, como gestores federais, estaduais e municipais, profissionais

de saúde e usuários. Desta forma, esperam-se importantes mudanças no modelo de gestão e atenção com reordenamento da prática em saúde direcionada para as características locais, com produção de saberes e práticas singulares que respeitam as diversidades (PINTO, SOUSA, FERLA; 2014).

Embora os objetivos e diretrizes do programa sejam consonantes com o SUS, o programa não deixa claro, de maneira explícita e objetiva, como irá fomentar a instituição de espaços de diálogo que envolvam gestores, profissionais e usuários para induzir as tais mudanças dentro da AB, como se propõe o programa. Nem tampouco como pretende realizar mudanças no modelo de gestão e no modelo de atenção, entre outros questionamentos (MOTA, 2015).

O PMAQ é composto por quatro fases: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e recontratualização. A primeira fase caracteriza-se por uma adesão dita como voluntária, a depender da motivação de gestores e equipes em decidirem pela participação no programa, cabendo ao gestor municipal realizar a adesão das equipes junto ao MS. As equipes de atenção básica devem estar em conformidade com as diretrizes da AB e com os critérios definidos no Manual Instrutivo do PMAQ, além de pactuarem compromissos a serem firmados entre equipe e gestores municipais, e desses com a gestão federal. Após a adesão, o município recebe mensalmente, por cada equipe participante, 20% do valor integral do componente qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável) (BRASIL, 2012b).

A fase de desenvolvimento é composta por quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. Na autoavaliação, as equipes realizam análise do processo de trabalho a fim de identificar e reconhecer os principais problemas e potencialidade para elencar prioridades e traçar estratégias visando a superação dos problemas identificados, o que favorecerá a realização das demais etapas como a educação permanente e o apoio institucional (BRASIL, 2012a; 2012b; PINTO, SOUSA, FLORÊNCIO; 2012). Cabe ao gestor definir o modo de realização da autoavaliação, podendo ser feita através de um instrumento formulado pelo MS – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), organizado com base no que se espera em termos de qualidade e atenção. (BRASIL, 2012a).

No monitoramento dos indicadores contratualizados são acompanhados 47 indicadores pactuados com base em áreas estratégicas, sendo restrito aos que podem ser monitorados e alimentados via SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), sistema de informação escolhido para o acompanhamento destes indicadores, além de contemplar os que compõem o Pacto pela Saúde. Esta etapa possibilita análise do grau de implantação das demais políticas

estratégicas que fazem parte do rol de atividades desenvolvidas na AB como: saúde da mulher, saúde da criança, controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, saúde bucal, tuberculose e hanseníase e saúde mental (BRASIL, 2012a; PINTO, SOUSA, FERLA; 2014).

Esta focalização em programas estratégicos, patologias específicas e grupos populacionais fere o princípio da integralidade e dificulta a universalização dos princípios do SUS, segundo Gomes & Bezerra (2014). Por focar no desempenho da AB, o PMAQ negligencia o caráter da AB de ordenadora do cuidado e de porta de entrada por não acompanhar o fluxo dos usuários dentro da rede. Para avaliação deste fluxo, alguns indicadores poderiam ser considerados como, por exemplo: tempo de espera para marcação de consulta com especialista e realização de exames, acessibilidade aos outros dispositivos da rede, contra referência para equipe da AB, dentre outros (GOMES, 2013).

Na terceira fase do programa, a avaliação externa, os entrevistadores do programa vão até as unidades verificar as condições de acesso e qualidade sinalizadas pelas equipes nas outras etapas. Essa avaliação gera um escore que somada a outras dimensões resulta na nota final de certificação das equipes. Essa nota é composta pela avaliação externa (70% da nota); verificação dos resultados dos indicadores contratualizados (20%) e autoavaliação, independente do resultado, (10%) (BRASIL, 2012b). A quantia a ser repassada, via componente de qualidade do PAB variável, dependerá da comparação da nota de cada equipe com as demais do seu município.

A recontratualização é a última fase do PMAQ que aposta na construção de um processo cíclico no qual as equipes, a partir dos resultados alcançados, irão reavaliar seu desempenho e pactuar novos indicadores (BRASIL, 2012b).

Mesmo tratando-se de um programa que se propõe avaliar de perto a qualidade da atenção básica, usando como unidade de análise a equipe de atenção básica, algumas críticas são necessárias e relevantes. Por se basear em números e resultados para certificação das equipes, a qualidade da atenção é reduzida a quantidade de atendimentos realizados, o que nega a complexidade das relações humanas construídas entre os profissionais e os usuários (GOMES, BEZERRA; 2014).

Por se tratar de uma avaliação em que o resultado está vinculado a um repasse financeiro mediante comparação da nota das equipes, até que ponto esta comparação não estimula a competitividade das equipes (MOTA, 2015)? As motivações individualistas e consumistas por parte da equipe e dos gestores devido ao repasse financeiro podem deixar em segundo plano as ações voltadas para atender as necessidades sanitárias da população (GOMES, BEZERRA; 2014).

Mota (2015) questiona até que ponto este reconhecimento por mérito baseado na produção, em detrimento de uma abordagem ampliada sobre saúde, não caminha para uma “saúde por resultados” e em contrapartida nega o direito universal à saúde integral. Esta visão produtivista da saúde foi enfatizada por Gomes & Bezerra (2014) ao afirmarem que “a avaliação em saúde, em particular o PMAQ, não vise apenas indicadores voltados para avaliar a oferta de serviços, mas leve em consideração a integralidade na atenção à saúde, buscando garantir os princípios doutrinários do SUS (p. 146)”.

Em estudo realizado sobre a análise da implantação do PMAQ a partir da ótica dos agentes comunitários de saúde (ACS), esses profissionais encaram o programa como uma obrigação, uma fiscalização das metas a serem cumpridas, mas sem mudanças significativas em seu processo de trabalho. Como a avaliação em saúde não faz parte da rotina das equipes, os ACS percebem o programa como algo momentâneo e pontual atrelado a incentivo financeiro que resulta em sobrecarga de trabalho, muito embora as metas cobradas pelo programa sejam ações que fazem parte do cotidiano das equipes e que deveriam ser realizadas (MOTA, 2015).

Mesmo diante dessas críticas, o PMAQ surge como uma possibilidade de avaliação a nível nacional da AB, entendendo-a como estratégia principal dentro do SUS. O programa trouxe mudanças no financiamento da AB e se propôs a estabelecer uma dinâmica de autoanálise do processo de trabalho pela equipe com priorização de problemas e com possibilidades de mudanças no modelo de atenção e gestão.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo-exploratório com cotejamento de dois bancos de dados: do PMAQ e do Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar no SUS.

4.2 Caracterização dos bancos de dados

O banco de dados do PMAQ é composto pela resposta dos profissionais das equipes de Saúde da Família dos municípios brasileiros que participaram do segundo ciclo do programa realizado entre abril de 2013 e agosto de 2014. A subdimensão que contempla perguntas sobre as práticas integrativas e complementares faz parte do Módulo II - Processo de Trabalho das Equipes de Atenção Básica. Este módulo foi respondido pelo enfermeiro, médico ou outro profissional de nível superior que agregue o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe, escolhido anteriormente pela mesma.

Como o PMAQ é composto por quatro fases, foram utilizados resultados provenientes da avaliação externa desenvolvida pelas seguintes instituições: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Universidade Federal do Piauí (UFPI), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal do Sergipe (UFSE). O segundo ciclo avaliou 29.778 equipes de Saúde da Família de 5.041 municípios havendo oferta de PICS em 5.666 equipes distribuídas em 1.230 municípios.

O outro banco utilizado foi o do Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar no SUS que faz parte de uma pesquisa intitulada “Avaliação dos Serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS em todo o Brasil e a efetividade dos serviços de plantas medicinais e Medicina Tradicional Chinesa/práticas corporais para doenças crônicas em estudos de caso no Nordeste”, submetida e aprovada no Edital MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit Nº 07/2013 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Esta pesquisa foi desenvolvida pelo grupo de pesquisas Saberes e Práticas em Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz-PE). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) do CPqAM/Fiocruz-PE e aprovado sob

o número 889.001. O tempo total da coleta foi de 66 semanas, iniciada em 03 de março de 2015, sendo finalizada em 24 de maio de 2016.

De acordo com as metas e os objetivos da pesquisa, o Inquérito Nacional se propôs a realizar um diagnóstico situacional dos serviços de PICS, com evidências de suas potencialidades e limitações para o SUS.

Para o desenvolvimento do Inquérito foi realizada articulação junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) para levantamento dos contatos municipais e divulgação da coleta com envio de cartas e e-mails a todas as secretarias municipais de saúde e prefeituras, solicitando o preenchimento de um questionário online, para investigar informações relativas à oferta de serviços, profissionais, gestão, legislação e financiamento de PICS. Houve apoio e divulgação do Inquérito por parte do Ministério da Saúde.

A ordem de prioridade de contato com os gestores foi: 1º Coordenador PICS, 2º Gerente/Coordenadora de Atenção Básica e 3º Secretário Municipal de Saúde. A pesquisa foi realizada por meio de envio de formulário online por email, também foi realizado contato telefônico solicitando a participação na pesquisa. O município foi considerado perda/não resposta após o 10º contato telefônico, em dias e horários alternados. Dos 5.570 municípios contatados, 1.617 (29%) responderam ao questionário, totalizando a amostra utilizada neste estudo.

4.3 Coleta nos bancos de dados

Para este estudo, foram consideradas as seguintes perguntas que constam no questionário utilizado na avaliação externa do PMAQ (BRASIL, 2012a): “A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?”; “Quais serviços de práticas integrativas e complementares são oferecidos? Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura, Medicina Tradicional Chinesa/ Auriculopuntura, Medicina Tradicional Chinesa/ Práticas Corporais (Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, Tui-Ná), e/ou mentais (Meditação), Plantas medicinais e fitoterapia, Homeopatia, Medicina Antroposófica, Termalismo Social/Crenoterapia, Nenhuma das anteriores”; e “A equipe realiza quais práticas integrativas que não estão contempladas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares? Reiki, Yoga, Ayurveda, Florais, Do-in/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia, Shantala, Talassoterapia, Biodança, Musicoterapia, Dança circular, Naturologia, Terapia

comunitária, Terapia com Argila, Sistema Rio Aberto (Movimento Vital expressivo), Arteterapia, Outro(s)”.
 Dentre as perguntas do Inquérito Nacional foram consideradas as seguintes: “O seu município possui oferta de práticas integrativas e complementares sob gestão municipal no SUS?”; “Informe a prática integrativa ou complementar ofertada nos estabelecimentos públicos de saúde: Acupuntura, Auriculoterapia, Auriculopuntura, Bioenergética, Do in, Farmácia viva, Fitoterapia, Fitoterapia (laboratório), Homeopatia, Homeopatia (laboratório), Lian gong, Massagem ayurvédica, Medicina antroposófica, Medicina ayurvédica, Meditação, Outras, Reiki, Shantala, Shiatsu, Tai chi chuan, Terapia comunitária, Termalismo / Crenoterapia, Toque terapêutico, Tuiná, Yoga”; e “Onde é ofertada? UBS-ESF”.

Devido à variação nos tipos de práticas nos dois bancos de dados, as práticas foram agrupadas com base na nomenclatura da PNPIC que foi a mesma utilizada no PMAQ (Figura 1). Bioenergética, Toque Terapêutico e Tui-ná do Inquérito Nacional foram práticas não contempladas no questionário do PMAQ. Florais, Talassoterapia, Biodança, Musicoterapia, Dança circular, Naturologia, Terapia com Argila, Sistema Rio Aberto (Movimento Vital expressivo), Arteterapia e Nenhuma das Anteriores do PMAQ não foram contempladas no questionário do Inquérito Nacional.

Figura 1 Práticas Integrativas e Complementares agrupadas utilizando como referência as práticas contempladas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PICS no PMAQ	PICS agrupadas do Inquérito Nacional
Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura	Acupuntura
Medicina Tradicional Chinesa/ Auriculopuntura	Auriculoterapia Auriculopuntura
Medicina Tradicional Chinesa/ Práticas Corporais (Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, Tui-Ná) e/ou mentais (Meditação)	Lian gong Tai Chi Chuan Tui-ná Meditação

Plantas Medicinais e Fitoterapia	Farmácia viva Fitoterapia Fitoterapia (laboratório)
Homeopatia	Homeopatia Homeopatia (laboratório)
Medicina Antroposófica,	Medicina Antroposófica
Termalismo Social/Crenoterapia	Termalismo/Crenoterapia
Reiki	Reiki
Yoga	Yoga
Ayurveda	Medicina Ayurvédica Massagem Ayurvédica
Do-in/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia	Do in Shiatsu
Shantala	Shantala
Terapia comunitária	Terapia Comunitária
Outro(s)	Outras

Fonte: Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar no SUS, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

4.4 Análise dos dados

Na análise dos dados foram utilizados o software SPSS e o Excel para realizar uma análise descritiva dos dados do PMAQ e do Inquérito Nacional separadamente, a fim de identificar quais informações poderiam ser obtidas em cada banco. Como a unidade de análise do PMAQ é equipe de saúde da família, os dados foram agregados em município para possibilitar análises e comparações junto ao Inquérito Nacional que possui o município como unidade de análise. Foram extraídas frequências e porcentagens de cada banco com posterior agregação dos dados em estados e regiões.

4.5 Limitações do estudo

Este estudo tem algumas limitações por se tratar de dois bancos de dados que divergem quanto à unidade de análise, à metodologia utilizada, à instituição executora e ao seu propósito. O PMAQ é um programa de caráter avaliativo, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em que a participação dos municípios está atrelada a um repasse financeiro, o que justifica a amostra maior de municípios comparado ao Inquérito, que por sua vez, foi desenvolvido por um centro de pesquisas constituindo um estudo de cunho acadêmico. O Inquérito foi realizado por meio de questionário online com resposta direta do gestor, diferente do PMAQ, que teve intermédio de avaliadores externos na resposta dos questionários. Todavia foi possível realizar a agregação dos dados para análise municipal o que de certo modo, ao ter distintos informantes, valida a presença das PICS nos municípios.

5 RESULTADOS

5.1 OFERTA INSTITUCIONALIZADA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

(artigo submetido ao Caderno de Saúde Pública)

RESUMO

O artigo apresenta análise da oferta institucionalizada das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na Estratégia Saúde da Família (ESF), entendendo por oferta institucionalizada aquela reconhecida por gestores e profissionais. A pesquisa quantitativa descritiva-exploratória foi desenvolvida usando dois bancos de dados: o Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar e o segundo ciclo da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). A oferta de PICS esteve presente na ESF em 26,7% dos municípios participantes do Inquérito Nacional e em 25,5% dos municípios do PMAQ. Houve intersecção de 1.478 municípios com participação nas duas pesquisas, o que permitiu identificar oferta institucionalizada de PICS na ESF em 8,6% desses municípios. Ao avaliar a cobertura da ESF em relação ao porte populacional, foi identificado que 55,8% dos municípios com oferta institucionalizada apresentaram cobertura da ESF de 81% a 100% da população. A pequena institucionalização confirma a hipótese de que são os profissionais os principais responsáveis pela expansão das PICS no SUS, em detrimento de iniciativas da gestão. Este cenário caracteriza uma política frágil e pouco sustentável, sendo necessária apropriação por parte dos gestores do que é desenvolvido nos serviços de APS, para o fortalecimento das PICS e a mobilização de recursos institucionais para sua manutenção e ampliação.

Palavras-chave: Terapias Complementares. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The article presents an analysis of the institutionalized offer of Integrative and Complementary Practices in Health (PICS) in the Family Health Strategy (ESF), meaning that institutionalized offer is recognized by managers and professionals. Descriptive-exploratory quantitative research was developed using two databases: the National Survey of Traditional and Complementary Medicine and the second cycle of the external evaluation of the National

Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ). The PICS offer was present in the ESF of 25% of the municipalities participating in the National Survey and 25.5% of the municipalities of the PMAQ. There were intersections of 1,478 municipalities with participation in both surveys, which allowed to identify institutionalized offer of PICS in the FHS in 8.6% of these municipalities. When evaluating the ESF coverage in relation to population size, it was identified that 55.8% of the municipalities with institutionalized offer had coverage of the FHS from 81% to 100% of the population. The small institutionalization confirms the hypothesis that professionals are the main responsible for the expansion of PICs in the SUS, rather than management initiatives. This scenario is characterized by a fragile and unsustainable policy, which requires ownership by managers of what is developed in PHC services, to strengthen PICS and mobilize institutional resources for its maintenance and expansion.

Keywords: Complementary Therapies. Family Health Strategy. Primary Health Care. Single Health System.

INTRODUÇÃO

A Declaração de Alma Ata completa 40 anos em 2018 e tem gerado debates e reflexões acerca de seu desenvolvimento, sendo um marco importante para a transformação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e no mundo. As recomendações de Alma-Ata também nortearam a discussão para implantação das práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) por valorizar a inserção dos praticantes tradicionais nos Sistemas Nacionais de Saúde.

No Brasil, de acordo com os objetivos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), as PICS devem ser inseridas prioritariamente na APS¹. Isto representa avanços na implementação e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), pois tanto várias PICS, enquanto práticas, quanto a APS, enquanto nível de atenção, possuem relevantes afinidades, como centramento nos sujeitos em seus contextos sociais/familiares, abordagem familiar e comunitária, valorização de saberes/práticas não biomédicos com diversas formas e técnicas de cuidado, entre outras².

A Estratégia Saúde da Família (ESF) consolidou-se como melhor formato de organização de equipes profissionais e de reorientação das práticas assistenciais na APS no Brasil³. É dentro do território, próximo à vida dos usuários vinculados com longitudinalidade, que a equipe de Saúde da Família contribui para melhora da qualidade de vida da população proporcionando o acesso à rede de saúde via APS. Este formato é favorável para o

desenvolvimento e a inserção das PICS, as quais têm sido cada vez mais procuradas devido à insatisfações com a relação médico-paciente e os resultados da medicina ortodoxa, sobretudo seus efeitos adversos. Somam-se a estes fatores a preferência pela forma como seus terapeutas tratam os pacientes (mais atenciosa e individualizada), incluindo abordagem mais holista (levando em conta aspectos psicológicos e sociais) e um melhor modo de compreender a doença, o sofrimento e o infortúnio⁴, características que devem ser compartilhadas pelos profissionais da APS.

Os sistemas de informação em saúde devem permitir vislumbrar o panorama da oferta de PICS na APS, que pode ser identificada, monitorada e avaliada. Com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), obtêm-se informações referentes ao cadastro de estabelecimentos de saúde com oferta de PICS. Há o registro de 5.139 estabelecimentos de saúde com oferta de PICS distribuídos em 17% dos municípios brasileiros. Ao estratificar este quantitativo por nível de atenção, 4% encontram-se na atenção hospitalar, 18% na atenção especializada e 78% na APS⁵. Isso ressalta a afinidade e ampla inserção das PICS na APS, apesar de problemas na qualidade de registro desse banco de dados (preenchimento descentralizado pelos gestores municipais, não ou pouco fiscalizado e frequentemente desatualizado), mas que não comprometem o grosso dessas proporções.

Outra possibilidade de monitoramento da oferta é por meio da análise dos resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que teve o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade das ações desenvolvidas na APS, dentre elas as PICS⁶. Como o PMAQ tem a equipe como unidade de análise com resposta dos profissionais, os dados permitem uma análise mais detalhada que se aproxima da realidade do que é desenvolvido no território.

Além do PMAQ, outra possibilidade de identificação do panorama da oferta de PICS na APS, mas sob a ótica da gestão municipal, refere-se aos resultados do “Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar no SUS”, desenvolvido pelo grupo de pesquisa Saberes e Práticas em Saúde do Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz-PE)⁷. Ao entrevistar gestores municipais de saúde, o Inquérito teve como objetivo realizar um diagnóstico situacional dos serviços municipais de PICS, com informações relativas à oferta, profissionais, gestão, legislação e financiamento.

Considerando que o PMAQ obteve resposta dos profissionais da ESF e o Inquérito Nacional dos gestores municipais, para este estudo caracterizou-se a oferta de PICS praticada pelos profissionais e também reconhecida pelos gestores como oferta institucionalizada. Para isto é necessário que o mesmo município apresente oferta de PICS no PMAQ e no Inquérito.

Caso esta convergência não ocorra, a hipótese deste estudo é que as PICS são desenvolvidas pelos profissionais sem reconhecimento da gestão, o que se baseia em pesquisas que mostraram o pioneirismo dos profissionais na expansão das PICS^{8,9,10}.

Este artigo tem por objetivo apresentar e discutir a oferta institucionalizada das PICS na ESF no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo-exploratório em que foram utilizados dois bancos de dados: o PMAQ¹¹ e o Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar no SUS. O banco de dados do PMAQ é composto pelos municípios que participaram do segundo ciclo do programa realizado entre abril/2013 e agosto/2014. A subdimensão que contempla perguntas sobre as PICS faz parte do Módulo II - Processo de trabalho das equipes de atenção básica. O segundo ciclo avaliou 5.041 municípios, estando a oferta de PICS presente em 25% (1.230) destes.

O Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar no SUS fez parte de uma pesquisa maior intitulada “Avaliação dos Serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS em todo o Brasil e a efetividade dos serviços de Plantas Medicinais e Medicina Tradicional Chinesa/práticas corporais para doenças crônicas em estudos de caso no Nordeste”, aprovada no Edital MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit Nº 07/2013 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. O Inquérito teve início em 03 de março de 2015 e término em 24 de maio de 2016, totalizando 66 semanas de coleta, com submissão ao Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) do IAM/Fiocruz-PE e aprovado sob o número 889.001.

Para o desenvolvimento do Inquérito houve articulação junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) com levantamento dos contatos municipais e divulgação da coleta, e envio de e-mails a todas as secretarias municipais de saúde solicitando o preenchimento do questionário online. O Inquérito contou com o apoio e divulgação do Ministério da Saúde. Dos 5.570 municípios contatados, 29% (1.617) dos gestores municipais responderam ao questionário, sendo este quantitativo utilizado no presente estudo.

Os softwares R e Excel foram os recursos computacionais utilizados, a fim de realizar uma análise descritiva dos dois bancos separadamente, com objetivo de identificar quais informações poderiam ser obtidas em cada banco. Nas bases de dados originalmente

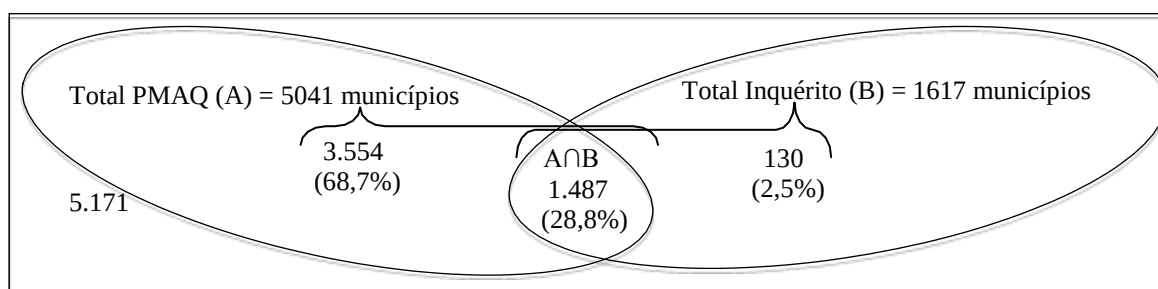
concebidas, a granularidade, ou unidade representante de cada caso nas mesmas era diferente, o PMAQ apresentava informações por Equipe de Saúde da Família, já o Inquérito, por município. Foram agregados os dados do PMAQ por município para viabilizar comparações entre as duas pesquisas, sendo esta a unidade de análise do estudo.

Foram extraídas frequências e porcentagens de cada banco em relação a oferta e a distribuição das PICS, com posterior agregação dos dados em estados e regiões. Embora o Inquérito tenha coberto algo em torno de 29% dos municípios e o presente trabalho não esteja focado em inferências, este tamanho amostral é suficiente para garantir inferências com intervalos de 95% de confiança e uma margem de erro dois pontos percentuais.

A nomenclatura quanto aos tipos de PICS foi abordada de forma distinta nas duas pesquisas. Para este estudo, os tipos de práticas foram agrupados e padronizados de acordo com a nomenclatura do PMAQ. Algumas PICS constavam no PMAQ, mas não estavam presentes no Inquérito, como: Arteterapia, Biodança, Dança Circular, Florais, Musicoterapia, Naturologia, Nenhuma das anteriores, Sistema Rio Aberto (Movimento Vital Expressivo), Talassoterapia e Terapia com Argila. “Nenhuma das anteriores” refere-se ao campo no questionário encontrado imediatamente após a lista das cinco práticas que constavam na PNPIC em sua versão inicial de 2006, sem as recentes inclusões. Bioenergética e Toque Terapêutico foram as práticas do Inquérito sem correspondência no PMAQ. Dessa forma, ao correlacionar os dois bancos para identificar a oferta institucionalizada, não foi possível obter resultados dessas práticas pela não correspondência em ambos os bancos, mas os resultados referentes a cada prática contido em cada banco estão descritos neste estudo.

Para identificar a oferta institucionalizada, todos os municípios participantes em ambas as pesquisas foram confrontados por meio do código do município padronizado pelo IBGE, sendo identificados 1.487 municípios com participação nas duas pesquisas (Figura 1). Posteriormente este quantitativo foi analisado a fim de reconhecer a oferta institucionalizada de PICS na ESF.

Figura 1 -Quantitativo de municípios participantes do PMAQ e Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar no SUS. Brasil, 2017.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do PMAQ e Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar no SUS.

Com o objetivo de analisar a oferta institucionalizada de PICS na ESF usando como parâmetro a cobertura da ESF, os municípios com oferta institucionalizada foram caracterizados de acordo com porte populacional e cobertura da ESF. Como os dados do PMAQ são referentes à avaliação externa ocorrida de abril/2013 a agosto/2014, este intervalo de tempo foi utilizado como referência para a busca dos dados populacionais e da proporção de cobertura estimada da população residente pelas equipes da Saúde da Família no mês de dezembro/2013.

As limitações deste estudo estão na divergência da unidade de análise dos bancos de dados, na metodologia utilizada e propósito/objetivo de cada pesquisa. O PMAQ é um programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde de caráter avaliativo, em que a participação dos municípios está atrelada a um repasse financeiro, o que justifica a amostra maior de municípios comparado ao Inquérito. Este, por sua vez, foi desenvolvido por um centro de pesquisas, constituindo um estudo descritivo de cunho acadêmico.

RESULTADOS

A pesquisa envolveu 5.171 municípios, sendo 1.617 municípios do Inquérito e 5.041 municípios do PMAQ. Deste quantitativo total, 3.554 municípios participaram apenas do PMAQ, 130 apenas do Inquérito e houve identificação de 1487 municípios comuns aos dois bancos.

Dos 1.617 gestores municipais participantes do Inquérito, 26,7% (432) afirmaram possuir oferta de PICS sob gestão municipal. Deste quantitativo, 365 gestores responderam o questionário de forma completa, informando os dados imprescindíveis para este estudo sobre a oferta de PICS. Os demais gestores (67) não responderam as informações necessárias para analisar a oferta de PICS.

Então, dos 365 municípios com oferta de PICS, percentual, em 70,8% (259) deles a oferta estava presente na ESF. De acordo com os profissionais que participaram da avaliação do ciclo 2 do PMAQ, 25,5% (1.230) dos municípios tem oferta de PICS.

Para analisar a resposta afirmativa para a oferta institucionalizada de PICS na ESF considerou-se os 1.487 municípios que estavam na intercessão das pesquisas: a oferta de PICS foi encontrada nos três níveis de atenção de 347 (23,5%) Secretarias Municipais de Saúde. Ao fazer o recorte da oferta presente na ESF, 128 (8,6%) municípios de 18 estados foram caracterizados com oferta institucionalizada de PICS na ESF no Brasil.

Na Tabela 1 constam informações sobre distribuição e percentual dos municípios com oferta de PICS na ESF identificados no Inquérito e no PMAQ, distribuídos por estado e região. A oferta institucionalizada também é apresentada nesta tabela.

Tabela 1 - Distribuição e percentual dos municípios com oferta de Práticas Integrativas e Complementares na Estratégia Saúde da Família por estado, segundo dados do Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar no SUS e PMAQ. Brasil, 2017.

Estados	Inquérito Nacional		PMAQ		Oferta institucionalizada	
	n	%	N	%	N	%
Acre	-	-	4	0,3	-	-
Amapá	-	-	10	0,8	-	-
Amazonas	3	1,2	5	0,4	1	0,8
Pará	2	0,8	33	2,7	1	0,8
Rondônia	1	0,4	8	0,7	-	-
Roraima	-	-	3	0,2	-	-
Tocantins	4	1,5	15	1,2	-	-
Norte	10	3,9	78	6,3	2	1,6
Alagoas	2	0,8	16	1,3	-	-
Bahia	15	5,8	130	10,6	5	3,9
Ceará	7	2,7	54	4,4	5	3,9
Maranhão	9	3,5	16	1,3	2	1,5
Paraíba	8	3,1	37	3	2	1,5
Pernambuco	9	3,5	34	2,8	5	3,9
Piauí	4	1,5	56	4,6	3	2,3
Rio Grande do Norte	9	3,5	66	5,4	7	5,5
Sergipe	3	1,2	14	1,1	1	0,8
Nordeste	66	25,5	423	34,4	30	23,3
Distrito Federal	1	0,4	1	0,1	1	0,8
Goiás	3	1,2	54	4,4	-	-
Mato Grosso	4	1,5	14	1,1	-	-
Mato Grosso do Sul	3	1,2	13	1,1	-	-
Centro-Oeste	11	4,3	82	6,7	1	0,8
Espírito Santo	2	0,8	6	0,5	1	0,8
Minas Gerais	80	30,9	155	12,6	34	26,6
Rio de Janeiro	3	1,2	32	2,6	2	1,5
São Paulo	35	13,5	170	13,8	23	18
Sudeste	120	46,3	363	29,5	60	46,9
Paraná	11	4,3	68	5,5	7	5,5
Rio Grande do Sul	14	5,4	85	6,9	8	6,3
Santa Catarina	27	10,4	131	10,7	20	15,6
Sul	52	20,1	284	23,1	35	27,4
Brasil	259	100	1230	100	128	100

Fonte: Elaboração própria com base em dados do PMAQ e Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar no SUS.

Algumas convergências e divergências são observadas ao analisar a oferta por estado e região. As regiões Nordeste e Sudeste figuraram como as regiões com maior oferta de PICS, havendo variações em relação a essa oferta a depender do informante. Quando o profissional foi o responsável pela informação, a região Nordeste concentrou a maior quantidade de municípios com oferta de PICS. Quando o informante foi o gestor e na convergência de informações entre os dois atores (oferta institucionalizada), a região Sudeste obteve a maior oferta. Em ambas as pesquisas os municípios do Norte e do Centro-Oeste apresentaram a menor oferta.

A Tabela 2 mostra a frequência e o percentual da quantidade de práticas ofertadas. Os valores totais não coincidem com a quantidade de municípios, pois um mesmo município pode ofertar mais de um tipo de PICS.

Quanto ao tipo de prática integrativa ofertada, também houve divergência nos achados a depender do banco analisado. De acordo com os gestores, a prática mais ofertada foi o uso de Plantas Medicinais e Fitoterapia (17,5%), seguido da Acupuntura (15,5%). Mesmo dispondo de 26 opções de PICS contidas no questionário do PMAQ, a categoria “Outros” foi a prática mais ofertada de acordo com os profissionais, seguido de Plantas Medicinais e Fitoterapia (12,1%). A Acupuntura foi a prática institucionalizada mais ofertada com 21%, seguido de Plantas Medicinais e Fitoterapia (20%).

Tabela 2 - Frequência e percentual da oferta de Práticas Integrativas e Complementares na Estratégia Saúde da Família, segundo dados do PMAQ e Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar no SUS. Brasil, 2017.

PICS	Inquérito		PMAQ		Oferta institucionalizada	
	N	%	n	%	n	%
Arteterapia	*	*	204	4	-	-
Ayurveda	1	0,2	14	0,3	1	0,5
Biodança	*	*	143	2,8	-	-
Bioenergética	1	0,2	**	**	-	-
Dança circular	*	*	174	3,4	-	-
Do-in/ Shiatsu/ Massoterapia/ Reflexologia	8	1,8	118	2,3	3	1,4
Florais	*	*	132	2,6	-	-
Homeopatia	23	5	295	5,8	21	10
Medicina Antroposófica	3	0,7	28	0,6	4	1,9
MTC/Acupuntura	71	15,5	372	7,3	44	21
MTC/Auriculopuntura	59	12,9	196	3,9	8	3,8
MTC/Práticas Corporais***	75	16,4	223	4,4	34	16,2

Musicoterapia	*	*	241	4,7	-	-
Naturopatia	*	*	62	1,2	-	-
Nenhuma das anteriores	*	*	495	9,8	-	-
Outro(s)	26	5,7	745	14,7	9	4,3
Plantas medicinais e fitoterapia	80	17,5	616	12,1	42	20
Reiki	17	3,7	79	1,6	5	2,4
Shantala	21	4,6	209	4	11	5,2
Sistema Rio Aberto (movimento vital expressivo)	*	*	32	0,6	-	-
Talassoterapia	*	*	13	0,3	-	-
Terapia com argila	*	*	51	1	-	-
Terapia comunitária	48	10,5	472	9,3	16	7,6
Termalismo Social/Crenoterapia	1	0,2	34	0,7	2	1
Toque terapêutico	5	1,1	**	**	-	-
Yoga	18	3,9	126	2,5	10	4,7
Total	457	100	5074	100	210	100

Legenda: MTC = Medicina Tradicional Chinesa.

*Práticas do PMAQ sem correspondência no Inquérito.

**Práticas do Inquérito sem correspondência no PMAQ.

***Medicina Tradicional Chinesa/ Práticas Corporais (Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, Tui-Ná) e/ou mentais (Meditação).

Fonte: Elaboração própria com base em dados do PMAQ e Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar no SUS.

A fim de caracterizar os municípios com oferta institucionalizada e compreender sua relação com a ESF, os municípios foram estratificados em cinco categorias de acordo com a cobertura. A maioria dos municípios (55,5%) com oferta institucionalizada apresentou as maiores coberturas de ESF. Ao estratificar esta oferta considerando o porte populacional foi possível compreender a dimensão desses municípios, possibilitando um melhor dimensionamento da cobertura de ESF. Dos 71 municípios com maior cobertura de ESF (de 81% a 100%), 48 deles tem população com até 20 mil habitantes (Tabela 3).

Tabela 3 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família estratificada por porte populacional dos municípios com oferta institucionalizada de Práticas Integrativas e Complementares na Estratégia Saúde da Família. Brasil, 2017.

Cobertura da Estratégia Saúde da Família	Porte Populacional	Quantidade de municípios	
		n	%
Até 20%	Grande porte	6	
	Metrópole	1	
	Total	7	5,5
De 21% a 40%	Pequeno porte II	1	
	Médio porte	3	

	Grande porte	7	
	Metrópole	5	
	Total	16	12,5
De 41% a 60%	Pequeno porte I	1	
	Pequeno porte II	1	
	Médio porte	2	
	Grande porte	10	
	Metrópole	1	
	Total	15	11,7
De 61% a 80%	Pequeno porte I	3	
	Pequeno porte II	1	
	Médio porte	2	
	Grande porte	12	
	Metrópole	1	
	Total	19	14,8
De 81% a 100%	Pequeno porte I	48	
	Pequeno porte II	16	
	Médio porte	5	
	Grande porte	2	
	Total	71	55,5
Total		128	

Legenda: Pequeno porte I = até 20.000 hab.

Pequeno porte II = 20.001 a 50.000 hab.

Médio porte = de 50.001 a 100.000 hab.

Grande porte = de 100.001 a 900.000 hab.

Metrópole = mais de 900.000 hab²¹.

Fonte: Elaboração própria com base em dados do PMAQ, Inquérito Nacional da Medicina Tradicional e Complementar no SUS e Cobertura da Estratégia Saúde da Família²².

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo corroboram com outras pesquisas de igual abrangência e capilaridade confirmando a inserção das PICS na APS. No âmbito do “Diagnóstico Situacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS”, desenvolvido em 2004 pelo Ministério da Saúde, como parte do processo de elaboração da PNPIC e com o objetivo de identificar a oferta de PICS no Brasil à época, os gestores municipais foram indagados sobre os tipos de PICS ofertadas, a existência de legislação específica, a disponibilidade de profissionais e insumos, dentre outros questionamentos. Dos 1.342 municípios que integraram o diagnóstico, 17,3% (232) dos gestores municipais entrevistados afirmaram ofertar PICS, com destaque para a

região Sudeste com a maior quantidade de municípios com oferta¹, corroborando com os resultados deste estudo de acordo com os achados do Inquérito e da oferta institucionalizada.

O Diagnóstico teve oferta semelhante quanto ao local de inserção e à distribuição pelas regiões brasileiras, constatando que a hegemonia do Sudeste se manteve. Essa discrepância regional tende a ser reflexo de um contexto socioeconômico onde há uma maior concentração de renda, serviços e investimentos nesta região com desdobramentos no campo da saúde no Sudeste. Para exemplificar, tomemos como referência o número de consultas médicas (SUS) por habitante e o gasto com ações e serviços públicos de saúde per capita.

De acordo com o DATASUS/RIPSA¹², a região Sudeste apresentou o maior número com 3,06 consultas médicas por habitante, superando a média nacional de 2,77 consultas por habitante. A Região Norte teve o menor número (2,27), seguida do Nordeste (2,44) e Centro-Oeste (2,72). Quanto ao gasto com ações e serviços públicos de saúde per capita, o maior gasto foi da região Sudeste (R\$905,16) e o menor da região Norte (R\$766,50).

Não podemos afirmar uma relação de causalidade entre a oferta de PICS e o gasto com ações e serviços públicos de saúde per capita, mas, pelos resultados encontrados, parece que em regiões com maiores investimentos na saúde são fomentadas outras opções de cuidado. Como as PICS não possuem indicadores próprios que deem conta de responder e se adequar às necessidades e especificidades das práticas de dimensão vitalista, continuamos dialogando com os indicadores disponíveis, mas expressamos aqui a necessidade desta temática ser abordada em estudos futuros.

A baixa concentração de PICS no Norte também foi observada em informe disponibilizado pelo Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares, Coordenação-Geral de Áreas Técnicas/Departamento de Atenção Básica, do MS. A região apresentou os menores valores quanto ao número de estabelecimentos com serviços de PICS comparados às demais regiões¹³. Por toda a riqueza natural, social e cultural do Norte é provável que ali as PICS sejam desenvolvidas à margem do sistema público de saúde, pelos raizeiros, curandeiros, benzedeiros e xamãs, longe da formalidade do SUS e das unidades de saúde.

Por outro lado, considerando esses mesmos fatores e por causa deles, seria de se esperar que houvesse maior reconhecimento, parceria e mais uso nos serviços de APS de recursos locais como plantas medicinais e práticas populares e indígenas nas regiões Norte Centro-Oeste. Uma hipótese a ser estudada para essa pequena presença das PICS na APS dessas regiões seria que ela decorre da maior violência ali da mentalidade colonial (ou neocolonial). Nessa hipótese, isso ocorreria porque elas seriam regiões de fronteira mais explícita entre o mundo 'modernizado urbano branco biomédico' e o mundo nativo rural. Santos¹⁴ sintetizou a relação

da sociedade e da ciência moderna (e os serviços de saúde da APS de certa forma representam-na) para com os saberes e práticas nativos ou pré-modernos como de apropriação e violência. Assim, nessa fronteira talvez atue de forma mais crua, intensa e expressa tal violência, criando mais invisibilidade para as PICS. Além disso, como acima mencionado, nesses ambientes os usuários possivelmente tem mais contato com e usam essas práticas fora dos serviços de APS, devido, inclusive, a dificuldade de acesso - geográfico e funcional - aos mesmos, demandando mais biomedicina, proporcionalmente, nos serviços. Por essas razões, haveria maior dificuldade de valorização e exploração dos recursos e saberes locais (tradicionais, populares e complementares) na APS dessas regiões: toda a mentalidade institucional e profissional estaria ali mais rigidamente dirigida para e pela biomedicina.

O Diagnóstico Situacional mencionado e os achados do presente estudo convergiram ao identificarem a APS como o local de maior inserção das PICS. De acordo com o Diagnóstico, 74,35% da oferta localizava-se na APS¹. Outra pesquisa desenvolvida pelo MS em 2008, semelhante à realizada em 2004, identificou a presença de PICS na APS em 72% dos municípios⁸.

Inserir as PICS na APS é reconhecer o pluralismo terapêutico necessário no manejo complexo do cotidiano das unidades de saúde, que requer abordagem familiar e comunitária, desenvolvendo a longitudinalidade do cuidado e a integralidade da atenção, premissas convergentes da APS e das PICS². Sousa e Tesser¹⁵ propõem a APS como lócus de inserção privilegiada das PICS. Para os autores é na Estratégia Saúde da Família que as PICS tem maior potencial de expansão, por apresentarem recursos baseados em experiências de cuidado úteis e resolutivos, sendo adequados tecnologicamente à proposta e ao ambiente da APS.

Em estudo desenvolvido com profissionais de equipes de saúde da família e usuários sobre a opinião quanto à inserção de PICS nas Unidades de Saúde da Família (USF), tanto profissionais quanto usuários narraram como positiva a inserção de outras opções para o cuidado em saúde, com relatos de uma possibilidade de olhar ampliado na concepção de corpo e saúde, acarretando em diminuições no uso de medicamentos¹⁶.

Os resultados provenientes do PMAQ também evidenciaram esta inserção das PICS nas USF. A quantidade de municípios com oferta de PICS confirmou a expansão e pulverização do que vem sendo desenvolvido nas USF. Este cenário revela a tentativa dos profissionais da ESF em modificar o modelo de cuidado, em que o foco é a autonomia do indivíduo e da comunidade no processo saúde-doença, com entendimento das desarmonias que os acometem e estímulos ao autocuidado.

Essas informações corroboram com os achados deste estudo em que metade dos municípios com oferta institucionalizada tem de 81% a 100% de cobertura da ESF, sendo esses municípios em sua maioria com até 20 mil habitantes. Este cenário nos leva a supor que quanto maior a cobertura da ESF, maiores são os investimentos neste nível de atenção, mais qualificadas e diversificadas são as opções de cuidado, e consequentemente, maior a probabilidade de inserção das PICS. No entanto, é necessário investigar município a município para afirmar ou refutar as suposições supracitadas.

Embora saibamos que em municípios de pequeno porte populacional poucas equipes são suficientes para atingir 100% de cobertura, é importante ressaltar que nesses municípios as PICS são desenvolvidas de maneira institucionalizada, em consonância entre profissionais e gestores.

Ao analisar o tipo de PIC ofertada, a alta oferta de plantas medicinais e fitoterapia pode ser considerada como reflexo de um contexto histórico-social em que o uso de plantas para fins terapêuticos acompanha o desenvolvimento e a evolução do ser humano. Estima-se que 82% da população brasileira utiliza, nos cuidados em saúde, produtos à base de plantas medicinais, por meio do uso popular, transmitido oralmente entre gerações, pelo conhecimento tradicional de indígenas, quilombolas e demais comunidades tradicionais ou por meio das diversas possibilidades dentro do SUS¹⁷. Ações e serviços de fitoterapia eram desenvolvidos de maneira autônoma por estados e municípios décadas antes da publicação da PNPIC.

Por ser uma prática de abordagem intersectorial que envolve meio ambiente, agricultura, indústria farmacêutica, ANVISA, entre outros, diversas Portarias, Decretos e Leis foram publicados, antes mesmo da publicação da PNPIC, com intuito de fortalecer e expandir a fitoterapia no SUS, além de ser uma alternativa para diminuição de recursos financeiros dispendidos na compra de medicamentos alopáticos. Experiências exitosas com plantas medicinais e fitoterapia são realizadas e difundidas por todo território nacional com aceitação dos usuários e profissionais^{18,19}.

O quantitativo de municípios com oferta de acupuntura pode estar atrelado ao reconhecimento e inserção da mesma dentro no SUS por meio de diversas Resoluções e Portarias publicadas bem antes da PNPIC. Em 1988, por meio da Resolução nº 05/88 da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN, ficaram estabelecidas normas e diretrizes para a implantação dos atendimentos em acupuntura, homeopatia e outras práticas integrativas no SUS. Em 1999, consultas médicas em acupuntura e homeopatia foram incluídas na tabela de procedimentos do SIA/SUS¹, porém o cadastramento de serviços de acupuntura teve início a partir de 2006, assim como os demais serviços com oferta de PICS,

pois antes disso não havia registro no CNES. Segundo Sousa et al¹⁰, entre 2007 e 2011, o número de serviços cadastrados em acupuntura aumentou de 93 para 484.

A categoria “outros” figurou como a prática mais ofertada em todas as regiões que participaram do PMAQ, o que demonstra o sincretismo e a heterogeneidade do entendimento do que seria uma PICS. Gestores de unidades de saúde de Campinas (SP), ao serem questionados sobre quais PICS eram ofertadas, citaram como exemplo: artesanato, grupos terapêuticos e de prevenção (diabetes, hipertensos, obesos, idosos)¹⁰. De acordo com Sousa et al¹⁰, “atividades como grupos de caminhadas ou de ginástica para idosos ou obesos estão relacionadas a fatores de risco de natureza biomédica e não deveriam ser consideradas práticas integrativas e complementares”.

Como a própria PNPIC define PICS como outros sistemas médicos complexos ou recursos terapêuticos não fundamentados pela racionalidade da biomedicina, essa etiqueta acaba por incorporar uma multiplicidade de práticas. Várias delas, embora nem todas, de certa forma estimulam mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, e buscam integrar o usuário com o meio ambiente e a sociedade. No entanto, foge ao escopo deste estudo classificar ou realizar julgamento sobre quais práticas devem ser consideradas como PICS no âmbito da política de saúde. Recomenda-se estudos futuros para tratar desta temática.

De um modo geral, as práticas corporais também apresentaram oferta significativa nos municípios. Tal cenário é observado em outros estudos. De acordo com dados do CNES, de 2011, 2.064 serviços públicos de saúde estavam cadastrados com oferta de práticas corporais, o equivalente a 66% de todos os serviços com cadastro de alguma PICS¹⁰. Em estudo realizado em Campinas, Florianópolis, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo, os dados dos sistemas de informações demonstraram que em todos os municípios a maior oferta de PICS era referente às práticas corporais¹⁵.

Porém, é importante ressaltar que o registro das práticas corporais nos sistemas de informações pode estar superdimensionado, devido à falta de especificidade do que é considerada uma prática corporal. De acordo com a Tabela de serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), as práticas corporais e atividades físicas estão na mesma classificação²⁰. Isto permite o registro de práticas corporais e atividades físicas desenvolvidas pelo NASF e o Programa Academia da Saúde que, na maioria das vezes, são realizadas sob a ótica da biomedicina de prevenção de agravos, com foco em minimizar fatores de risco e ou reabilitar, diferente da proposta das práticas corporais da maior parte das PICS.

Os resultados deste estudo retratam que, mesmo após 12 anos de publicação da PNPIC, esta política ainda não está institucionalizada na maioria dos municípios. Ao identificarmos a oferta de PICS reconhecida por gestores e profissionais em apenas 8,6% dos municípios, confirma-se a hipótese de que são os profissionais os principais atores responsáveis pela expansão das PICS no Brasil, ao invés de iniciativas da gestão. São os profissionais que autofinanciam sua formação e as desenvolvem nas unidades de saúde, sem apoio financeiro e conhecimento dos gestores. A diferença em porcentagem do número de municípios com oferta de PICS, de acordo com os dados do PMAQ, e o baixo reconhecimento dos gestores desta oferta confirmam a baixa institucionalização, mas também o protagonismo dos profissionais, mesmo diante de entraves existentes para a consolidação da PNPIC como: falta de financiamento específico, formação profissional insuficiente, escassez de insumos, entre outros.

Entre as principais consequências para esta não institucionalização estão a fragilidade e a instabilidade da oferta. Quando a prática é implantada, financiada e desenvolvida pelos profissionais, sem apoio da gestão, no momento em que este profissional deixa o serviço ou por algum motivo interrompe a oferta, a prática deixa de ser ofertada, caracterizando uma política de “pessoas” e não de Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das diversas publicações do MS ressaltando o crescimento e a expansão das PICS, esta ampliação não significa uma institucionalização e sustentabilidade da política. Mesmo com a atenção básica enfatizada na PNPIC como local de inserção prioritário das PICS no SUS e com a recente ampliação do escopo de práticas reconhecidas pelo MS, ressaltamos que recomendações em Portarias não são suficientes para o desenvolvimento e fortalecimento da Política no território.

Isso nos leva a questionar: por quê, mesmo sem apoio da gestão, os profissionais continuam implantando e desenvolvendo as PICS nas equipes de Saúde da Família? Talvez as limitações da biomedicina, a crença em outros paradigmas ou saberes em saúde-doença e os resultados com eles obtidos (na prática) sejam os fatores motivadores deste pioneirismo. Porém, se a oferta permanecer sem apoio da gestão, a PNPIC permanecerá difundida apenas pontualmente nas equipes da ESF em que há sensibilidade do profissional para as PICS e alguma competência nelas, mas sem sustentabilidade e com acesso restrito apenas aos usuários daquela unidade, condição que vai em direção contrária às diretrizes do SUS de universalidade do acesso e integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS

1. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Tesser CD, Sousa IMC. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. *Saúde Soc.* 2012;21(2):336-50
3. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na atenção primária à saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde Debate.* 2018 set;42(1):361-78.
4. Gale N. The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine *Sociology Compass.* 2014;8(6):805-22.
5. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares. Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares crescem na rede SUS de todo o Brasil. http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2205. (acesso em 19/jun/2016).
6. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
7. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde Debate.* 2018 set;42(1):174-88.
8. De Simoni CL, Benevides I, Barros NF. As Práticas Integrativas e Complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. *Rev Bras Saude Fam.* 2008;IX(Spec):72-6.
9. Nagai SC, Queiroz MS. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011,16(3):1793-800.
10. Sousa IMC, et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad. Saúde Pública.* 2012 nov;28(11):2143-54.
11. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - 2 Ciclo. http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo (acesso em 8/maio/2018).
12. DATASUS/Rede Integrada de Informações para a Saúde. Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil (IDB) – Brasil – 2013. <http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/ldb2013/matriz.htm> (acessado em 04/mai2017).

13. Coordenação-Geral de Áreas Técnicas, Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares. Ministério da Saúde. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_PICS.pdf. (acesso em 07/maio/2017).
14. Santos BS. Para além do pensamento abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes. *RCCS*. 2007;78:3-46.
15. Sousa IMC, Tesser CD. 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
16. Cruz PLB, Sampaio SF. O uso de práticas complementares por uma equipe de saúde da família e sua população. *Rev APS*. 2012 out/dez;15(4):486-95.
17. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares: Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
18. Lima DF. et al. Conhecimento e uso de plantas medicinais por usuários de duas unidades básicas de saúde. *Rev Rene*. 2014 maio/jun;15(3):383-90.
19. Machado DC, Czermainski SBC, Lopes EC. Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. *Saúde Debate*. 2012 out./dez;36(95):615-23.
20. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Inclui na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 – Práticas Integrativas e Complementares. Portaria nº 853, de 17 de novembro de 2006.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Censo Demográfico 2010. <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=10&uf=00> (acessado em 10/Mai2017).
22. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Histórico Cobertura Saúde da Família. http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php (acessado em 01/set/18).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelam uma oferta de PICS distinta quando comparamos os dados do PMAQ com o Inquérito Nacional. O alto número de municípios com oferta, segundo o PMAQ, pode ser reflexo de uma oferta praticada pelos profissionais, sem apoio da gestão. Esta hipótese se confirma ao analisar o baixo quantitativo de municípios com oferta institucionalizada. É importante ressaltar que mesmo sem apoio da gestão, há uma expansão na oferta nos quatro cantos do país, mesmo diante de entraves existentes para a consolidação da PNPIC como: formação profissional insuficiente, falta de indicadores de avaliação e monitoramento que abarquem as especificidades de cada prática, isolamento das PICS na rede sem articulação com os demais níveis de atenção, escassez de insumos, desconhecimento/desinformação de profissionais e usuários sobre as PICS e a PNPIC, além da falta de financiamento específico.

Porém, não podemos deixar de considerar que, por trás do argumento da falta de financiamento, há uma resistência político-ideológica para inserção das PICS no SUS. A PNPIC tem apenas onze anos de existência, neste tempo não foi possível consolidar e fortalecer iniciativas existentes, nem promover uma franca expansão nos municípios sem oferta.

O panorama heterogêneo com baixa institucionalização da oferta de PICS encontrado neste estudo pode estar atrelado às divergências paradigmáticas em que o modelo de atenção à saúde vigente e as PICS estão ancorados. O caminho a percorrer é longo ao se pensar em uma mudança paradigmática em que os diversos cuidados em saúde dialoguem entre si, convivam no mesmo espaço reconhecendo suas potencialidades com respeito pelos modos distintos de pensar a saúde, sem haver competição, descrença e menosprezo de uma frente à outra, e sim complementariedade.

Estamos falando de paradigmas distintos em que a saúde é um dos pontos de uma grande teia. E pensando nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença é preciso ampliar o olhar. Isto envolve reflexões sobre o modo de organização da sociedade, de que forma nos relacionamos, lidamos e expressamos nossos sentimentos, do que nos alimentamos, qual nossa percepção da vida (e da morte), como percebemos o nosso corpo-mente-espírito, qual nossa visão da doença, etc. Mas isto não significa que a efetiva inserção das PICS no SUS só acontecerá se passarmos por uma grande mudança paradigmática.

Grandes revoluções acontecem nos microespaços e a quantidade de municípios com PICS ofertadas pelos profissionais reforça este panorama, seja por meio de uma escuta acolhedora com reconhecimento de experiências e saberes distintos, seja na valorização dos

espaços de troca, na busca de práticas e hábitos naturais, no estímulo ao autocuidado, entre outros. Possibilitar que o usuário escolha qual o melhor tratamento para si é democrático e está em consonância com o recomendado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS).

Mesmo reconhecendo o pioneirismo dos profissionais na expansão das PICS, é de fundamental importância que os municípios se apropriem e tomem conhecimento do que é desenvolvido nas unidades de saúde, fortalecendo e apoiando as práticas integrativas e complementares ofertadas. A sustentabilidade das PICS está pautada na institucionalização, caso contrário o cenário será de uma oferta fragilizada de práticas disseminadas no território nacional, que é o cenário atual.

De fato é na atenção básica/ESF que as PICS estão se desenvolvendo, local de inserção enfatizado pela própria PNPIC. Consideramos a importância da publicação da PNPIC enquanto normativa federal, porém recomendações em portarias não são suficientes para o desenvolvimento da política e inserção efetiva no SUS.

Apesar das diversas publicações do Ministério da Saúde ressaltando o crescimento e expansão das PICS, esta ampliação não significa uma institucionalização e uma sustentabilidade política, fato confirmado pela maioria dos estudos que demonstram o pioneirismo dos profissionais. O Diagnóstico Situacional desenvolvido pelo MS em 2004 reforça que são os profissionais da ESF que implantam e desenvolvem as PICS, fato confirmado pelos resultados deste estudo, desenvolvido 13 anos depois. Isso nos leva a questionar: por que mesmo sem apoio da gestão os profissionais continuam implantando e desenvolvendo alguma prática integrativa e complementar no cotidiano das unidades de saúde?

Talvez as limitações da biomedicina e a crença em outros paradigmas de saúde sejam os fatores motivadores deste pioneirismo, porém se a oferta de práticas integrativas e complementares continuarem sem apoio da gestão, a política permanecerá difundida pontualmente naquelas USF em que há sensibilidade do profissional em desenvolver alguma prática, mas sem sustentabilidade e com acesso restrito apenas aos indivíduos daquela USF, condição que vai de encontro às diretrizes do SUS de universalidade do acesso e integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: uma realidade no SUS. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, v. 9, n. especial, maio, 2008.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Diário Oficial, Brasília, DF, 28 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **E-SUS Atenção Básica: manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares. **Práticas Integrativas e Complementares crescem na rede SUS de todo o Brasil**. 15/06/2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2205 Acesso em: 19 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica**. Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Portaria nº 879, de 27 de março de 2017b.

CONTATORE, O. A. et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 10, p.3263-3273, 2015.

DATASUS/RIPSA. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil (IDB) – Brasil - 2013**. Disponível em: <http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/idb2013/matriz.htm> Acesso em: 04 maio 2017.

DE SIMONI, C.L; BENEVIDES I, BARROS NF. As práticas Integrativas e Complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. **Rev Bras Saude Fam**. v. 9 (Spec), p. 72-76, 2008.

GALHARDI, W. M. P et al. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 213-220, 2013.

GOMES, W. S. **Programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica**: reflexões sobre o papel da avaliação na efetivação da integralidade em saúde. 2013. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco. Recife.

GOMES, W. S.; BEZERRA, A. F. B. Programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica (PMAQ): reflexões à luz da teoria anti-utilitarista. In: MARTINS, P. H. et al. **Produtivismo da Saúde**: desafios do SUS na invenção da gestão democrática. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2014.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. In: LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

LUZ, M. T; BARROS, N. F. **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2012.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte** – Reescrevendo o Público; Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009.

MOTA, R. R. A. **A avaliação da atenção básica e o trabalho dos agentes comunitários de saúde** : implantação do PMAQ-AB na região do Médio Paraíba Fluminense. 2015. Tese (Doutorado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

NASCIMENTO, M. C. et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p.1732-1742, ago. 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de La OMS sobre Medicina Tradicional (2014-2023)**. Ginebra, 2013.

PELIZZOLI, M. L. A visão histórica e sistema: bases para o paradigma integrativo em saúde. In: BARRETO, A. F. **Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação**. Recife: Editora UFPE. 345p. 2014.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 358-372, out. 2014.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS: Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl., ago. 2012.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3011-3024, 2012.

SOUZA, E. F. A. A.; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 393-405, abr./jun. 2009.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, Sup 1:S100-S110, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n. 2, p. 336-350, 2012.

THIAGO, S. C.S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias Complementares. **Rev Saúde Pública** v. 45, n. 2, p. 249-257, 2011.