



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**JOÃO CARLOS BARBOSA CAVALCANTE**

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: PERCEPÇÕES DE**  
**PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2019**

JOÃO CARLOS BARBOSA CAVALCANTE

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: PERCEPÇÕES DE  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Irismar de Almeida

FORTALEZA – CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Cavalcante, João Carlos Barbosa.

Práticas integrativas e complementares: percepções de profissionais da atenção primária a saúde [recurso eletrônico] / João Carlos Barbosa Cavalcante. - 2019.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 87 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2019.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.ª Dra. Maria Irismar de Almeida.

1. Terapias Complementares. 2. Pessoal de Saúde.  
3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

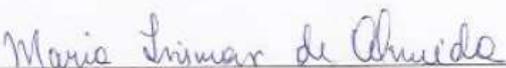
**JOÃO CARLOS BARBOSA CAVALCANTE**

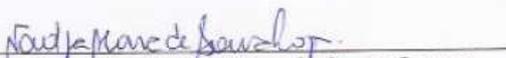
**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: PERCEPÇÕES DE GESTORES E  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

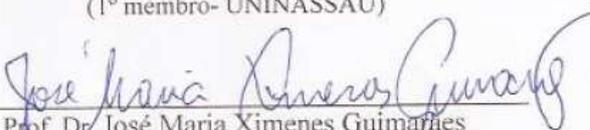
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família-MPSF/Renasf, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 26 de novembro de 2019

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maria Irismar de Almeida  
(Orientadora)

  
✓ \_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Nadja Mara de Sousa Lopes  
(1º membro- UNINASSAU)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães  
(2º membro - UECE)

Dedico esta dissertação aos meus pais com todo meu amor e gratidão.

A minha esposa querida, amada e companheira Viviane e meu filho Rafael, que não mediram esforços para ajudar-me nessa etapa tão importante da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, professora doutora Maria Irismar de Almeida, pelo carinho, paciência e incentivo para que eu concluísse a pesquisa com êxito.

Aos professores e coordenadores do curso, professores doutores Ana Patrícia Pereira Morais e José Maria Ximenes Guimarães pelo convívio, apoio, compreensão e amizade, desde o processo de seleção.

Aos meus amigos de jornada deste mestrado, Fred, que reencontrei depois dos tempos de estágio da graduação, e por coincidência tivemos a mesma orientadora, partilhando momentos decisivos como qualificação e defesa. A Camila, Kerley e Milena, amigas que sempre juntos, apoiamos-nos nas atividades propostas para esta formação, e ao amigo Eduardo, que mesmo sem saber, motivou-me e mostrou que o universo conspirava para aprovação no processo de seleção do mestrado.

A amiga Ana Claudia pelo incentivo e sugestões na condução deste trabalho.

Aos profissionais de Caucaia, em especial aos enfermeiros, que contribuíram sobremaneira para a pesquisa em campo. Ao Secretário de Saúde Dr. Moacir de Sousa Soares, pelo incentivo, motivação e autorização para participação deste projeto.

Aos colegas de trabalho, que sempre incentivaram e contribuíram para conclusão desta pesquisa.

Aos meus amigos da vida, Débora, Eva, Janaina, Jefferson, Marcelo e Narcélio pela motivação, alegrias e aventuras que vivenciamos.

Aos meus sogros Ercilda e Nilson, gratidão por serem verdadeiros pais e darem tanto apoio.

Aos meus pais Jaci e José Carlos pela dedicação e amor incondicional.

E finalmente agradeço a minha esposa Viviane e meu filho Rafael que foram capazes de suportar todos os meus momentos de estresse durante o processo. Com muita gratidão no coração por fazerem parte da minha vida.

“Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força de sua alma, todo o universo conspira a seu favor.”

(Johann Goethe)

## RESUMO

O objetivo do presente estudo foi analisar as percepções dos profissionais da Atenção Primária de Saúde (APS) em relação às Práticas Integrativas e Complementares (PIC). Realizou-se um estudo descritivo com profissionais da saúde de nível superior da APS do município de Caucaia. Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário composto por questões abertas e fechadas. Os dados foram processados por meio do Programa SPSS versão 20. Foi realizada análise descritiva dos dados, análise de qui quadrado e análise lexical das questões abertas. Dos 174 profissionais de saúde participantes do estudo, verificou-se que a maioria era do sexo feminino (n=130, 74,7%) na faixa etária de 31 a 40 anos (n=91, 52,3%). Em relação à categoria profissional, as mais prevalentes foram enfermeiros (n=74, 42,5%), médicos (n=53, 30,5%) e dentistas (n=25, 14,4%). Quando questionados quanto ao conhecimento sobre as PIC, 164 (94,3%) participantes da pesquisa declararam positivamente. Sendo a acupuntura a mais conhecida pelos profissionais (n=161, 92,5%). A maioria dos profissionais considera as PIC eficientes (n= 160, 92,0%), que as concepções que possuem sobre as PIC estão relacionadas ao ensino de graduação (n=92, 52,9%), 163 (93,7%) consideraram que estas práticas devem ser inseridas nos cursos de graduação e 162 (93,1%) na pós-graduação. A maioria dos profissionais teve experiência com as PIC através de leitura e/ou reportagem sobre o assunto (n=103, 59,2%), 18,4% (n=32) afirmaram já utilizar as PIC na assistência aos pacientes, e a mais utilizada é plantas medicinais / fitoterapia (n=15, 8,6%). Somente 25 (14,4%) afirmaram ter participado de capacitação e/ou especialização em PIC, todavia 94,8% (n=165) consideram que as PIC podem contribuir para sua vida profissional. Além disso, 161 (92,5%) apontaram também que as PIC são importantes para a atenção em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e esse mesmo percentual considera necessária a inserção das PIC na unidade de saúde que atua, bem como 144 (82,8%) afirmaram que há interesse dos usuários por essas práticas. Vale destacar que 27 (15,6%) dos profissionais também afirmaram já existir essas práticas em pelo menos uma Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo a mais frequente a auriculoterapia (n=19, 70,4%). Sobre a Política Nacional das PIC, somente 41 (23,8%) dos participantes declararam conhecer. Afirmar sim, quando questionados se consideram as PIC importantes para a atenção à saúde no SUS, demonstrou correlação com o tempo de serviço (p=0,0001) e entre aqueles que afirmaram que as PIC podem contribuir para sua vida profissional (p=0,000). Assim como utilizá-las na assistência aos pacientes foi associado à experiência na pós-graduação, ter se submetido às PIC ou o familiar e ter participado de capacitação sobre PIC. Na análise lexical sobre a importância das

PIC para atenção à saúde foram identificadas quatro classes: tratamento, opção terapêutica, acesso e melhor vínculo. O presente trabalho, constatou um ambiente favorável entre gestores das UBS e profissionais da assistência para a inclusão das PIC na APS municipal. Foram identificadas necessidades de intervenções educativas, tanto para conhecimento e utilização efetiva dessas práticas, bem como das lacunas de conhecimento sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

**Palavras-chave:** Terapias Complementares. Pessoal de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

The aim of the present study was to analyze the perceptions of professionals of Primary Health Care (PHC) regarding Integrative and Complementary Practices (ICP). An exploratory cross-sectional study was conducted with health professionals from the PHC of Caucaia. For data collection, a questionnaire consisting of open and closed questions was used. Data were processed using the SPSS version 20 Program. Descriptive data analysis, chi-square analysis and lexical analysis of open questions were performed. Of the 174 health professionals participating in the study, it was found that most were female (n= 130, 74.7%) aged 31 to 40 years (n = 91, 52.3%). Regarding the professional category, the most prevalent were nurses (n = 74, 42.5%), doctors (n = 53, 30.5%) and dentists (n = 25, 14.4%). When asked about the knowledge about the ICPs, 164 (94.3%) survey participants stated positively. Acupuncture being the best known by professionals (n = 161, 92.5%). Most professionals consider ICPs efficient (n = 160, 92.0%), whereas their conceptions about ICPs are related to undergraduate education (n = 92, 52.9%), 163 (93.7%) considered that these practices should be included in undergraduate and 162 (93.1%) postgraduate courses. Most professionals had experience with ICPs through reading and / or reporting on the subject (n= 103, 59.2%), 18.4% (n = 32) said they already use ICPs in patient care, and most used is medicinal plants / herbal medicine (n = 15, 8.6%). Only 25 (14.4%) stated that they participated in training and / or specialization in ICPs, however 94.8% (n = 165) consider that ICPs can contribute to their professional life. In addition, 161 (92.5%) also indicate that ICPs are important for health care in the Unified Health System (SUS) and this same percentage considers it necessary to include ICPs in the health unit that operates, as well as 144 (82.8%) stated that users are interested in these practices. It is noteworthy that 27 (15.6%) of professionals also stated that these practices already existed in at least one Basic Health Unit (BHU), the most frequent being auriculotherapy (n = 19, 70.4%). Regarding the PIC National Policy, only 41 (23.8%) of the participants declared to know. To say yes, when asked if they consider ICPs important for health care in SUS showed correlation with length of service (p = 0.0001) and among those who stated that ICPs can contribute to their professional life (p = 0.000). Just as using them in patient care was associated with postgraduate experience, having undergone ICP or the family member and having participated in ICP training. In the lexical analysis of the importance of ICPs for health care, identified four classes: treatment, therapeutic option, access and better bond. This paper demonstrates a favorable environment between PHC managers and care professionals for the inclusion of ICPs in municipal PHC. Needs for educational interventions

identified, in both knowledge and effective use of these practices, as well as knowledge gaps about the National Policy for Integrative and Complementary Practices (PNPIC).

**Keywords:** Complementary Therapies. Primary Health Care. Health Personnel.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 - Nuvem de Palavras da percepção dos profissionais de saúde acerca da eficiência das PIC, Caucaia, CE, 2019.....</b>	<b>53</b>
<b>Figura 2 - Nuvem de palavras da percepção dos profissionais de saúde acerca da importância das PIC para a atenção à saúde no SUS. Caucaia, CE, 2019.....</b>	<b>54</b>
<b>Figura 3 - Dendograma da CHD da percepção dos profissionais de saúde acerca da eficiência das PIC. Caucaia, CE, 2019.....</b>	<b>56</b>
<b>Figura 4 - Dendograma da CHD da percepção dos profissionais de saúde acerca importância das PIC para a atenção à saúde no SUS. Caucaia, CE, 2019.....</b>	<b>57</b>
<b>Figura 5 - Árvore de similitude da percepção dos profissionais de saúde acerca da eficiência das PIC. Caucaia, CE, 2019.....</b>	<b>59</b>
<b>Figura 6 - Árvore de similitude da percepção dos profissionais de saúde acerca importância das PIC para a atenção à saúde no SUS. Caucaia, CE, 2019.....</b>	<b>61</b>
<b>Quadro 1 - Marco histórico da institucionalização das PIC no SUS.....</b>	<b>26</b>
<b>Quadro 2 - Definição das Práticas Integrativas e Complementares da PNPIC.....</b>	<b>29</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 - Distribuição dos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária de acordo com o sexo, idade, tempo de serviço público, local de atuação, função e nível de escolaridade, Caucaia (CE), 2019.....</b>	<b>44</b>
<b>Tabela 2 - Distribuição dos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária de acordo com a percepção em relação ao conhecimento e ensino sobre PIC, Caucaia, CE, 2019.....</b>	<b>45</b>
<b>Tabela 3 - Distribuição das PIC de acordo com o conhecimento dos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária, Caucaia, CE, 2019.....</b>	<b>46</b>
<b>Tabela 4 - Distribuição dos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária de acordo com o quantitativo e carga horária de cursos sobre PIC realizados, Caucaia, CE, 2019.....</b>	<b>47</b>
<b>Tabela 5 - Número e percentual de profissionais por curso de PIC realizado, Caucaia, CE, 2019.....</b>	<b>48</b>
<b>Tabela 6 - Distribuição dos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária de acordo com o relato de experiência com as PIC, Caucaia, CE, 2019.....</b>	<b>48</b>
<b>Tabela 7 - Distribuição das PIC de acordo com a utilização dos profissionais em seus pacientes, Caucaia, CE, 2019.....</b>	<b>49</b>
<b>Tabela 8 - Associação entre variáveis segundo concordância com a utilização das PIC na assistência aos pacientes, Caucaia, CE, 2019.....</b>	<b>49</b>
<b>Tabela 9 - Distribuição dos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária de acordo com a percepção em relação às PIC na atenção à saúde, Caucaia, CE, 2019.....</b>	<b>50</b>
<b>Tabela 10 - Distribuição das PIC ofertadas na Atenção Primária de acordo com o relato dos profissionais de saúde, Caucaia, CE, 2019.....</b>	<b>51</b>
<b>Tabela 11 - Associação entre variáveis segundo concordância com a importância das PIC para a atenção em saúde no SUS, Caucaia, CE, 2019.....</b>	<b>51</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC	Análise Fatorial de Correspondência
APS	Atenção Primária a Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CE	Ceará
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MAC	Medicina Alternativa e Complementar
MI	Medicina Integrativa
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
MT /MCA	Medicina Tradicional e Complementar /Alternativa
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OE	Óleo Essencial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMNPC	Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares
PNEI	Psicológico, Neurológico, Endocrinológico e Imunológico
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS
PSF	Programa Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SPSS	Statistical Software for the Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
3.1	O SUS E A INCORPORAÇÃO DE NOVOS SISTEMAS TERAPÊUTICOS.....	22
3.2	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	24
3.3	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS.....	25
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>38</b>
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	38
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	39
4.3	POPULAÇÃO/AMOSTRA DO ESTUDO.....	39
<b>4.3.1</b>	<b>Critérios de inclusão.....</b>	<b>40</b>
<b>4.3.2</b>	<b>Critérios de exclusão.....</b>	<b>40</b>
4.4	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	40
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4.6	COMPONENTE ÉTICO DO ESTUDO.....	42
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
5.1	ANÁLISE QUANTITATIVA DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS ASPECTOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS E AS PERCEPÇÕES SOBRE AS PIC...	43
5.2	ANÁLISE QUALITATIVA DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS PERCEPÇÕES SOBRE AS PIC.....	52
<b>5.2.1</b>	<b>Nuvem de Palavras.....</b>	<b>53</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Classificação Hierárquica Descendente.....</b>	<b>55</b>
<b>5.2.3</b>	<b>Análise de Similitude.....</b>	<b>58</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>62</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>68</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>70</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>77</b>
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO....	78
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO.....	80
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>84</b>

ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA.....	85
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA.....	86

## 1 INTRODUÇÃO

A escolha por este estudo, que visa tratar sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na Atenção Primária à Saúde (APS), teve como motivação as experiências vivenciadas pelo pesquisador. O contato com as PIC, em especial Fitoterapia e Homeopatia, foi através do curso de graduação em Farmácia, e posteriormente durante o curso de especialização em Acupuntura. Concomitantemente a não implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no município de Caucaia, e as experiências como profissional farmacêutico atuante no Sistema Único de Saúde (SUS) há seis anos, foram intensas para fomentar o interesse do pesquisador em desenvolver este estudo e contribuir com a PNPIC.

No Brasil, no processo de implantação do SUS, foi adotada na APS uma estratégia para a mudança do modelo hegemônico, o Programa Saúde da Família (PSF). Este programa era vinculado ao modelo sanitário, que se propunha a superar a tradição medicalizante e a falta de integralidade no sistema, sobrepondo-se por uma nova concepção de promoção à saúde, promovendo a organização das atividades em território definido. Seus profissionais deveriam se adequar a uma nova forma da organização do trabalho, considerando os seguintes aspectos: trabalho em tempo integral e em equipe, participação comunitária no trabalho da equipe, possibilidade de incorporação e atuação com a dimensão psicoafetiva e social regidas sob uma nova ética, a preocupação com os moradores da comunidade (ROZA; RODRIGUES, 2003).

A partir de 2006, o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que o termo “programa” representa uma atividade com início, meio e fim. Com isso, a ESF passou a representar uma concepção de atenção à saúde focada na família e na comunidade, com objetivo de promover uma assistência com base no conceito ampliado de saúde que busca a qualidade de vida e não somente a ausência de doenças (BRASIL, 2006a).

Dentro deste contexto, um novo campo de práticas de cuidado à saúde vinha sendo discutido no Brasil desde 1986, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Conferências de Saúde pela incorporação das Medicinas Tradicionais, Complementares e Alternativas aos sistemas nacionais de saúde. A medicina tradicional e complementar tem se mostrado eficazes e investido na promoção da saúde e na educação em saúde, contribuindo para evitar que a doença se instale e que suas consequências sejam muito graves, além de promoverem a redução dos custos. O SUS favorece ao uso de recursos terapêuticos que sejam mais eficazes em muitas das instâncias de tratamento e

economicamente mais acessíveis. Sobretudo, no que se refere às Práticas Integrativas e Complementares (PIC) ou popularmente conhecidas como alternativas (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012).

As diretrizes e ações da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) demonstram convergência com políticas nacionais como a de atenção básica e de promoção da saúde, cujas interações são recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) como uma estratégia de ampliação e integração das PIC em diferentes contextos e comunidades, oferecendo mais opções terapêuticas aos usuários do SUS (BRASIL, 2012b).

A Portaria nº 971b, editada em 2006, que trata da inclusão de homeopatia, plantas medicinais/fitoterapia, acupuntura/medicina tradicional chinesa e termalismo social no SUS, prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2006b). A normatização por meio de uma portaria, contudo, não garante a implantação e utilização das mesmas. Embora exista uma política pública que determine a utilização das PIC, percebe-se que algumas limitações e desafios têm impedido que a sua implantação ocorra de modo mais efetivo (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012).

No Brasil há crescimento do campo de atuação das PIC, inclusive com um aumento do número de profissionais de saúde e usuários pelo interesse pela área de práticas integrativas (OTANI; BARROS, 2011; FONTANELLA *et al.*, 2007; LEMOS, 2006; BELLOTTO JÚNIOR *et al.*, 2005;).

A PNPIC define que o Departamento de Atenção Básica (DAB) é o órgão responsável pela gestão nacional das PIC, e desempenha o papel de normatização, monitoramento, sensibilização e divulgação. A PNPIC aponta diretrizes para o incentivo à implantação, mas não define em seu documento quais ações são necessárias para efetiva implantação das PIC no âmbito municipal, quais recursos precisam ser empregados, e também o que é necessário dispor numa Unidade Básica de Saúde para ofertar o serviço em tais práticas. Este fato dificulta a consolidação das mesmas na atenção básica, da mesma forma que não há regulação e nem avaliação deste processo de inclusão (LOSSO, 2015).

Para complementar e preencher as lacunas da PNPIC, o DAB produziu material informativo para ajudar os gestores interessados em implantar estas ações. Ele orienta que é preciso buscar uma implantação das PIC de forma progressiva, com apropriação democrática dos processos de gestão, que atenda às necessidades das regiões, de forma contínua e cíclica.

Muitos levantamentos têm sido realizados pelo MS e DAB sobre a oferta do serviço de práticas integrativas e complementares. Em 2017, 8.200 Unidades Básicas de Saúde (UBS) ofertaram alguma das PIC, o que corresponde a 19% desses estabelecimentos.

Essa oferta está distribuída em 3.018 municípios, ou seja, 54% do total, estando presente em 100% das capitais por iniciativa das gestões locais. Em 2016, foram registrados oferta em PIC em 2.203.661 atendimentos individuais e 224.258 atividades coletivas, envolvendo mais de 5 milhões de pessoas. Ao considerar os dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) para acompanhamento da Atenção Básica, e os dados do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para acompanhamento dos serviços de Média e Alta Complexidade, temos um total de 9.470 estabelecimentos de saúde no País que ofertam PIC, distribuídos em 3.097 municípios. Destes, 79 não ofertam PIC na Atenção Básica, visto que essa oferta está concentrada na média e alta complexidade (BRASIL, 2018b).

Vale salientar que os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do MS apresentam variações quanto à distribuição e à oferta de PIC. Eles dependem do momento da coleta dos dados, o que demonstra frágil institucionalização. Como, provavelmente, grande parte da oferta é realizada por profissionais da ESF, se eles saem do estabelecimento, a oferta tende a ser extinta, e nem sempre o CNES é atualizado. É importante também destacar que as discrepâncias identificadas nos sistemas oficiais de informação talvez se devam ao fato de grande parte da oferta de PIC no SUS ser realizada por profissionais da ESF individualmente nos seus serviços, sem apoio ou ciência dos gestores; e, conseqüentemente, sem institucionalização significativa da oferta (TESSER et al, 2018).

Em relação ao fornecimento do serviço de PIC para os usuários entre as cinco regiões brasileiras, a maior disponibilidade está na região Sudeste e a menor na região Nordeste, com 21,3% e 11,7%, respectivamente (RAMOS, 2017). De acordo com o CNES (2018), existem 131 municípios no estado Ceará que não oferecem as PIC na assistência à saúde, dentre os que pertencem a região metropolitana de Fortaleza, destacam-se Cascavel, Caucaia, Chorozinho, Guaiúba, Maranguape, Pacatuba, São Gonçalo do Amarante, Paraipaba, Paracuru e Trairi.

Esses dados nos remetem ao seguinte questionamento: Quais as percepções dos gestores e profissionais da APS sobre as PIC? Parte-se do pressuposto que, para a consolidação das PIC na APS, é importante compreender a percepção e atitudes dos profissionais da APS sobre a inserção da PIC no SUS, visto que qualquer política pública de saúde, que pretenda ser implantada e ter sucesso, precisa estar alicerçada na efetiva apropriação desta pelos profissionais (BRASIL, 2018a).

Desta forma, observa-se a necessidade de investigações sobre a percepção, o conhecimento e a vivência em práticas integrativas e complementares dos profissionais de

saúde que atuam no Sistema Único de Saúde, e a partir disso sejam desenvolvidas ações para fortalecimento desta política. Este estudo busca preencher, mesmo que parcialmente, alguns destes questionamentos relacionados ao município de Caucaia.

A percepção que o estudo trata deriva do latim *perceptio* e refere-se à ação e o efeito de perceber ou perceber (receber através de um dos sentidos as imagens, impressões ou sensações externas, ou compreender e conhecer algo). O conceito ou significado da percepção apresenta dimensões plurais segundo seus autores: na psicologia, conforme Leibniz (1992), a percepção consiste em uma organização e interpretação dos estímulos (sensorial e intelectual) que foram recebidos pelos sentidos e que possibilita identificar certos objetos e acontecimentos. Na filosofia, Descartes (1991) descreve a percepção como uma situação, um estado transitório que envolve processos múltiplos, o espírito capta de forma intuitiva os estímulos exteriores, significando todo um ato de inteligência.

Destaca-se que o foco deste estudo vai ao encontro das propostas apresentadas pelo Ministério da Saúde, relativas às orientações do DAB para implantação das PIC na Atenção Básica (BRASIL, 2018c). Dentre os desafios para a ampliação das PIC no Brasil estão a necessidade de formação profissional em PIC para o SUS, a estruturação das PIC nos serviços; o acesso e a aceitação de PIC por usuários do SUS; o desconhecimento de profissionais e gestores em relação à PNPIC e as dificuldades no registro de informações sobre as PIC (HABIMORAD, 2015).

Conhecer como os profissionais de saúde concebem o uso das PIC e a política que a sustenta é relevante, uma vez que há intersecção entre as mesmas e os campos da Atenção Básica. Ademais, possibilita enriquecer o arcabouço de instrumentais para constituir uma prática mais ampliada.

O município de Caucaia no Ceará está em posição estratégica no cenário da assistência à saúde no âmbito municipal, pois configura-se como uma referência para a sua região de saúde, e por ainda não haver nenhum estudo desenvolvido dessa natureza no município, acredita-se que os resultados desta pesquisa venham a contribuir para que os gestores da Secretaria de Saúde de Caucaia tenham conhecimento das percepções dos profissionais da APS sobre PIC, apropriando-se desses resultados para o planejamento das ações e organização dos serviços para implantação da PNPIC no município, que permitam ampliar e qualificar as práticas de assistência na APS, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, bem como subsidiar outros municípios para essa mesma iniciativa.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as percepções dos profissionais de saúde sobre a utilização das Práticas Integrativas e Complementares na APS.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Investigar o conhecimento dos profissionais da APS sobre as PIC e sobre a Política Nacional que regulamenta essas práticas.

Averiguar as experiências e concepções dos profissionais em relação à formação na área das PIC.

Compreender, na perspectiva dos profissionais, a contribuição das PIC para a promoção da saúde na Atenção Primária.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura é o momento em que são apresentados os referenciais teóricos e as outras pesquisas relevantes para o estudo. Pesquisar é compreender que a pesquisa é ao mesmo tempo um acabado temporário e um inacabado constante (MINAYO, 2013). Nesse sentido, buscando uma melhor compreensão do objeto de estudo foi desenvolvida uma revisão narrativa de literatura, sendo percorrida nos seguintes aspectos: O SUS e a incorporação de novos sistemas terapêuticos, Práticas Integrativas e Complementares e Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

#### 3.1 O SUS E A INCORPORAÇÃO DE NOVOS SISTEMAS TERAPÊUTICOS

Os temas e problemas relacionados à saúde dos indivíduos são considerados uma preocupação coletiva de todas as nações, e os sistemas de saúde têm como função solucioná-los da melhor forma em cada país. (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde, orientado por princípios e diretrizes que fazem parte de uma ampla concepção do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito. (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012).

O sistema de saúde brasileiro formado ao longo do século XX teve como marca a dicotomia entre a Saúde Pública e a Assistência Médico-Hospitalar: de um lado, as campanhas sanitárias; de outro, a filantropia, a medicina liberal, a medicina previdenciária e, posteriormente, as empresas médicas. Portanto, não havia uma dimensão do público e do privado, e as pessoas eram assistidas conforme a necessidade, com poucos mecanismos de ação e controle social sobre a saúde da população (FLEURY; OUVRENEY, 2008).

Antes de 1930, não havia o reconhecimento dos direitos sociais no Brasil. Somente com a Constituição de 1988 é que a saúde foi reconhecida como um direito social, cabendo ao Estado assegurá-lo para todos os cidadãos, uma das maiores conquistas do movimento sanitário no Brasil. Todas essas conquistas ocorridas na década de 1980 foram fruto dos segmentos sociais que se mobilizaram por mudanças, configurando o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), ou Movimento Sanitário, que era formado pelo movimento popular de saúde, pelo movimento estudantil e pela articulação dos professores e dos pesquisadores da Medicina Social e da Saúde Pública (SACRAMENTO, 2015).

O SUS é uma conquista histórica dos movimentos sociais e chegou ao Estado pela via da Assembleia Nacional Constituinte, que redigiu a Constituição de 1988, sendo posteriormente construído como Política Pública nessa associação entre forças que se encontram tanto na sociedade quanto nos aparatos do Estado Brasileiro (SACRAMENTO, 2015).

A concepção do SUS, segundo Escorel (2008), está baseada no novo paradigma de saúde, que tem como princípio reposicionar o sujeito na elaboração de uma terapia que considera, além do corpo físico e funcional, um corpo psíquico capaz de ser influenciado por fatores determinantes e condicionantes, o meio ambiente e social em que o sujeito se encontra.

A integralidade do cuidado à saúde foi estabelecida como diretriz pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e formalizada como princípio doutrinário do SUS, que considerando as dimensões biológica, cultural e social do usuário, orienta políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços. (SILVA; SENA, 2008).

Todos estes aspectos relacionados à crise de atenção à saúde formam um cenário propício à busca por formas de cuidado com abordagens diversas da biomedicina. Contudo, este desejo também sofre influência das transformações culturais ocorridas na sociedade, associada aos desdobramentos tardios dos questionamentos iniciados na década de 60 pela chamada contracultura, que parece estar em expansão e aponta para transformações complexas e sincréticas nas representações de saúde e doença contemporâneas, refletindo nas escolhas terapêuticas (SOUZA; LUZ, 2009). Estas transformações culturais envolvem uma reconfiguração do “sagrado” como algo unificado ao homem e à natureza, e não mais em um contexto superior e separado, ocorrendo o surgimento de crenças alternativas (SAYD, 1999) e caracterizando um processo de profunda mudança cultural (CAMPBELL, 1997). Assim, torna-se compreensível a busca por práticas terapêuticas mais humanizadas e que aparentam mais condizentes a este padrão cultural, ou seja, práticas que não sigam o paradigma analítico de base mecanicista, mas que apresentem uma compreensão mais holística de corpo e doença.

Os praticantes das terapias alternativas tencionavam o ocidente a olhar as demais concepções/percepções (principalmente as orientais) para a compreensão do sujeito e do mundo. Novos modelos de cura e saúde surgem e incluem a importação de modelos e sistemas terapêuticos distintos das racionalidades médicas no sentido de superação dos modelos estabelecidos (LUZ, 2003). Nesse contexto as práticas integrativas e complementares surgem como alternativa terapêutica a serem incorporadas no SUS.

### 3.2 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

A partir da década de 70, a OMS estimula os estados membros a formularem e implementarem políticas públicas para a utilização racional e integrada das Práticas Integrativas e Complementares, que são denominadas por ela de Medicina Tradicional e Complementar /Alternativa (MT /MCA) (WHO, 2002).

A busca por práticas alternativas se intensificou, visto que os pacientes não recebiam informações suficientes sobre o tratamento e cura, insatisfações com o funcionamento dos serviços de saúde com listas de espera e efeitos colaterais das medicações e das intervenções cirúrgicas.

No principal documento sobre o tema, publicado em 2002 pela Organização Mundial da Saúde e denominado “*Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*”, as MAC estão incluídas em uma definição mais ampla através do termo *Medicinas Tradicionais*, que faz referência às práticas nativas dominantes em diversas culturas (Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Unani, Ayurveda, etc). Segundo o texto, quando tais práticas não estão presentes nos sistemas nacionais de saúde, elas passam a ser denominadas como MAC. Observa-se que esta opção conceitual da OMS explicita o valor das medicinas tradicionais para determinadas culturas, que as utilizam desde antes do surgimento da biomedicina (HABIMORAD, 2015).

Uma importante contribuição teórica para a definição e conceituação das MAC advém do estudo de LUZ (1995), no qual é cunhado o conceito de *racionalidade médica*, definido como um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes compostos por cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia.

A partir desta definição, a categoria racionalidade médica identifica uma estrutura organizativa para os sistemas médicos complexos, capaz de definir: a estrutura do corpo humano e a sua dinâmica de funcionamento, quando há ou não doença, suas causas e provável evolução e a intervenção terapêutica mais adequada, permitindo a comparação entre os mesmos e a diferenciação entre estes sistemas e outros recursos terapêuticos alternativos.

Neste sentido, apenas alguns conjuntos de práticas no grande universo das práticas alternativas e complementares caracterizam-se como racionalidades médicas, sendo compreendidas como sistemas médicos complexos: a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), o

Ayurveda e a Homeopatia. O restante das práticas alternativas e complementares passam a ser definidas de forma genérica como recursos terapêuticos (HABIMORAD, 2015).

Assim, a OMS vem chamando Prática Integrativa e Complementar, um conjunto de sistemas, recursos terapêuticos e 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, e uma visão ampliada do processo saúde/doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (WHO, 2002).

### 3.3 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

Práticas Integrativas e Complementares (PIC) é o termo criado no Brasil para as chamadas, em outros países, Medicina Tradicional (MT), Medicina Alternativa e Complementar (MAC) e Medicina Integrativa (MI) (BRASIL, 2006b), as quais, nas últimas décadas, têm recebido incentivo pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para sua introdução na Atenção Primária à Saúde (WHO, 2002; WHO, 2011; WHO, 2013).

Como já mencionado, a implantação do SUS trouxe como diretriz fundamental a Atenção Integral à saúde com prioridade para as ações preventivas (BRASIL, 1988), exigindo assim novos dispositivos que ampliem as práticas de gestão do cuidado. Muitos foram os avanços nas políticas públicas no âmbito da saúde visando atender os princípios da integralidade, universalidade e equidade do SUS. O princípio da Atenção Integral – AI é a base epistemológica, metodológica e ontológica que norteia o novo modelo assistencial. Prescrita no artigo 198 da constituição brasileira (BRASIL, 1988), traz subtendida, as Práticas Integrativas/alternativas recomendadas no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (DAVID, 2017).

No Brasil, as discussões para a legitimação destas abordagens de atenção à saúde iniciaram-se a partir da década de 80, coincidindo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Como destaque deste período está a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que deliberou a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, e, em 1988, as Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em Homeopatia, Acupuntura, Termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e Fitoterapia (BRASIL,

2006a). Após este período, a crescente discussão em torno das PIC ganhou evidência na década de 90, com o desenvolvimento do Grupo de Pesquisas Racionalidades Médicas, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), liderados por Madel Luz, o qual enfocou o estudo da saúde coletiva em sua multiplicidade de saberes e práticas presentes na sociedade e nas instituições de saúde, em sua diversidade política, cultural e epistemológica (TESSER; LUZ, 2008). Os estudos do grupo aprofundaram-se em vários aspectos sócio epistemológicos e históricos das PIC, contribuindo e fortalecendo para a inserção destas práticas nos serviços públicos de saúde brasileiros.

A demanda da população brasileira para formulação da Política Nacional de Práticas Integrativas surge da necessidade de integração de sistemas de saúde complexos e recursos terapêuticos a partir da década de 80, com a criação do SUS. No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde ocorreram a partir da Portaria nº 971 que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC) (BRASIL, 2006b).

A cronologia da história apresentada emerge dos muitos debates cujos resultados foram decisivos na reconceitualização das PIC. No contexto desse estudo, vem representando a síntese de um ideário que preconizava como eixo central de intervenções, um conjunto de ações que procuraram intervir positivamente sobre comportamentos dos indivíduos e coletivos enquanto conceito de práticas de cuidados/autocuidado no contexto integrativo e complementar.

A seguir, é apresentado no quadro 1 um levantamento de informações que são consideradas um marco legal, que descreve normas e convênios entre órgãos que foram sendo estabelecidos com o intuito de institucionalizar as PIC no SUS. (BRASIL, 2006b).

### Quadro 1 - Marco histórico da institucionalização das PIC no SUS

(continua)

Ano	Acontecimento
1985	Convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemaniano do Brasil, com o objetivo de institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde.
1986	A 8ª Conferência Nacional de Saúde é considerada um marco para a oferta das Práticas Integrativas e Complementares no sistema de saúde do Brasil, visto que resultou em seu relatório final na recomendação da "introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida".
1988	As resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) nºs 4, 5, 6, 7 e 8/88, fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia.
1995	Criação do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não Convencionais, por meio da Portaria nº 2543/GM, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretária Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.
1996	10ª Conferência Nacional de Saúde que, em seu relatório final, aprovou a "incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares.

(conclusão)

1999	O Ministério da Saúde inclui as consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do (SIA) do SUS através da Portaria GM nº 1230/99.
2000	11ª Conferência Nacional de Saúde que recomendou a “incorporar na atenção básica na Rede do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), as práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia”.
2002	OMS lança o documento “ <i>Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional / 2002-2005</i> ” (WHO, 2002) e 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária contendo informações e recomendações sobre o tema.
2003	Instituição do Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC).
2003	- Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatizou o acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS. - Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde que delibera pela efetiva inclusão da PMNPC no SUS (atual PNPIC).
2004	2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovações em Saúde a PMNPC foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa.
2005	Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) (BRASIL, 2006c).
2005	Relatório Final do Seminário "Águas Minerais do Brasil", em outubro, que indicou a constituição de projeto piloto de Termalismo Social no SUS.
2006	Publicação das portarias 971, 1600 e 853, instituindo respectivamente Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a criação do Observatório de Práticas em Medicina Antroposófica e a inclusão na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES de Informações do SUS, através do código 068 – o serviço de Práticas Integrativas e Complementares.

Fonte: Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006.

A PNPIC contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, além de constituir observatórios de medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia.

Atualmente para implementação e fortalecimento desta política, o Brasil e países membros utilizam como referência o Guia de Estratégias das Medicinas Tradicionais de 2014 até 2023 da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013). Neste documento, a OMS avalia os índices de utilização mundial das PIC, o investimento em pesquisas na área, as características do seu consumo e sua institucionalização nos serviços de saúde na última década, como também estabeleceu as metas necessárias para sua ampliação na APS para a década seguinte. Este documento afirma ter havido substancial crescimento na utilização das PIC na última década e trouxe a estimativa de que mais de 100 milhões de europeus e um número ainda maior de pessoas concentradas na África, Ásia, Austrália e Estados Unidos são usuárias de PIC. Além disso, o documento destacou que as PIC movimentaram aproximadamente 83,1 bilhões de dólares, em 2012, no consumo de produtos originados da Medicina Tradicional Chinesa e 14,8 bilhões de dólares, em 2008, com produtos naturais, nos Estados Unidos (CONTATORE ET AL, 2015).

Os motivos elencados pela OMS para este crescimento são: o aumento da demanda causado pelas doenças crônicas; o aumento dos custos dos serviços de saúde, levando à procura de outras formas de cuidado; a insatisfação com os serviços de saúde existentes; o ressurgimento do interesse por um cuidado holístico e preventivo às doenças; e os tratamentos que ofereçam qualidade de vida quando não é possível a cura (WHO, 2013)

A Lei nº 8080 (BRASIL,1990) estabelece as diretrizes básicas do SUS, as quais são: universalidade, equidade, controle social, descentralização e integralidade A PNPIC atua nos campos de prevenção e promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em um modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, contribuindo assim para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. A PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, ao considerar o indivíduo na sua dimensão global, mas possuidor de uma singularidade, para explicar os processos de adoecimento e de saúde (BRASIL, 2006c).

Segundo a PNPIC as práticas integrativas contemplam uma abordagem terapêutica humanizada onde não se deve separar as dimensões psíquicas, orgânicas e as sociais, que buscam estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras a partir de uma escuta acolhedora e com uma visão ampla do processo de adoecimento, incentivando o autocuidado, estimulando desenvolvimento do vínculo terapêutico e da integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006c).

As PIC são medicinas de baixo custo e elevada efetividade, têm uma relação direta com a promoção da saúde e a sua implantação no SUS configura uma ação de ampliação de acesso e qualificação dos serviços na tentativa de envolver a integralidade da atenção à saúde da população por serem culturalmente adequadas, facilitarem uma melhor relação com as pessoas e uma visão mais holística dos adoecimentos, estimularem mecanismos naturais de cura e reequilíbrio e serem satisfatoriamente efetivas e de baixo risco (LIMA; SILVA; TESSER, 2014).

A inserção das PIC nos serviços de saúde proporciona um cuidado que promove o resgate pelo indivíduo na sua singularidade e autoconfiança. As PIC podem ser utilizadas em vários espaços destinados ao cuidado, porém sua aplicabilidade se torna mais eficaz na Atenção Básica, em que os usuários exercem sua autonomia de forma mais ampla (AVIM, 2016). Por parte do MS, ocorre a criação de portarias que regulamentaram a implantação deste serviço no âmbito do SUS com destaque para a PNPIC, que descreve a adoção de medidas para gestores no âmbito municipal, estadual e federal, sugerindo a implantação de

ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares, impulsionando a expansão em todo território nacional a partir de sua publicação em 2006. (BRASIL, 2006c).

Nas diretrizes da PNPIC (BRASIL, 2015) estão: a) Estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS; b) Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para a educação permanente; c) Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da PIC para profissionais de Saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional; d) Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações; Fortalecimento da participação social; e) Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nesses âmbitos na regulamentação sanitária; Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos da PNPIC, com qualidade e segurança das ações; f) Incentivo à pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados; g) Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação da PIC, para instrumentalização de processos de gestão; Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências da PIC nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde; h) Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Em março de 2018, a PNPIC foi ampliada a oferta de práticas a partir da publicação da Portaria GM nº 849/2017, a saber: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga, totalizando 29 práticas desde março de 2018. Essas práticas ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo maiores integralidade e resolutividade da atenção à saúde.

A seguir, é apresentado no quadro 2 uma síntese das práticas integrativas complementares incorporadas atualmente no SUS (BRASIL, 2018b).

## **Quadro 2 - Definição das Práticas Integrativas e Complementares da PNPIC**

(continua)

APITERAPIA	É um método integrativo que utiliza os produtos produzidos pelas abelhas em suas colmeias para promoção e manutenção da saúde, e auxílio complementar no tratamento de algumas condições alteradas, praticado desde a antiguidade conforme mencionado por Hipócrates em alguns textos, e em textos chineses e egípcios.
------------	---

(continua)

ACUPUNTURA - MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC)	Caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais). A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da medicina tradicional chinesa (MTC), a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças. A MTC inclui ainda práticas corporais (lian gong, chi gong, tui-na, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa), relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, a promoção e à recuperação da saúde.
AROMATERAPIA	É uma prática terapêutica secular que consiste no uso intencional de concentrados voláteis extraídos de vegetais - os óleos essenciais (OE). Na década de 30, a França e a Inglaterra passaram a adotar e pesquisar o uso terapêutico dos óleos essenciais, sendo considerada prática integrante da aromaterapia - ciência que estuda os óleos essenciais e as matérias aromáticas quanto ao seu uso terapêutico em áreas diversas como na psicologia, cosmética, perfumaria, veterinária, agronomia, marketing e outros segmentos.
ARTETERAPIA	É uma prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida. A Arteterapia estimula a expressão criativa, auxilia no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo.
AYURVEDA	Significa a Ciência ou Conhecimento da Vida. Este conhecimento estruturado agrega em si mesmo princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não os desvincular e considerando os campos energético, mental e espiritual. A OMS descreve sucintamente o Ayurveda, reconhecendo sua utilização para prevenir e curar doenças, e reconhece que esta não é apenas um sistema terapêutico, mas também uma maneira de viver. Os tratamentos no Ayurveda levam em consideração a singularidade de cada pessoa, de acordo com o dosha (humores biológicos) do indivíduo. Assim, cada tratamento é planejado de forma individual. São utilizadas técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais (ásanas), pranayamas (técnicas respiratórias), mudras (posições e exercícios) e o cuidado dietético.

(continua)

BIODANÇA	É uma prática de abordagem sistêmica inspirada nas origens mais primitivas da dança, que busca restabelecer as conexões do indivíduo consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva. É um processo altamente integrativo, sua metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos selecionados como músicas, cantos, exercícios e dinâmicas capazes de gerar experiências que estimulam a plasticidade neuronal e a criação de novas redes sinápticas. Nesse sentido, configura-se como um sistema de aceleração dos processos integrativos existenciais: Psicológico, Neurológico, Endocrinológico e Imunológico (PNEI), produzindo efeitos na saúde como: ativar a totalidade do organismo; gerar processos adaptativos e integrativos; através da otimização da homeostase do organismo.
BIOENERGÉTICA	É uma visão diagnóstica que, aliada a uma compreensão etiológica do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, por exemplo, e movimentos sincronizados com a respiração. Trabalha o conteúdo emocional por meio da verbalização, da educação corporal e da respiração, utilizando exercícios direcionados a liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos. Propõe a interação homem-corpo-emoção-razão, sendo conduzida a partir da análise desses componentes por meio de conceitos fundamentais (courage muscular, anéis ou segmentos da couraça muscular) e técnicas corporais (grounding, respiração e massagem).
CONSTELAÇÃO FAMILIAR	Técnica de representação espacial das relações familiares que permite identificar bloqueios emocionais de gerações ou membros da família. É uma abordagem capaz de mostrar com simplicidade, profundidade e praticidade onde está a raiz, a origem, de um distúrbio de relacionamento, psicológico, psiquiátrico, financeiro e físico, levando o indivíduo a um outro nível de consciência em relação ao problema e mostrando uma solução prática e amorosa de pertencimento, respeito e equilíbrio.
CROMOTERAPIA	Prática terapêutica que utiliza há milênios as cores no tratamento de doenças, as cores possuem frequências que podem ser utilizadas para neutralizar as condições excessivas do corpo e restabelecer a saúde, podendo serem utilizadas em regiões específicas do corpo, como os centros de força, pontos de acupunturas ou marmas, em consonância com o desequilíbrio identificado no indivíduo.
DANÇA CIRCULAR	É uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. Os indivíduos dançam juntos, em círculos e aos poucos começam a internalizar os movimentos, liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades. O principal enfoque na Dança Circular não é a técnica e sim o sentimento de união de grupo, o espírito comunitário que se instala a partir do momento em que todos, de mãos dadas, apoiam e auxiliam os companheiros. Assim, ela auxilia o indivíduo a tomar consciência de seu corpo físico, harmonizar o emocional, trabalhar a concentração e estimular a memória.
GEOTERAPIA	É uma prática relativamente simples, na qual a argila (cor selecionada de acordo com o objetivo de tratamento) é diluída em água e manipulada até formar um material homogêneo, de textura colóide para ser aplicada no corpo. Essa massa de argila é rica em elementos minerais e estruturas cristalográficas que permitem reações bioquímicas e vibracionais nos tratamentos de saúde.

(continua)

HIPNOTERAPIA	Conjunto de técnicas que, por meio de intenso relaxamento, concentração e/ou foco, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permita alterar uma ampla gama de condições ou comportamentos indesejados como medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas.
HOMEOPATIA	Sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes foi enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas.
IMPOSIÇÃO DE MÃOS	Prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano auxiliando no processo saúde-doença. Sem envolvimento de outros recursos (remédios, essências, aparelhos) faz uso da capacidade humana de conduzir conscientemente o fluxo de energias curativas multidimensionais para dentro do corpo humano e dos seus sistemas energéticos físicos e espirituais a fim de provocar mudanças terapêuticas.
MEDICINA ANTROPOSÓFICA	Abordagem terapêutica integral com base na antroposofia, avalia o ser humano a partir dos conceitos da trimembração, quadrimembração e biografia, oferecendo cuidados e recursos terapêuticos específicos. Atua de maneira integrativa e utiliza diversos recursos terapêuticos para a recuperação ou manutenção da saúde, conciliando medicamentos e terapias convencionais com outros específicos de sua abordagem.
MEDITAÇÃO	É uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições. Também é entendida como estado de Samadhi, que é a dissolução da identificação com o ego e total aprofundamento dos sentidos, o estado de "êxtase". A meditação constitui um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo. A prática traz benefícios para o sistema cognitivo, promove a concentração, auxilia na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, relaxamento, redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos.
MUSICOTERAPIA	É a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida. A Musicoterapia favorece o desenvolvimento criativo, emocional e afetivo e, fisicamente, ativa o tato e a audição, a respiração, a circulação e os reflexos. Também contribui para ampliar o conhecimento acerca da utilização da música como um recurso de cuidado junto a outras práticas, facilitando abordagens interdisciplinares, pois promove relaxamento, conforto e prazer no convívio social, facilitando o diálogo entre os indivíduos e profissionais.
NATUROPATIA	Abordagem de cuidado que, por meio de métodos e recursos naturais, apoia e estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se. A Naturopatia utiliza diversos recursos terapêuticos como: plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, trofologia, massagens, recursos expressivos, terapias corpo-mente e mudanças de hábitos.

(continua)

OSTEOPATIA	Método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos. Esta prática parte do princípio que as disfunções de mobilidade articular e teciduais em geral contribuem no aparecimento das enfermidades. Envolve o profundo conhecimento anatômico, fisiológico e biomecânico global, relacionando todos os sistemas para formular hipóteses de diagnóstico e aplicar os tratamentos de forma eficaz. Desta forma, a osteopatia diferencia-se de outros métodos de manipulação pois busca trabalhar de forma integral proporcionando condições para que o próprio organismo busque o equilíbrio/homeostase. O foco do tratamento osteopático é detectar e tratar as chamadas disfunções somáticas, que correspondem à diminuição de mobilidade tridimensional de qualquer elemento conjuntivo, caracterizadas por restrições de mobilidade (hipomobilidades).
OZONIOTERAPIA	Prática integrativa e complementar de baixo custo, segurança comprovada e reconhecida, que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica, já utilizada em vários países como Itália, Alemanha, Espanha, Portugal, Rússia, Cuba, China, entre outros, há décadas. O ozônio medicinal (sempre uma mistura de ozônio e oxigênio), nos seus diversos mecanismos de ação, representa um estímulo que contribui para a melhora de diversas doenças, uma vez que pode ajudar a recuperar de forma natural a capacidade funcional do organismo humano e animal.
PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA	É uma “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças.
QUIROPAXIA	Abordagem de cuidado que utiliza elementos diagnósticos e terapêuticos manipulativos, visando o tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e dos efeitos destas na saúde em geral. São utilizadas as mãos para aplicar uma força controlada na articulação, pressionando além da amplitude de movimento habitual. É comum se ouvir estalos durante as manipulações, isso ocorre devido à abertura da articulação, que gera uma cavitação.
REFLEXOTERAPIA	Prática que utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões. Cada uma destas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. São massageados pontos-chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente. As áreas do corpo foram projetadas nos pés, depois nas mãos, na orelha e também em outras partes do corpo, passando a ser conhecida como microssistemas, que utiliza o termo "Terapias Reflexas", Reflexoterapia ou Reflexologia.
REIKI	Prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Baseado na concepção vitalista de saúde e doença também presente em outros sistemas terapêuticos, considera a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral. A terapêutica objetiva fortalecer os locais onde se encontram bloqueios - "nós energéticos" - eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, de forma a restabelecer o fluxo de energia vital.

(conclusão)

SHANTALA	É uma prática de massagem para bebês e crianças, composta por uma série de movimentos pelo corpo, que permite o despertar e a ampliação do vínculo cuidador e bebê. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional. Promove e fortalece o vínculo afetivo, harmoniza e equilibra os sistemas imunológico, respiratório, digestivo, circulatório e linfático. Permite ao bebê e à criança a estimulação das articulações e da musculatura auxiliando significativamente no desenvolvimento motor, facilitando movimentos como rolar, sentar, engatinhar e andar.
TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA	É uma prática de intervenção nos grupos sociais e objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que se a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. É um espaço de acolhimento do sofrimento psíquico, que favorece a troca de experiências entre as pessoas. Desenvolvida em formato de roda, visando trabalhar a horizontalidade e a circularidade. Cada participante da sessão é corresponsável pelo processo terapêutico produzindo efeitos individuais e coletivos. A partilha de experiências objetiva a valorização das histórias pessoais, favorecendo assim, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção e da possibilidade de resolução dos problemas.
TERAPIA DE FLORAIS	Prática complementar e não medicamentosa que, por meio dos vários sistemas de essências florais, modifica certos estados vibratórios auxiliando a equilibrar e harmonizar o indivíduo. As essências florais são extratos líquidos naturais, inodoros e altamente diluídos de flores que se destinam ao equilíbrio dos problemas emocionais, operando em níveis sutis e harmonizando a pessoa internamente e no meio em que vive. São preparadas a partir de flores silvestres no auge da floração, nas primeiras horas da manhã, quando as flores ainda se encontram úmidas pelo orvalho, obtidas através da colheita de flores extraídas de lugares da natureza que se encontram intactos.
TERMALISMO SOCIAL / CRENOTERAPIA	O uso das águas minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrito por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal. Como prática terapêutica, compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral - com propriedades físicas, térmicas, radioativas e outras - e eventualmente submetida a ações hidromecânicas - como agente em tratamentos de saúde. A crenoterapia, por sua vez, consiste em prática terapêutica que utiliza águas minerais com propriedades medicinais, de modo preventivo ou curativo, em complemento a outros tratamentos de saúde. Tem por base a crenologia, ciência que estuda as propriedades medicinais das substâncias físico-químicas das águas minerais e sua utilização terapêutica.
YOGA	Prática que combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. Fortalece o sistema músculo-esquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo. Também, preconiza o autocuidado, uma alimentação saudável e a prática de uma ética que promova a não-violência. A prática de Yoga melhora a qualidade de vida, reduz o estresse, diminui a frequência cardíaca e a pressão arterial, alivia a ansiedade, depressão e insônia, melhora a aptidão física, força e flexibilidade geral.

Fonte: Adaptado (Portaria nº 702 de 21 de março de 2018).

Todo o movimento gerado pela implantação da PNPIC exigiu o estabelecimento, na esfera federal, de uma Coordenação Nacional que assumisse as principais ações envolvidas, elencadas a seguir (BRASIL, 2018):

1. Estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS, mediante:

- Incentivo à inserção das PIC em todos os níveis de atenção, com ênfase na Atenção Básica.
- Desenvolvimento das PIC em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.
- Implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes.
- Estabelecimento de mecanismos de financiamento.
- Elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS.
- Articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as demais políticas do Ministério da Saúde.

2. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e as diretrizes estabelecidas para Educação Permanente.

3. Divulgação e informação dos conhecimentos básicos das PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional:

- Apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em PIC que atuem na ESF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
- Elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação das PIC, respeitando as especificidades regionais e culturais do país e direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral.
- Inclusão das PIC na agenda de atividades da comunicação social do SUS.
- Apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre PIC em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação.
- Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em Práticas Integrativas e Complementares.

4. Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.
5. Fortalecimento da participação social.
6. Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da Assistência Farmacêutica nesses âmbitos, na regulamentação sanitária.
7. Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos:
  - Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS.
  - Cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.
  - Cumprimento das boas práticas de manipulação, de acordo com a legislação vigente.
8. Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos das PIC, com qualidade e segurança das ações.
9. Incentivo à pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados.
10. Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das PIC, para instrumentalização de processos de gestão.
11. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências em PIC nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde.
12. Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, à formação, à educação permanente e à pesquisa com unidades federativas e países onde as PIC estejam integradas ao serviço público de saúde.
13. Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

A partir de 2017, foram criadas as regras sobre o financiamento e a transferência de recursos federais, conforme Portaria Ministerial nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, definindo o repasse fundo a fundo, para financiamento, custeio e investimento. Os recursos federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico.

O crescimento da oferta e da demanda por essas práticas, tanto em âmbito privado quanto público, tem demonstrado o potencial das PIC no cuidado à população e para a saúde pública. No entanto, seguem ainda com grandes desafios, como a ampliação do acesso e da

oferta a essas práticas, a sustentabilidade desses serviços a partir de financiamento envolvendo as três esferas de gestão, e a evolução no campo legislativo que garanta o direito de cuidar e ser cuidado (BRASIL, 2018).

Nas últimas décadas, observa-se o crescimento de pesquisas em PIC no Brasil, apesar de elas serem ainda escassas. Isso pode ser evidenciado analisando três aspectos: fomento à pesquisa, grupos/linhas de pesquisas e publicações. No que se refere ao fomento, Sant'ana (2016) analisou, entre os anos de 2002 e 2014, 173 editais, sendo 172 oriundos do Sistema Pesquisa Saúde. Destes, 110 eram editais do tipo Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) (estaduais) e 62 editais do tipo Fomento (nacionais). Encontrou que apesar de as PIC não terem uma subagenda de pesquisa, foram contempladas em 19 editais, perfazendo 1% de todo o investimento no período, principalmente em editais do campo biomédico. O Nordeste teve o maior volume de investimentos nesse tema, recebendo R\$ 1.584.274,84 para execução de 32 projetos (TESSER et al, 2018).

Historicamente, em relação à utilização das PIC no Nordeste, vale destacar que o Ceará é conhecido como “berço da Farmácia Viva”, e é o primeiro estado do Brasil a regulamentar a utilização de plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia no Sistema Único de Saúde. O Projeto Farmácias Vivas foi idealizado pelo professor Francisco José de Abreu Matos em 1983. O decreto governamental regulamenta a Lei nº 12.951, de 7 de outubro de 1999, que dispõe sobre a Política de Implantação da Fitoterapia em Saúde Pública no Estado do Ceará e é anterior à Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, de 22 de junho de 2006. Ou seja, com o decreto o Governo do Estado regulamenta o uso de fitoterápicos no SUS mesmo antes do governo federal. Assim, o Ceará serve de modelo para o País. Conforme preconizado no Plano Nacional, o decreto estabelece o Regulamento Técnico da Fitoterapia no Ceará e regulamenta as boas práticas de cultivo e coleta de plantas medicinais, as boas práticas de processamento de plantas medicinais, a preparação de remédios caseiros com plantas medicinais e as boas práticas na preparação de fitoterápicos (BRASIL, 2012b).

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

A ciência desenvolve-se a partir da necessidade de obtenção de conhecimentos mais seguros do que os fornecidos por outros meios, constitui assim um dos mais importantes componentes intelectuais do mundo contemporâneo.

De acordo com Minayo (2012), fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta dos dados”.

Pesquisar de forma científica significa utilizar um conjunto de procedimentos, a fim de buscar respostas para uma questão apresentada. Desse modo, a pesquisa é um processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. Seu objetivo, segundo Gil (2007), é descobrir resposta para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos. Sendo assim, fazer pesquisa é crescer profissionalmente e adquirir conhecimento.

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo é do tipo descritivo com abordagem quali-quantitativa. O tipo de pesquisa é utilizado com o intuito de captar informações relevantes visando responder os objetivos da pesquisa.

Conforme Gonçalves (2005), no enfoque quantitativo coletam-se e quantificam-se os dados e opiniões mediante o emprego de recursos e técnicas estatísticas, incluindo das mais simples as mais complexas.

A pesquisa qualitativa, busca responder questões particulares, que não são esclarecidas com a pesquisa quantitativa, permitindo o entendimento do universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Utiliza ferramentas que proporcionam reflexões e formulações ou modificações de conceitos e abre espaço para novos estudos e hipóteses de diferentes temas (MINAYO, 2010).

Os dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário semiestruturado autoadministrado, composto por questões acerca do conhecimento e atitudes em relação às PIC apresentado aos gestores e profissionais de saúde de nível superior da Atenção Primária do município.

## 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Atenção Primária do município de Caucaia, Ceará. Este município tem uma população aproximada de 361.400 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2019), e é integrante da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde – CRES, sendo referência para média complexidade de 09 municípios (Pentecostes, Itapagé, Tejuçuoca, Apuiarés, São Gonçalo do Amarante, Paraipaba, Paracuru, General Sampaio e São Luiz do Curu). O município dispõe de 74 Equipes de Saúde da Família (EqSF) (BRASIL, 2019) e 05 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) implantados e distribuídos em 46 Unidades Básicas de Saúde.

## 4.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA DO ESTUDO

Como característica dos informantes escolhidos para a pesquisa está aqueles que detêm poder ou influência sobre a implantação da política de práticas integrativas (Gestores e Profissionais), caracterizando a amostra como do tipo intencional, que é aquela em que o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção, etc.) de determinados atores (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Foi utilizada uma amostra intencional, constituída por profissionais elegíveis presentes ou escalados para o trabalho durante o período da pesquisa. Considerando o universo de 250 profissionais de saúde de nível superior (gestores e/ou assistenciais), constituído por assistente social, dentista, educador físico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, o tamanho da amostra foi calculado a partir da fórmula para populações finitas, erro amostral de cinco pontos percentuais, nível de 95% de confiança e adicionado 15% para compensar possíveis perdas e não-respostas, totalizando 174 profissionais:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Onde:

n: tamanho da amostra

N: tamanho da população

Z: nível de confiança (1,96 para 95% de confiança)

P: proporção que se espera (50%)

Q: complementar da proporção (1-P)

e: erro amostral

A população da pesquisa foi estratificada por unidade de saúde, de modo a manter a proporcionalidade do total de profissionais por EqSF e pertencentes ao NASF na amostra. Este número manteve-se inalterado por não ocorrer nenhuma perda por recusa ou abandono, alcançando taxa de 100% de participação.

#### **4.3.1 Critérios de inclusão**

Para participar do estudo, foram seguidos os seguintes critérios de inclusão: o profissional deveria atuar como profissional de saúde de nível superior (gestor e/ou assistencial) em EqSF ou NASF da APS de Caucaia. Estes poderiam ser contratados, efetivos ou comissionados da rede municipal de saúde; o profissional deveria estar presente em um dos turnos de trabalho no período de realização da coleta de dados no município.

#### **4.3.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos todos aqueles profissionais que não eram gestores ou de nível superior da área da saúde e/ou que estavam à disposição de outros órgãos do município, os que estavam de férias ou licença médica por qualquer motivo, e assim permaneceram durante todo o período de coleta de dados. Estudantes de graduação e pós-graduação em função da natureza desse tipo de inserção, isto é, por estarem em processo de formação também foram excluídos. Assim como o pesquisador e os profissionais respondentes ao teste piloto também foram excluídos.

### **4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Para realização da coletada de dados foi elaborado um questionário autoadministrado adaptado a partir de Gontijo (2014), constituído por 15 perguntas, com questões fechadas e mistas, incluindo temáticas significativas para o contexto: identificação do sujeito, conhecimentos e as experiências com as PIC e origem destes conhecimentos e vivências, conhecimento sobre a PNPIC, concepções sobre formação em PIC e sua implantação no SUS, atitudes dos participantes quanto às PIC na APS e suas percepções quanto à necessidade de aplicação dessas práticas para a população e implantação no município.

Os profissionais foram abordados em seu ambiente de trabalho, nos momentos em que puderam dar atenção ao pesquisador e foram convidados a participar do estudo. Para tanto, foi preparada uma escala para visitar todas as UBS de acordo com o horário de funcionamento, conforme as categorias profissionais e seus quantitativos. Em relação aos NASF, considerando que os profissionais atuam de forma itinerante nas UBS, foi realizado um agendamento prévio via telefone, perfazendo um total máximo de três tentativas por profissional.

Também foi realizado um pré-teste com a aplicação do questionário com uma amostra dos profissionais composta por um representante de cada categoria que atenderam aos critérios estabelecidos na pesquisa. A partir das observações feitas pelos respondentes do pré-teste, foram realizadas as alterações necessárias no instrumento. Assim, o mesmo foi julgado compreensível quanto aos seus objetivos, portanto, validado, e posteriormente aplicado aos profissionais elegíveis na pesquisa.

A partir da concordância em participar da pesquisa, cada participante recebeu um envelope contendo uma cópia do instrumento, sem nenhum tipo de identificação, o pesquisador entregou o questionário e não esteve presente durante o preenchimento do mesmo. Cada profissional ficou livre para escolher o momento mais apropriado para respondê-lo, sendo previsto um tempo médio de 10 minutos para responder as questões. A coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2019.

#### 4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram processados por meio do Programa SPSS (*Statistical Software for the Social Science*) versão 20 para Windows para julgamento exploratório e estatístico, utilizando-se figuras e tabelas.

Foi realizada análise descritiva dos dados e conferidos valores absolutos e relativos para cada pergunta analisada. Em seguida, as variáveis, que se fizeram necessárias, foram dicotomizadas para a análise de associação entre as variáveis. Os dados foram analisados por meio do teste do qui quadrado, sendo utilizado nível de significância  $p < 0,05$ .

Em relação às questões subjetivas, utilizou o e o *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), versão 0,7 alpha 2. Trata-se de *software* gratuito e desenvolvido sob a lógica *open source*, que categoriza os dados textuais a partir da avaliação da semelhança de seus vocabulários (análise lexical), de modo a subsidiar a compreensão do ambiente de sentido das palavras e, portanto, indicar elementos das representações referentes ao objeto estudado (CAMARGO; JUSTUS, 2013).

Esta ferramenta ancora-se no *software* R e na linguagem *python* e viabiliza diferentes tipos de análise dados textuais por meio do processamento e análise estatística, oferecendo cinco possibilidades: I) Estatísticas (análises lexicográficas; II) Especificidades e Análise Fatorial de Correspondência (AFC); III) Classificação Hierárquica Descendente (CHD; método de Reinert); IV) Análise de similitude e V) Nuvens de palavras. Por meio desse *software*, a distribuição do vocabulário pode ser organizada de forma facilmente compreensível e visualmente clara, com representações gráficas pautadas nas análises utilizadas (CAMARGO; JUSTUS, 2013)

Para o processamento dos dados, utilizou-se a CHD, análise de similitude e o método da nuvem de palavras. Dessa forma, as respostas foram analisadas para que, de acordo com as ideias principais dos participantes, fosse possível determinar as classes temáticas do conjunto de palavras, realizar inferências e interpretar os resultados. Assim, foi possível saber o que este grupo social percebe ou como se posiciona sobre o tema estudado.

#### 4.6 COMPONENTE ÉTICO DO ESTUDO

O projeto de pesquisa foi submetido inicialmente ao consentimento da Secretaria Municipal de Saúde para a obtenção da declaração de anuência para execução da pesquisa. Posteriormente, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza/Ceará (UECE) através do parecer nº 3.117.546 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE 03872618.2.0000.5534, sendo observados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).

A pesquisa foi aplicada mediante autorização da Secretaria de Saúde do município, por meio da abordagem do pesquisador aos sujeitos, durante as atividades de trabalho, os mesmos foram esclarecidos sobre a finalidade do projeto, convidados a participar do estudo e explicitados acerca do instrumento da pesquisa, o qual foi preenchido pelo próprio indivíduo pesquisado, após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi garantido aos participantes da pesquisa que sua inclusão ou exclusão era de livre e espontânea vontade, e que durante a realização do estudo, bem como na divulgação dos resultados, seu anonimato foi preservado. Foi informado ainda que a referida pesquisa teria a finalidade de contribuir com o aprimoramento do serviço e que a mesma não oferecia riscos para os participantes.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS ASPECTOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS E AS PERCEPÇÕES SOBRE AS PIC

Distribuídos na APS tinham-se 250 profissionais de saúde elegíveis, participaram da pesquisa 174, destes obteve-se uma taxa de resposta de 100%, o que correspondeu a uma amostra representativa de 70% da população.

Dos 174 profissionais de saúde participantes do estudo, verificou-se que 130 (74,7%) eram do sexo feminino e 44 (25,3%) do sexo masculino. Quanto à idade, as faixas etárias predominantes foram de 31 a 40 anos (n=91, 52,3%), seguida da 21 a 30 anos (n=50, 28,7%), 41 a 50 anos (n=25, 14,4%) e 31 a 40 anos (n=91, 52,3%).

Sobre o tempo de trabalho no serviço público, 65 (37,4%) profissionais tinham de 6 a 10 anos, 63 (36,2%) de 1 a 5 anos, 19 (10,9%) de 11 a 15 anos. Do total, 155 (89,1%) atuava nas EqSF e 19 (10,9%) nos NASF. Quanto ao vínculo empregatício, 89 (51,1%) efetivos e 85 (48,9%) contratados. Em relação ao grau de ensino, somente 1 profissional possuía pós-graduação em nível de doutorado, 5 (2,9%) Especialização e Mestrado, 106 (60,9%) somente especialização, 8 (4,6%) somente mestrado, 11 (6,3%) tinham residência e 43 (24,7%) não possuíam pós-graduação.

Quanto a função na APS, 165 (94,8%) exerciam função exclusivamente assistencial, e somente 9 (5,2%) atuavam na função gerencial, como coordenadores de UBS, todavia esta função era exercida concomitante com a assistencial. Em relação à categoria profissional, prevaleceu enfermeiros (n=74, 42,5%), médicos (n=53, 30,5%) e dentistas (n=25, 14,4%). As características dos participantes da pesquisa estão distribuídas na Tabela 1.

**Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária de acordo com o sexo, idade, tempo de serviço público, local de atuação, função e nível de escolaridade, Caucaia (CE), 2019**

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	130	74,7
Masculino	44	25,3
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>100</b>
<b>Idade</b>		
21 – 30	50	28,7
31 – 40	91	52,3
41 – 50	25	14,4
51 – 60	6	3,4
61 ou mais	2	1,1
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>98,9</b>
Dados ausentes	2	1,1
<b>Tempo de Serviço Público, anos</b>		
Menos de 1 ano	4	2,3
De 1 a 5 anos	63	36,2
De 6 a 10 anos	65	37,4
De 11 a 15 anos	19	10,9
De 16 a 20 anos	11	6,3
21 anos ou mais	8	4,6
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>97,7</b>
Dados ausentes	4	2,3
<b>Equipe de Atuação</b>		
EqSF	155	89,1
NASF	19	10,9
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de Contrato</b>		
Efetivo	89	51,1
Contratado	85	48,9
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>100</b>
<b>Função</b>		
Assistencial	165	94,8%
Assistencial/coordenador	9	5,2%
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>100</b>
<b>Pós-graduação</b>		
Especialização	106	60,9
Mestrado	8	4,6
Especialização/Mestrado	5	2,9
Residência	11	6,3
Doutorado	1	0,6
Sem Pós-graduação	43	24,7
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>100,0</b>
<b>Categoria Profissional</b>		
Enfermeiro	74	42,5
Médico	53	30,5
Dentista	25	14,4
Assistente Social	3	1,7
Educador Físico	3	1,7
Farmacêutico	3	1,7
Fisioterapeuta	3	1,7
Fonoaudiólogo	3	1,7
Nutricionista	3	1,7
Terapeuta Ocupacional	3	1,7
Psicólogo	1	0,6
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quando questionados se conheciam alguma das PIC, 164 (94,3%) participantes da pesquisa declararam “sim”, 7 (4,0%) responderam não, 2 (1,1%) relataram “não lembrar” e 1 (0,6%) não respondeu. Todavia, ao serem indagados se possuíam informações sobre a PNPIC, somente 41 (23,6%) dos participantes declararam que “sim”, 131 (75,3%) relataram “não” e 2 (1,1%) não responderam (Tabela 2).

A maioria dos profissionais considerou as PIC “eficientes” (n= 160, 92,0%), todavia 12 (6,9%) responderam “não” e 2 (1,1%) deixaram de responder. Em relação às concepções que possuem sobre as PIC estarem relacionadas ao ensino de graduação, 92 (52,9%) responderam que “sim”, 79 (45,4%) responderam “não” e 3 (1,7%) não responderam. Sobre já terem participado de algum curso de capacitação e/ou especialização em PIC, somente 25 (14,4%) relataram “sim”, 147 (84,5%) disseram “não” e 2 (1,1%) não responderam (Tabela 2).

Os profissionais foram questionados ainda quanto à necessidade de inserção das PIC nos cursos de nível superior, ao que 163 (93,7%) consideraram que devem ser inseridas nos cursos de graduação, 11 (6,3%) responderam “não”. Quanto a inserção na pós-graduação, 162 (93,1%) afirmaram “sim”, 11 (6,3%) responderam “não” e 1 (0,6%) não respondeu. Vale destacar que na graduação, 58 (33,3%) descreveram que a inserção deve ser como conteúdo obrigatório, 104 (59,8%) como optativo e 12 (6,9%) não souberam responder (Tabela 2).

**Tabela 2 – Distribuição dos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária de acordo com a percepção em relação ao conhecimento e ensino sobre PIC, Caucaia, CE, 2019**

Variáveis	n	%
(continua)		
<b>Conhecimento sobre PIC</b>		
Sim	164	94,3
Não	7	4,0
Não lembro	2	1,1
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>99,4</b>
Dados ausentes	1	0,6
<b>Conhecem a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares</b>		
Sim	41	23,6
Não	131	75,3
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>98,9</b>
Dados ausentes	2	1,1
<b>Consideram as PIC eficientes</b>		
Sim	160	92,0
Não	12	6,9
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>98,9</b>
Dados ausentes	2	1,1
<b>Concepções sobre PIC estão relacionadas ao ensino de graduação</b>		
Sim	92	52,9
Não	79	45,4
<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>98,3</b>

	(conclusão)	
Dados ausentes	3	1,7
<b>Profissionais que participaram de curso sobre PIC</b>		
Não	147	84,5
Sim	25	14,4
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>98,9</b>
Dados ausentes	2	1,1
<b>PIC devem ser inseridas na Graduação</b>		
Sim	163	93,7
Não	11	6,3
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>100,0</b>
<b>PIC devem ser inseridas nos cursos de graduação</b>		
Conteúdos Obrigatórios	58	33,3
Conteúdos Optativos	104	59,8
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>93,1</b>
Dados ausentes	12	6,9
<b>PIC devem ser inseridas nos cursos de pós-graduação</b>		
Sim	162	93,1
Não	11	6,3
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>99,4</b>
Dados ausentes	1	0,6

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na descrição específica das práticas existentes conhecidas pelos participantes da pesquisa, seis delas foram citadas por mais de 50% dos profissionais, são elas: Acupuntura (n=161, 92,5%), Plantas medicinais / Fitoterapia (n=134, 77,0%), Yoga (n=124, 71,3%), Homeopatia (n=114, 65,5%), Meditação (n=114, 65,5%) e Musicoterapia (n=101, 58,0%) (Tabela 3).

**Tabela 3 – Distribuição das PIC de acordo com o conhecimento dos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária, Caucaia, CE, 2019**

(continua)

Práticas	n	%
Acupuntura	161	92,5
Plantas Medicinais / Fitoterapia	134	77,0
Yoga	124	71,3
Homeopatia	114	65,5
Meditação	114	65,5
Musicoterapia	101	58,0
Aromaterapia	66	37,9
Biodança	63	36,2
Quiropraxia	60	34,5
Terapia de Florais	53	30,5
Reiki	51	29,3
Shantala	50	28,7
Medicina Tradicional Chinesa	48	27,6
Constelação familiar	43	24,7
Terapia comunitária integrativa	42	24,1
Cromoterapia	39	22,4
Imposição de mãos	38	21,8
Arteterapia	37	21,3
Osteopatia	35	20,1
Hipnoterapia	32	18,4
Ozonioterapia	19	10,9

(conclusão)

Reflexoterapia	19	10,9
Dança circular	18	10,3
Ayurveda	14	8,0
Auriculoterapia	13	7,5
Bioenergética	11	6,3
Medicina antroposófica	9	5,2
Naturopatia	5	2,9
Apiterapia	4	2,3
Geoterapia	3	1,7
Thetahealing	2	1,1
Ventosaterapia	1	0,6

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com relação à participação dos profissionais em atividades de capacitação e/ou especialização em PIC, dos que responderam sim, a maioria participou somente de um curso sobre o tema (n=17, 68,0%), sendo mais frequente a carga horária de 40 horas (n=8, 33,3%), e as temáticas de curso sobre Plantas medicinais/ Fitoterapia (n=5, 20%), seguida de Massoterapia (n= 3, 12%), Medicina Antroposófica (n= 3, 12%) e Reiki (n= 3, 12%) (Tabela 4 e 5).

**Tabela 4 – Distribuição dos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária de acordo com o quantitativo e carga horária de cursos sobre PIC realizados, Caucaia, CE, 2019**

Variáveis	n	%
<b>Número de cursos</b>		
1	17	68,0
2	7	28,0
3	1	4,0
<b>Carga horária (h)</b>		
8	1	4,2
10	1	4,2
20	4	16,7
30	1	4,2
40	8	33,3
60	3	12,5
80	2	8,3
180	1	4,2
200	2	8,3
240	1	4,2

Fonte: Elaborado pelo autor.

**Tabela 5 – Número e percentual de profissionais por curso de PIC realizado, Caucaia, CE, 2019**

Práticas	n	%
Plantas Medicinais / Fitoterapia	5	20,0
Massoterapia	3	12,0
Medicina Antroposófica	3	12,0
Reiki	3	12,0
Aromaterapia	2	8,0
Auriculoterapia	2	8,0
Shantala	2	8,0
Terapia de Florais	2	8,0
Ventosaterapia	2	8,0
Acupuntura	1	4,0
Arteterapia	1	4,0
Constelação Familiar	1	4,0
Dança Circular	1	4,0
Medicina Tradicional Chinesa	1	4,0
Meditação	1	4,0
Osteopatia	1	4,0
Terapia Alternativas	1	4,0
Terapia Comunitária Integrativa	1	4,0
Thetahealing	1	4,0

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quanto a experiência dos profissionais com as PIC, constatou-se que apenas 17 (9,8%) não tiveram qualquer experiência, a maioria teve experiência através de leitura e/ou reportagem sobre PIC (103, 59,2%), 86 (49,4%) ao se submeter a essas práticas, 62 (35,6%) através dos familiares que se submeteram às práticas, 63 (36,2%) na graduação, 23 (13,2%) na pós-graduação, e 32 (18,4%) afirmaram já utilizar as PIC na assistência aos pacientes (Tabela 6). Dentre estes últimos as práticas mais frequentemente relatadas foram: Plantas medicinais / Fitoterapia (n=15, 8,6%), seguida da Shantala (n=5, 2,9%) e Musicoterapia (n=4, 2,3%) (Tabela 7). Na análise de correlação entre utilizar as PIC na assistência aos pacientes, não houve associação, com nível de significância inferior a 0,05, com a função exercida pelo profissional e ter tido experiência com PIC na graduação, todavia foi identificado correlação entre o profissional ter tido experiência na pós-graduação ( $p=0,0058$ ), ter se submetido à essas práticas ( $p=0,00032$ ) ou o familiar ( $p=0,022$ ), bem como ter participado de curso de capacitação e/ou especialização em PIC ( $p=0,000001$ ) (Tabela 8).

**Tabela 6 – Distribuição dos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária de acordo com o relato de experiência com as PIC, Caucaia, CE, 2019**

Experiências com as PIC	n	%
Li e/ou vi reportagem a respeito do assunto	103	59,2
Me submeti as práticas	86	49,4
Experiência na graduação	63	36,2

(continua)

Familiar se submeteu às PIC	62	35,6
Utilizo as PIC em meus pacientes	32	18,4
Experiência na pós-graduação	23	13,2
Não tive nenhuma experiência	17	9,8

Fonte: Elaborado pelo autor.

**Tabela 7 - Distribuição das PIC de acordo com a utilização dos profissionais em seus pacientes, Caucaia, CE, 2019**

Práticas	n	%
Plantas medicinais / Fitoterapia	15	8,6
Shantala	5	2,9
Musicoterapia	4	2,3
Medicina antroposófica	3	1,7
Reiki	3	1,7
Acupuntura	2	1,1
Aromaterapia	2	1,1
Arteterapia	2	1,1
Biodança	2	1,1
Medicina tradicional chinesa	2	1,1
Terapia comunitária integrativa	2	1,1
Thetahealing	2	1,1
Ayurveda	1	0,6
Constelação familiar	1	0,6
Cromoterapia	1	0,6
Imposição de mãos	1	0,6
Osteopatia	1	0,6
Quiropraxia	1	0,6
Terapia de Florais	1	0,6
Auriculoterapia	1	0,6

Fonte: Elaborado pelo autor.

**Tabela 8 – Associação entre variáveis segundo concordância com a utilização das PIC na assistência aos pacientes, Caucaia, CE, 2019**

Variável	Utiliza as PIC nos seus pacientes				p <sup>a</sup>
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
<b>Função</b>					<b>0,234</b>
Assistencial	29	17,6%	136	82,4%	
Coordenador/Assistencial	3	33,3%	6	66,7%	
<b>Experiência com PIC na Graduação</b>					<b>0,076</b>
Sim	16	25,4%	47	74,6%	
Não	16	14,5%	94	85,5%	
<b>Experiência com PIC na Pós-Graduação</b>					<b>0,0058</b>
Sim	9	39,1%	14	60,9%	
Não	23	15,2%	128	84,8%	
<b>Profissional foi submetido às PIC</b>					<b>0,00032</b>
Sim	25	29,1%	61	70,9%	
Não	41	93,2%	1	2,3%	
<b>Familiar foi submetido às PIC</b>					<b>0,022</b>
Sim	17	27,4%	45	72,6%	
Não	15	13,4%	97	86,6%	
<b>Participou de curso sobre PIC</b>					<b>0,000001</b>
Sim	13	56,5%	10	43,5%	
Não	19	12,8%	130	87,2%	

Fonte: Elaborado pelo autor.

<sup>a</sup> Teste do qui-quadrado

Os participantes foram ainda questionados se consideram que as PIC podem contribuir para sua vida profissional, e a maioria afirmou que “sim” (n=165, 94,8%), todavia 4 (2,3%) relataram “não” e 9 (5,2%) disseram não saber. Além disso, 161 (92,5%) consideraram que as PIC são importantes para a atenção em saúde no SUS, mas 4 (2,3%) responderam “não” e novamente 9 (5,2%) não souberam responder (Tabela 9).

Quanto a conhecer UBS que ofertem PIC, 27 (15,5%) relataram “sim”, 146 (83,9%) disseram “não” e 1 (0,6%) não respondeu. Em relação à concepção sobre interesse dos usuários por essas práticas, 144 (82,8%) responderam positivamente, 28 (16,1%) afirmaram “não” e 2 (1,1%) não souberam responder. Já sobre a necessidade de inserção das PIC na unidade de saúde que atua, a maioria (144, 82,8%) afirmaram que há, mas 12 (6,9%) responderam “não” e 1 (0,6%) não respondeu. Vale destacar que 27 (15,6%) dos profissionais também afirmaram já existir essas práticas em pelo menos uma UBS, na qual das PIC citadas como existentes, a mais frequente foi Auriculoterapia (n=19, 70,4%) (Tabela 9 e 10).

**Tabela 9 – Distribuição dos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária de acordo com a percepção em relação às PIC na atenção à saúde, Caucaia, CE, 2019**

Variáveis	n	%
<b>PIC contribuem para sua vida profissional</b>		
Sim	165	94,8
Não	9	5,2
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>100</b>
<b>Consideram as PIC importantes para a atenção à saúde</b>		
Sim	161	92,5
Não	4	2,3
Não sei	9	5,2
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>100,0</b>
<b>Conhecem UBS que tenham PIC</b>		
Sim	27	15,5
Não	146	83,9
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>99,4</b>
Dados ausentes	1	0,6
<b>Interesse dos usuários por PIC</b>		
Sim	144	82,8
Não	28	16,1
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>98,9</b>
Dados ausentes	2	1,1
<b>Necessidade de inserção das PIC na UBS onde atua</b>		
Sim	161	92,5
Não	12	6,9
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>99,4</b>
Dados ausentes	1	0,6

Fonte: Elaborado pelo autor.

**Tabela 10 – Distribuição das PIC ofertadas na Atenção Primária de acordo com o relato dos profissionais de saúde, Caucaia, CE, 2019**

Práticas	N	%
Auriculoterapia	19	70,4
Plantas Medicinais / Fitoterapia	4	14,8
Terapia Comunitária Integrativa	2	7,4
Constelação Familiar	1	3,7
Medicina Antroposófica	1	3,7

Fonte: Elaborado pelo autor.

Afirmar que consideram as PIC importantes para a atenção à saúde no SUS não demonstrou correlação com o sexo, faixa etária, função ou categoria profissional, mas houve associação entre o tempo de serviço ( $p=0,0001$ ). Igualmente, foi significativo entre aqueles que afirmaram que as PIC podem contribuir para sua vida profissional ( $p=0,000$ ). Em relação a experiência com PIC, seja em capacitações, na graduação ou pós-graduação, bem como por submissão às práticas ou de familiar, não houve evidência de correlação (Tabela 11).

**Tabela 11 – Associação entre variáveis segundo concordância com a importância das PIC para a atenção em saúde no SUS, Caucaia, CE, 2019**

(continua)

Variável	Importância das PIC na atenção em Saúde						P <sup>a</sup>
	Sim n	%	Não n	%	Não sei n	%	
<b>Sexo</b>							<b>0,976</b>
Feminino	120	92,3%	3	2,3%	7	5,4%	
Masculino	41	93,2%	1	2,3%	2	4,5%	
<b>Idade</b>							<b>0,839</b>
21 – 30	45	90,0%	1	2,0%	4	8,0%	
31 – 40	83	93,3%	2	2,2%	4	4,5%	
41 – 50	23	92,0%	1	4,0%	1	4,0%	
51 – 60	6	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	
61 ou mais	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	
<b>Função</b>							<b>0,156</b>
Assistencial	153	92,7%	3	1,8%	9	5,5%	
Coordenador/Assistencial	8	88,9%	1	11,1%	0	0,0%	
<b>Categoria</b>							<b>0,847</b>
Assistente Social	3	100%	0	0,0%	0	0,0%	
Dentista	21	84%	1	4,0%	3	12%	
Educador Físico	3	100%	0	0	0	0	
Enfermeiro	73	98,6%	1	1,4%	0	0,0%	
Farmacêutico	3	100%	0	0,0%	0	0,0%	
Fisioterapeuta	3	100%	0	0,0%	0	0,0%	
Fonoaudiólogo	3	100%	0	0,0%	0	0,0%	
Médico	45	84,9%	2	3,8%	6	11,3%	
Nutricionista	3	100%	0	0,0%	0	0,0%	
Psicólogo	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	
Terapeuta Ocupacional	3	100%	0	0,0%	0	0,0%	
<b>Tempo de Serviço</b>							<b>0,000102</b>
Menos de 1 ano	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	
De 1 a 5 anos	59	93,6%	1	1,6%	3	4,8%	
De 6 a 10 anos	63	96,9%	1	1,5%	1	1,5%	
De 11 a 15 anos	18	94,7%	0	0,0%	1	5,3%	

(conclusão)

De 16 a 20 anos	10	90,9%	0	0,0%	1	9,1%	
21 anos ou mais	6	75,0%	1	12,5%	1	12,5%	
<b>Experiência com PIC na Graduação</b>							<b>0,076</b>
Sim	62	98,4%	0	0,0%	1	1,6%	
Não	98	89,1%	4	3,6%	8	7,3%	
<b>Experiência com PIC na Pós-Graduação</b>							<b>0,343</b>
Sim	23	100%	0	0,0%	0	0,0%	
Não	138	91,4%	4	2,6%	9	6,0%	
<b>Profissional foi submetido às PIC</b>							<b>0,077</b>
Sim	83	96,5%	0	0,0%	3	3,5%	
Não	78	88,6%	4	4,5%	6	6,8%	
<b>Familiar foi submetido às PIC</b>							<b>0,316</b>
Sim	59	95,2%	0	0,0%	3	4,8%	
Não	102	91,1%	4	3,6%	6	5,4%	
<b>Utiliza as PIC nos seus pacientes</b>							<b>0,205</b>
Sim	32	100%	0	0,0%	0	0,0%	
Não	129	90,8%	4	2,8%	9	6,3%	
<b>Participou de curso sobre PIC</b>							<b>0,338</b>
Sim	23	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Não	136	91,3%	4	2,7%	9	6,0%	
<b>PIC contribuem para sua vida profissional</b>							<b>0,000</b>
Sim	157	95,2%	1	0,6%	7	4,2%	
Não	4	44,5%	3	33,3%	2	22,2%	
<b>Conhecimento sobre PNPIC</b>							<b>0,226</b>
Sim	40	97,6%	1	2,4%	0	0,0%	
Não	119	90,8%	3	2,3%	9	6,9%	

Fonte: Elaborado pelo autor.

<sup>a</sup> Teste do qui-quadrado

## 5.2 ANÁLISE QUALITATIVA DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS PERCEPÇÕES SOBRE AS PIC

Quando um grupo de pessoas discute sobre um determinado assunto, a atribuição de significados e características que se dá a esse assunto torna-o parte das representações de suas experiências. Com o intuito de investigar a eficiência das PIC e sua importância para a atenção à saúde no SUS percebida pelos participantes da pesquisa, são apresentados os resultados explorados na parte II, questão 4: “Você considera que as Práticas Integrativas e Complementares são eficientes? Por que? ”, e na questão 11: “Você acredita que as Práticas Integrativas e Complementares são importantes para a atenção em saúde no SUS? Por que? ”

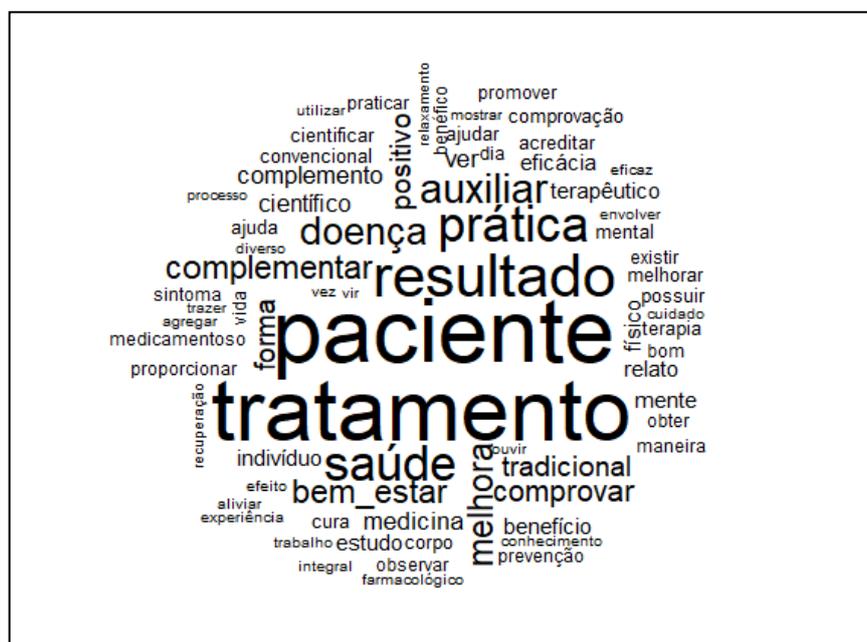
Dos 174 profissionais, 160 (92,0%) e 161 (92,5%) responderam positivamente para as questões 4 e 11, respectivamente. Para um melhor entendimento dos resultados, os comentários destas questões foram transcritos para o *software* IRAMUTEQ, utilizando-se a nuvem de palavras, Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e Análise de Similitude para a apresentação dos dados.

### 5.2.1 Nuvem de Palavras

O método chamado Nuvem de Palavras é uma análise lexical mais simples, porém graficamente didática e visualmente expressiva. A nuvem agrupa os termos e os organiza em função da sua frequência. Na interpretação gráfica, as palavras têm seu tamanho diretamente proporcional à sua frequência de evocação no *corpus* transcrito, a partir das respostas escritas pelos participantes da pesquisa no questionário.

Conforme Figura 1, na análise das respostas à questão 4, sobre a “eficiência das PIC”, a palavra *paciente* foi a que obteve maior frequência no *corpus* - 38 vezes, apresentando-se ao centro, seguida da palavra *tratamento* com 36 vezes, *resultado* com 24 vezes, *prática* com 20 vezes e *saúde* com 19 vezes.

**Figura 1 – Nuvem de Palavras da percepção dos profissionais de saúde acerca da eficiência das PIC, Caucaia, CE, 2019**



Fonte: Elaborado pelo autor.

Na parte superior da nuvem, acima da palavra *paciente*, observam-se as palavras *resultado*, *prática*, *auxiliar*, *doença*, *complementar*, entre outras. Enquanto na parte inferior, destacam-se as palavras *tratamento*, *saúde*, *melhora*, *bem-estar*, *comprovar* e *tradicional*. A relação da proximidade e/ou afastamento destas palavras demonstram aspectos relacionados à percepção sobre a eficiência das PIC. Sendo assim, podemos sugerir essas palavras inferindo que, os sujeitos ao responderem questionamentos sobre a eficiência das PIC fazem uma

estreita associação ao tratamento do paciente. É percebido que com as PIC, eles observam benefícios relatados pelas palavras *prática, resultado e saúde*.

Em relação às respostas descritas pelos profissionais na questão 11, sobre a “importância das PIC na atenção à saúde no SUS”, a palavra *paciente* foi a que obteve maior frequência no *corpus* - 38 vezes, apresentando-se ao centro, seguida da palavra *tratamento* com 36 vezes, *saúde* com 24 vezes, *prática* com 20 vezes e *doença* com 19 vezes (Figura 2).

Na parte superior da nuvem, acima da palavra *paciente*, observa-se as palavras *tratamento, pic, forma, sus, tradicional*, entre outras. Enquanto na parte inferior, encontram-se as palavras *saúde, prática, doença, usuário, complementar e baixo custo*. A relação da proximidade e/ou afastamento destas palavras demonstram aspectos relacionados à percepção sobre a importância das PIC na atenção à saúde no SUS.

Sendo assim, podemos sugerir essas palavras inferindo que, os sujeitos fazem novamente uma estreita associação ao tratamento do paciente. É percebido que com as PIC, eles observam benefícios ao paciente e redução de custos no tratamento sugeridos pelas palavras *saúde, prática, doença, resultado, usuário, baixo custo*.

**Figura 2 – Nuvem de palavras da percepção dos profissionais de saúde acerca da importância das PIC para a atenção à saúde no SUS. Caucaia, CE, 2019**



Fonte: Elaborado pelo autor.

### 5.2.2 Classificação Hierárquica Descendente

Nesta pesquisa, por meio da CHD, foram analisados 147 segmentos de texto, retendo 93,2% do total de textos para elucidação das classes, relacionados à questão 4, sobre a “percepção dos profissionais em relação à eficiência das PIC”, estas foram equiparadas, gerando quatro classes semânticas distintas.

Por meio da CHD, o IRAMUTEQ apresentou o dendograma das classes obtidas a partir do *corpus*. Cada classe foi representada pelas palavras mais significativas e suas respectivas associações com a classe.

Identificou-se através do dendograma (Figura 3), que a CHD deu origem à quatro classes, que foram denominadas a partir da distribuição dos segmentos de textos. Em um primeiro momento o *corpus* foi dividido em dois eixos, originando a classe 4, em oposição as demais. Num segundo momento o eixo abaixo foi dividido novamente, obtendo-se assim a classe 3, em similaridade às classes 1 e 2.

O vocabulário típico da classe 1 permitiu a contextualização do “Bem-estar do paciente” como resultado do uso das PIC, responsável por 19,7% dos segmentos de texto analisados no âmbito do *corpus*. As *palavras ajudar, proporcionar, bem-estar e paciente* denotam a concepção dos profissionais de que o uso das PIC contribui para a recuperação e bem-estar do paciente, conforme pode ser observado nas seguintes respostas:

Proporciona um bem-estar aos pacientes, assim promovendo saúde (PROFISSIONAL 7).

Porque auxiliam no tratamento e bem-estar do paciente (PROFISSIONAL 76).

Na classe 2, contextualizada como “Tratamento complementar”, com 45,3% dos segmentos de texto, temos as palavras *tratamento, complementar, doença, saúde, auxiliar, medicamentoso*, que denotam a compreensão de que as PIC são terapias complementares que auxiliam no tratamento medicamentoso.

Posteriormente, na classe 3, denominada como “Mente e Corpo”, com 5,8% dos segmentos textuais, destacam-se as palavras *mente, corpo, efeito, mental, cura, físico e saúde*. Desse modo, as palavras mostram uma concepção de que o uso das PIC resulta em cura e saúde para o paciente através dos efeitos físicos e mentais que ocasionam ao corpo.

Em contrapartida, a classe 4, “Resultado positivo”, que englobou 29,2% dos segmentos textuais, destacou os vocábulos *resultado, positivo, estudo, ver, comprovar*,

*possuir, científico, comprovação*, denotando uma compreensão de resultado pautada na necessidade de estudos que comprovem cientificamente a eficiência das PIC.

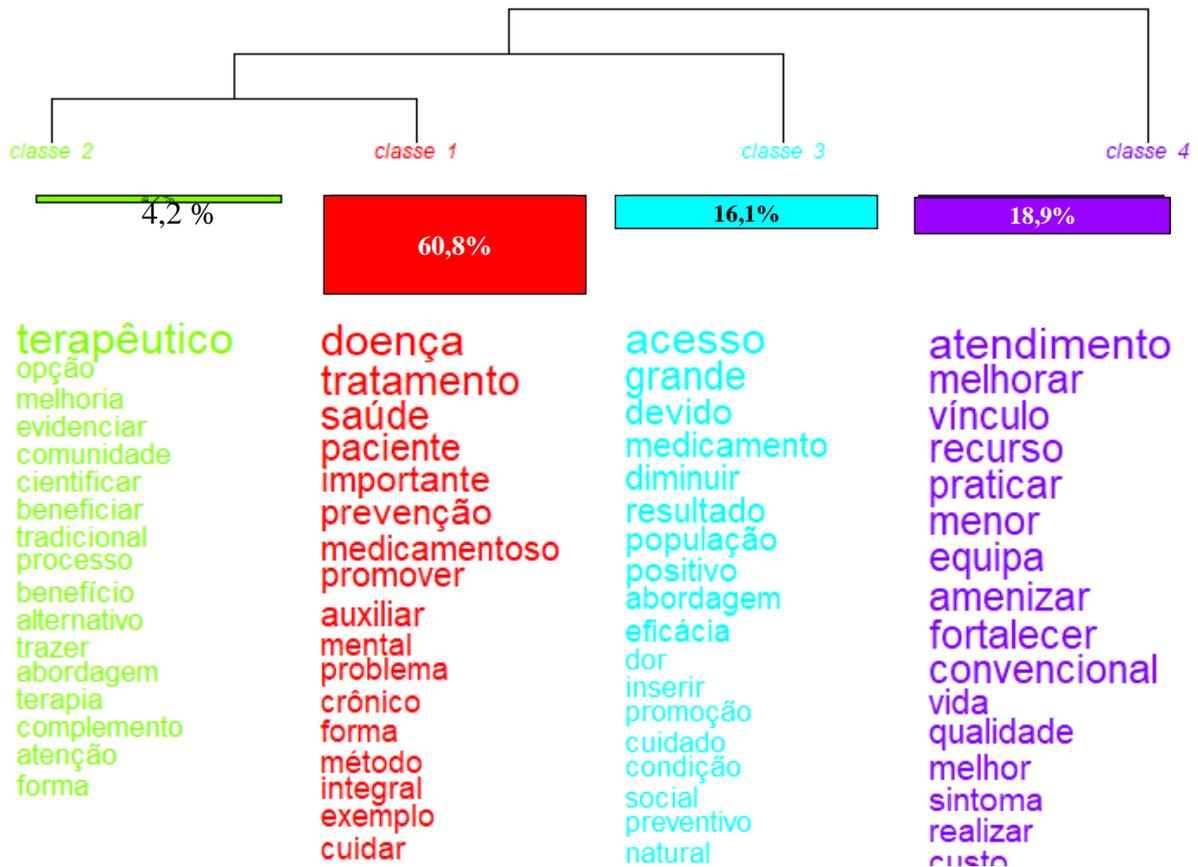
**Figura 3 – Dendograma da CHD da percepção dos profissionais de saúde acerca da eficiência das PIC. Caucaia, CE, 2019**



Fonte: Elaborado pelo autor.

Na Figura 4 está o dendograma originado da análise dos 146 segmentos de texto das respostas descritas pelos profissionais na questão 11 sobre “A importância das Práticas Integrativas e Complementares para a atenção à saúde no SUS”. A CHD também deu origem à quatro classes, que foram denominadas a partir da distribuição dos segmentos de textos. Em um primeiro momento o *corpus* foi dividido em dois eixos, originando a classe 4, em oposição as demais. Num segundo momento o eixo abaixo foi dividido novamente, obtendo-se assim a classe 3, em similaridade às classes 1 e 2.

**Figura 4 – Dendograma da CHD da percepção dos profissionais de saúde acerca importância das PIC para a atenção à saúde no SUS. Caucaia, CE, 2019**



Fonte: Elaborado pelo autor.

O vocabulário típico da classe 1 permitiu a contextualização do “Tratamento” como resultado do uso das PIC, responsável por 60,8% dos segmentos de texto analisados no âmbito do *corpus*. As palavras *doença*, *tratamento*, *saúde*, *paciente*, *importante*, *prevenção*, *medicamentoso*, *promover* e *auxiliar* denotam a concepção dos profissionais de que o uso das PIC é importante para a auxiliar o tratamento medicamentoso e prevenir doenças, conforme pode ser observado nas seguintes falas:

Principalmente na atenção básica, como preventiva e como um caminho para não depender integralmente de fármacos tradicionais, nos demais níveis de atenção em saúde como suporte emocional e de promoção a independência/pro atividade (PROFISSIONAL 25).

São importantes pelo poder de prevenção de doenças crônicas associadas a tratamentos tradicionais (PROFISSIONAL 65).

Na classe 2, contextualizada como “Opção terapêutica”, com 4,2% dos segmentos de texto, temos as palavras *terapêutico, opção, melhoria, comunidade, beneficiar e tradicional*, outras palavras em destaque foram *evidenciar e cientificar*, também associadas com significância à classe ( $p < 0,05$ ). Apreende-se, por meio do vocabulário lexical da classe 2, a percepção dos profissionais acerca da importância das PIC para a atenção à saúde, o que perpassa uma concepção de que são uma opção terapêutica tradicional com evidências científicas que trazem benefícios para a comunidade, aspecto que representa um fator favorável para a consolidação dessas práticas e, portanto, pode contribuir para sua institucionalização.

Posteriormente, na classe 3, denominada como “Acesso”, com 16,1% dos segmentos textuais, destacaram-se as palavras *acesso, grande e população*. Outras palavras com associação significativa à classe foram: *devido, medicamento, diminuir e resultado*. Desse modo, as palavras mostram uma concepção de que as PIC são terapias de fácil acesso à população, e paralelamente proporcionam diminuição do uso de medicamentos.

Por fim, a classe 4, denominada “Melhor Vínculo”, que englobou 18,9% dos segmentos textuais, destacou os vocábulos atendimento, melhorar, vínculo, recurso, praticar, menor e equipe. Denota-se, portanto, a compreensão do atendimento através das PIC também proporciona melhorias no vínculo do profissional com o paciente, conforme realçado nas seguintes respostas:

[...] além de fortalecer o vínculo do profissional e seu paciente (PROFISSIONAL 4).

[...] creio que, inclusive, facilitam e estreitam os vínculos entre profissionais e usuários do SUS (PROFISSIONAL 171).

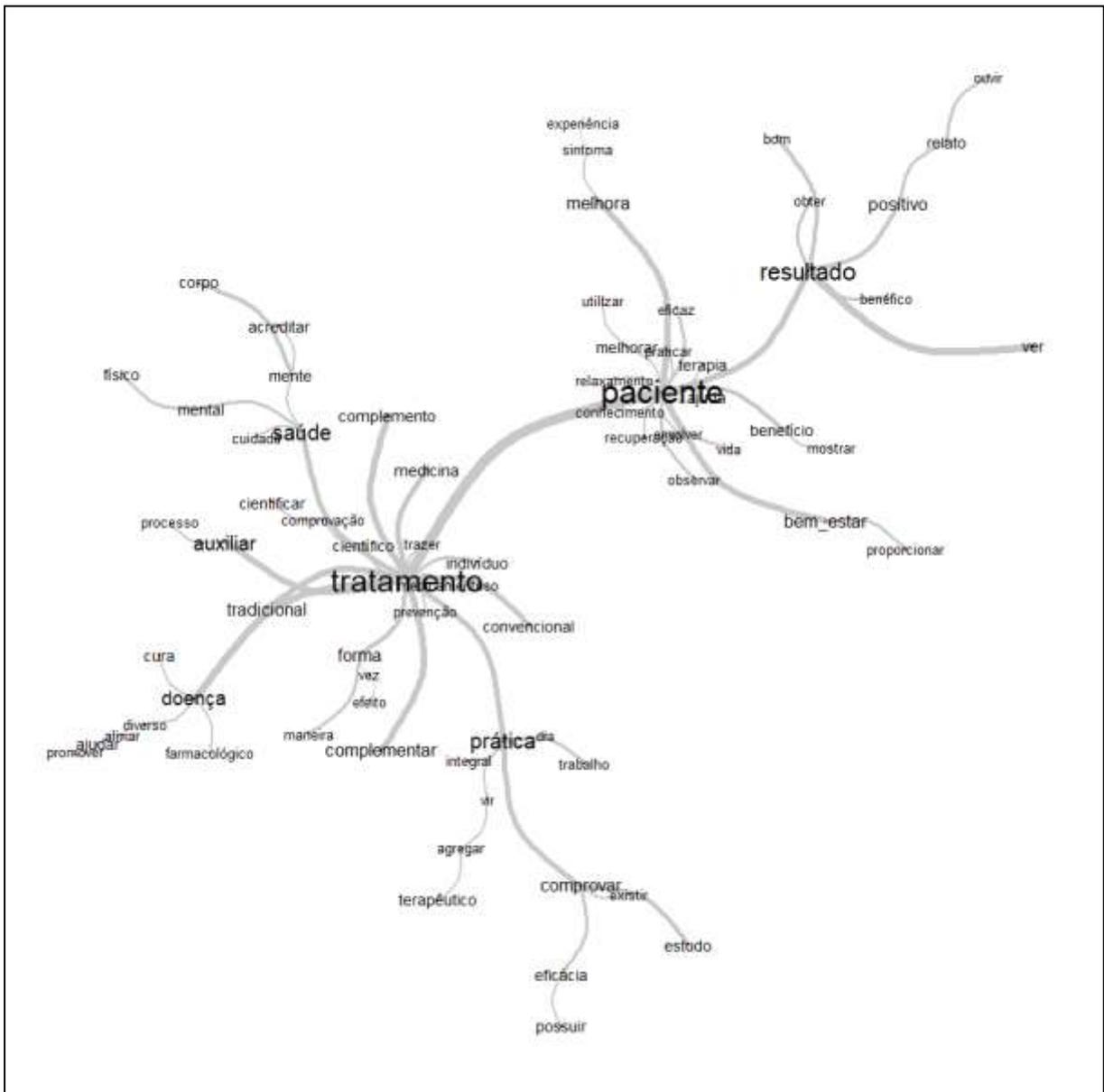
### 5.2.3 Análise de Similitude

A análise de similitude, realizada pelo IRAMUTEQ, possibilita identificar as co-ocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexão entre as mesmas. A partir do resultado do gráfico (Figura 5), o qual gerou um leque semântico de palavras mais frequentes no texto relacionadas à questão 4, sobre a “eficiência das PIC” na percepção dos participantes da pesquisa.

A árvore mostra as conexões entre os contextos ou palavras que emergiram das respostas e foram representadas pela distância e espessura dos halos, onde as palavras maiores representam núcleos centrais, e delas partem termos que contextualizam o seu significado.

Neste sentido, observou-se a formação de um leque semântico das palavras mais frequentes que foram: *paciente* e *tratamento*. Identificou-se como eixo central o léxico *paciente*, tendo como ramificações próximas os léxicos *resultado*, *melhora*, *bem-estar* e *tratamento* (que aparece com halo expressivo). A partir da palavra central *paciente*, gerou-se um ramo independente: *tratamento*, tendo como ramificações os léxicos *prático*, *doença*, *saúde* e *auxiliar*.

**Figura 5 – Árvore de similitude da percepção dos profissionais de saúde acerca da eficiência das PIC. Caucaia, CE, 2019**



Fonte: Elaborado pelo autor.

A análise de similitude sintetiza as classes destacadas, em que os termos *paciente*, *tratamento* e *resultado* organizam a percepção dos profissionais de saúde acerca da eficiência das PIC, colocando em realce, destarte: a quem se aplica (paciente), a que se destina (tratamento), e o que se obtém (resultado). Desse modo, as percepções dos participantes da pesquisa mostraram-se consonantes com a ideia de que as PIC promovem resultados esperados aos pacientes, o que pode ser observado nas respostas a seguir:

Porque geram resultados benéficos aos pacientes (PROFISSIONAL 39).

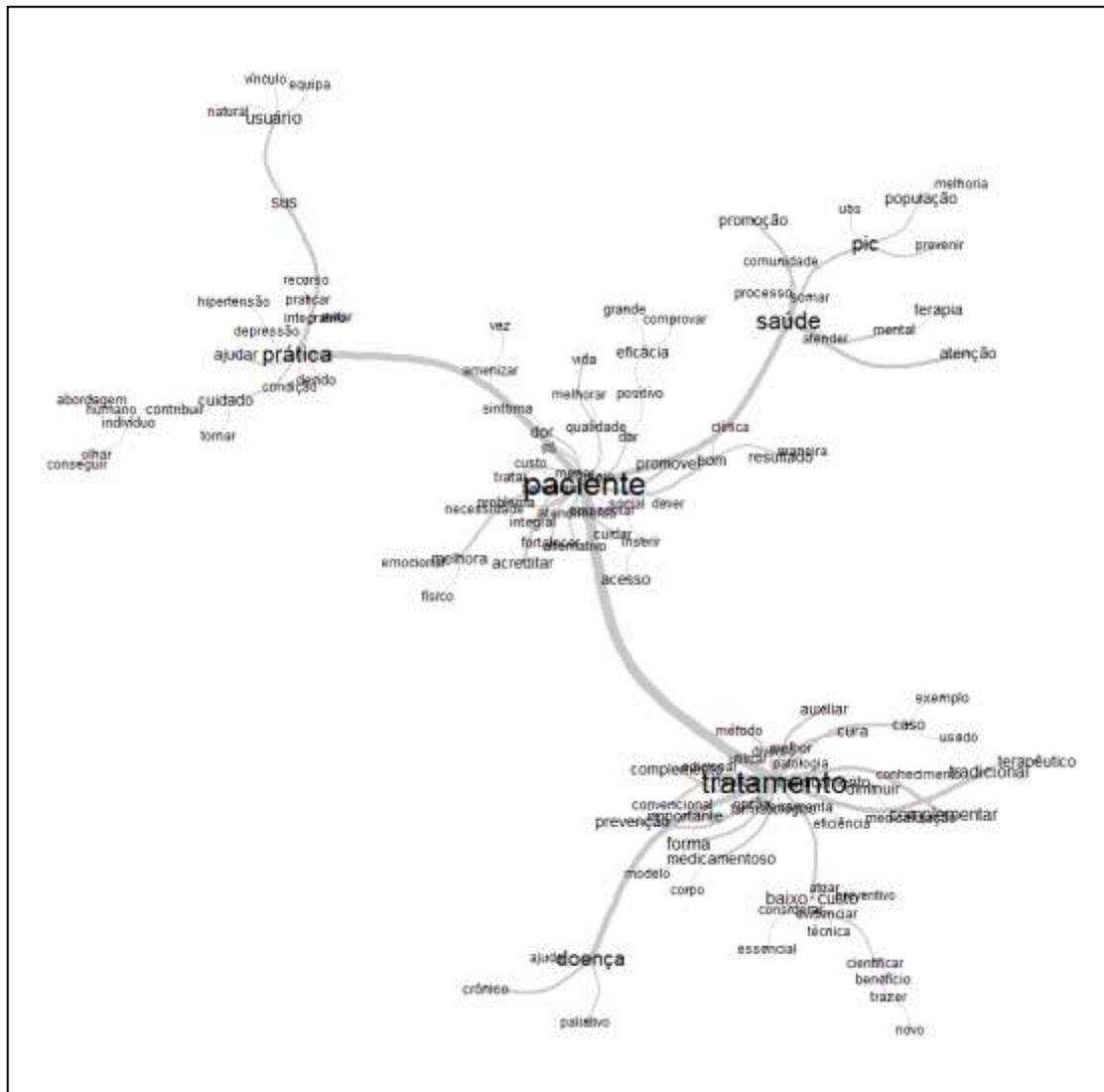
Vemos resultados e melhoras no quadro dos pacientes (PROFISSIONAL 43).

Na análise das respostas à questão 11, sobre “A importância das Práticas Integrativas e Complementares para a atenção à saúde no SUS”, obteve-se como eixo central o léxico *paciente*, tendo como ramificações próximas os léxicos *prática*, *saúde* e *tratamento* (que aparece com halo expressivo). A partir da palavra central *paciente*, gerou-se um ramo independente: *tratamento*, tendo como ramificações o léxico *doença* (Figura 6).

Na árvore de similitude há a síntese das classes destacadas, em que os termos *paciente*, *tratamento*, *prática* e *saúde* organizam a percepção dos profissionais de saúde acerca da importância das PIC para a atenção à saúde no SUS, colocando em destaque: a quem se aplica (paciente), o que é (prática), para que serve (tratamento) e o que se busca (saúde). Desse modo, as percepções dos participantes da pesquisa mostraram-se consonantes com a ideia de que as PIC são eficientes, o que pôde ser observado na resposta a seguir:

[...]práticas bastante eficientes para o tratamento e na melhoria do estado de saúde desses pacientes (PROFISSIONAL 137).

**Figura 6 - Árvore de similitude da percepção dos profissionais de saúde acerca importância das PIC para a atenção à saúde no SUS. Caucaia, CE, 2019**



Fonte: Elaborado pelo autor.

## 6 DISCUSSÃO

Segundo Mannheim (2007), são necessários para que uma política de saúde obtenha sucesso, a aproximação entre os decisores (políticos de alto escalão), formuladores (pesquisadores e expertises do tema) e os implementadores (profissionais).

Há locais em que apesar de ocorrer um contexto favorável em termos financeiros, políticos e econômicos para a realização de reformas dos cuidados de saúde ao longo dos últimos anos, com estabilidade política, crescimento econômico relativamente elevado e um investimento maciço em diversas áreas sociais, o processo de reforma dos cuidados de saúde pode não ocorrer devido à falta de interesse de alguns atores importantes, leva a inércia e falta de decisões (OLIVEIRA et al, 2005).

Para Cunha et al (2018) a avaliação não é uma atividade isolada e autossuficiente. Ela é uma das etapas do processo de planejamento das políticas e programas governamentais: gera informações; analisa resultados que podem sugerir a necessidade de reorientação das ações para o alcance dos objetivos traçados.

A análise dos interessados faz a aproximação das ferramentas ou grupo de ferramentas sobre os atores – individuais e organizações – para entender seus comportamentos, intenções, inter-relações e interesses; e para apresentar a influência e os recursos que ele invoca para fazer a decisão e realizar o processo de implementação (VARVASOVSKY; BRUGHA, 2000). Desta forma, a discussão dos resultados obtidos, pretende apresentar e refletir sobre a perspectiva dos profissionais de saúde do município investigado em relação às PIC.

Na caracterização dos profissionais de saúde respondentes na pesquisa, prevaleceram enfermeiros que possuem curso de pós-graduação em nível de especialização, com predomínio do sexo feminino e faixa etária de 31 a 40 anos.

Segundo Carvalho e Nóbrega (2017), a atuação da enfermagem no campo das PIC certamente é de grande valia para a área e para a massiva implantação da PNPIC no SUS, por esses profissionais constituírem uma das maiores forças de trabalho do sistema público de saúde. Desse modo, salienta-se que os enfermeiros generalistas podem enriquecer significativamente sua prática profissional se agregarem ao seu conhecimento os saberes acerca das PIC.

Com relação ao conhecimento referido pelos profissionais sobre as PIC, a maioria relatou conhecer, no entanto, somente 06 das 29 atividades integrativas cadastradas no SUS (BRASIL, 2018) são conhecidas por mais de 50% dos profissionais. O que demonstra um

nível de informação deficiente com relação a gama de serviços que engloba as PIC. Vale destacar que das atividades conhecidas, a acupuntura está entre as mais citadas, resultado semelhante também foi encontrado em outros estudos (ANDRADE et al., 2018; GONTIJO & NUNES, 2017).

É importante destacar ainda que um pequeno quantitativo dos profissionais participou de alguma atividade de educação sobre PIC. Esses dados podem possivelmente explicar o reduzido nível de conhecimento em relação aos tipos de PIC existentes mencionado anteriormente. Carvalho e Nóbrega (2017), também demonstraram valores reduzidos em relação aos profissionais terem recebido alguma capacitação/curso sobre PIC, ao que 23,2% responderam afirmativamente, e 76,8% negaram qualquer preparo após a inserção no trabalho.

Sobre a PNPIC, apesar de existir há mais de dez anos, poucos profissionais de saúde afirmaram ter algum conhecimento sobre ela. Isso também foi identificado por Ischkanian e Pelicioni (2012), dos nove profissionais de saúde nenhum tinha conhecimento da PNPIC e oito disseram nunca ter ouvido falar sobre estas. Outro estudo realizado em Florianópolis identificou que a maioria dos profissionais desconhecem as diretrizes da PNPIC, porém se mostra favorável ao que a política propõe (FISCHBORN et al., 2016). Thiago & Tesser (2011) em pesquisa sobre a percepção de 177 médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre as práticas integrativas e complementares em Florianópolis – SC constatou que 88,7% dos profissionais desconheciam as diretrizes de implantação das PIC, mas 81,4% concordavam com sua inclusão no SUS.

Os autores Azevedo & Pelicioni (2012) trazem a discussão sobre a adesão aos conceitos técnicos presentes nas diretrizes da PNPIC, sendo que das principais formas de divulgá-las é a oferta em cursos profissionalizantes na área ou disciplinas curriculares que estejam em consonância com o SUS, para que se fortaleça a aproximação entre ensino e serviço o que favorece a minimizar as chances de adoção apenas das práticas convencionais de saúde. Diante disto, o Ministério da Saúde propõe cursos de forma gratuita para profissionais já formados e usuários da rede, como o Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: corporais e mentais da Medicina Tradicional Chinesa, além de disponibilizar também no site do Ministério da Saúde o Caderno de Atenção Básica sobre plantas medicinais e fitoterapia (AZEVEDO; PELICIONI, 2012). Nossos resultados, assim como dos estudos apresentados sobre o desconhecimento da PNPIC, corroboram com o resultado também apresentado por Gontijo (2017), fortalecendo assim o questionamento apresentado neste quanto à efetividade da Política de Educação na Saúde do país, que é de

responsabilidade do Ministério da Saúde para a implantação destas práticas, e demonstram a necessidade ainda iminente de estratégias de formação e educação dos profissionais de saúde que de fato favoreçam a implantação da PNPIC na APS.

Questionados quanto à inserção das Práticas Integrativas e Complementares nas matrizes curriculares, a maioria dos profissionais respondeu que elas devem ser inseridas na graduação e pós-graduação, sendo na primeira distribuídas entre matérias optativas. Todavia, segundo Tesser et al (2018), para uma integração mais efetiva dessas práticas no cotidiano da APS, o ensino das PIC deve ser ofertado a um maior número de estudantes nos diversos cursos de saúde, ao longo de sua formação profissional, desde a graduação até a pós-graduação, com possibilidade de qualificação prática para aqueles que manifestem esse interesse. Nesse sentido, os Ministérios da Saúde e da Educação devem promover estratégias para a inserção oficial do tema das PIC, como conteúdo obrigatório nos cursos de graduação da área da saúde, sobretudo nos cursos cujos estudantes estarão envolvidos diretamente na assistência aos usuários, especialmente na APS; e estímulo à criação de cursos de pós-graduação nessa área, associados à pesquisa.

Para Tesser (2009), a grande dificuldade para a efetivação da PNPIC no Brasil é a escassez de instituições de ensino que formem profissionais com uma visão tradicional de cura em sintonia com os princípios do SUS e da Saúde Coletiva.

Quanto as experiências com as PIC, menos de 50% dos participantes da pesquisa fizeram uso de alguma prática integrativa ou relataram experiência de algum familiar. Sobre esta temática, Thiago (2009), em sua dissertação de mestrado intitulada "Medicinas e terapias complementares na visão de médicos e enfermeiros da Saúde da Família de Florianópolis", descreve como resultado de suas entrevistas que o despertar do interesse pelas PIC foi decorrente de experiências familiares relevantes nesse aspecto.

Em relação a utilização das PIC na assistência aos pacientes, existem algumas iniciativas na APS segundo os profissionais participantes do estudo, todavia os resultados identificados não foram significativos e divergem do identificado por Carvalho e Nóbrega (2017), em que 82,6% afirmaram exercer essa prática aos usuários do serviço. Porém, vale destacar, que apesar do valor reduzido, houve correlação desta variável com o profissional ter tido experiência na pós-graduação ( $p=0,0058$ ), ter se submetido à essas práticas ( $p=0,00032$ ) ou o familiar ( $p=0,022$ ), bem como ter participado de curso de capacitação e/ou especialização em PIC ( $p=0,000001$ ). O que corrobora com o descrito em alguns estudos, como o de Teixeira et al (2004), que destacam um curso de medicina na *Bruce Rappaport*

*Faculty of Medicine*, em Israel, no qual aos residentes são ensinados conteúdos de fitoterapia, MTC, homeopatia e medicina nutricional. Os autores mostraram que essa iniciativa induziu a uma mudança positiva na atitude e no interesse dos médicos em relação às PIC baseadas em evidências, fazendo com que passassem a recomendar tais práticas aos seus pacientes, além de empregá-las neles próprios e em seus familiares.

Greenfield et al (2002) também constataram que a maioria dos alunos conhecia as terapias complementares através do uso em si mesmos ou da observação do uso nos seus familiares. Este estudo refere que ao longo do curso de medicina os estudantes vão adquirindo um novo olhar sobre a utilização das terapias complementares e conclui que a influência do uso prévio das terapias complementares antes do ingresso na escola médica está relacionada ao maior interesse em estudá-las e praticá-las.

Apesar do pouco conhecimento sobre todas as PIC existentes e sobre a PNPIC, foi observado que a maioria dos profissionais acreditam que essas práticas são eficientes e importantes para a atenção à saúde no SUS. Vale destacar que houve associação significativa entre considerar as PIC importantes para a atenção à saúde no SUS e o tempo de atuação no serviço público. Com isso, é possível inferir que o tempo de atuação é um fator que pode contribuir para o interesse nessa temática. Já na correlação com a experiência de ter se submetido à alguma PIC não foi evidenciado associação ( $p=0,069$ ). Esses dados divergem do que foi identificado por Carvalho e Nóbrega (2017) que verificaram uma tendência ( $p=0,059$ ) daqueles que afirmam ter utilizado alguma PIC na vida pessoal em acreditar que essas práticas devam ser disponibilizadas à população por meio do SUS.

Os profissionais também consideram que as PIC podem contribuir para sua vida profissional, e acham necessária a inserção das PIC na unidade de saúde que atuam, bem como acreditam que há interesse dos usuários por essas práticas. Esses resultados corroboram com os apresentados em outros estudos, como o de Ischkanian e Pelicioni (2012), em que a maioria dos profissionais entrevistados tinham opiniões favoráveis quanto ao uso das PIC, classificando-as como ótimas ou excelentes, válidas e que exercem papel importante no modelo de atendimento. Assim como Carvalho e Nóbrega (2017) demonstraram que dos 70 profissionais de uma UBS no município de São Paulo que foram entrevistados, 94,3% tinham interesse nas PIC e acreditavam que a comunidade se interessaria por essas práticas. Andrade et al. (2018) também observaram que os profissionais acreditam que são benéficos esses complementos nos serviços.

Nossos resultados sugerem a possibilidade de diálogo e apoio para incorporação de uma política de saúde com PIC no modelo de atenção vigente. Esses resultados são um

bom indicativo para o processo de implantação PNPIC no município. Portanto, apesar de alguns fatores impactantes para institucionalização das PIC, como a deficiência de capacitação específica, percebe-se um momento favorável com aceitação bastante significativa pelos profissionais de saúde, inclusive com arcabouço legal justificando a inserção destas práticas no SUS (SANTOS, 2012).

A partir dos comentários que foram feitos pelos diversos profissionais, numa abordagem qualitativa do questionário, os resultados foram importantes para uma melhor compreensão das concepções dos profissionais sobre as PIC. As classes que emergiram a partir das respostas discursivas dos profissionais englobaram classes que envolveram desde os aspectos sobre a eficiência das PIC em prover um tratamento auxiliar à terapia convencional como também outros relacionados a prevenção de doenças e promoção de bem-estar ao paciente. No tocante a isto, a classe *resultado* que apontou aspectos relacionados à benefícios para o paciente, trouxe ainda elementos como a concepção dos profissionais em relação à comprovação científica dos benefícios oriundos dessas práticas. Vale destacar ainda que dentre esses profissionais estão os que exercem também a função de gestores de UBS.

Diversas evidências científicas têm demonstrado a efetividade dessas práticas, dentre elas: Vickers et al (2004) relatou benefícios clinicamente importantes com uso de acupuntura em pacientes com enxaqueca; Cabyoglu et al (2006) observou que a aplicação de acupuntura no tratamento da obesidade é eficaz na perda de peso; e Deng et al (2013), em uma revisão sistemática, identificou que várias modalidades de terapia complementar podem ser úteis para melhorar o atendimento geral a pacientes com câncer de pulmão. Assim, nossos achados refletem que os profissionais detêm esse conhecimento em relação às PIC. Carvalho e Nóbrega (2017) afirmam que o conhecimento insuficiente sobre o assunto pode levar a concepções errôneas sobre o tema, prejuízos na sua aplicabilidade, desvalorização do alcance das PIC.

Sacramento e Gentilli (2016) relata a experiência da implantação na capital capixaba das PIC pelo poder público e assim demonstrou “[...] a existência de esforços técnicos empreendidos para seu desenvolvimento, apesar do município dispor de poucos recursos para as ações. Alguns aspectos pesam contra a consolidação [...] no campo das PIC”. De acordo com as autoras estas dificuldades são oriundas da resistência em aceitar os princípios e a forma de atuação das PIC por parte “[...] dos gestores, profissionais e técnicos, formados na cultura hegemônica” e ainda “[...] são atividades que se desenvolveram na esteira da lógica pré-capitalista, ou no máximo, mercantil” (SACRAMENTO E GENTILLI, 2016, p. 117).

A respeito da importância da PIC para a atenção à saúde no SUS, foi destacado pelos profissionais a redução de custos com uso dessas terapias. Esse dado, mais uma vez, reflete o conhecimento dos profissionais sobre alguns dos benefícios na utilização dessas práticas. Já que as PIC são reconhecidas por parte da OMS como alternativas de menor custo para o atendimento a diversas patologias, atuando de forma coadjuvante ou como tratamento principal (WHO, 2002).

Um dado interessante surgido nas respostas a essa questão foi em relação a afirmação de que as PIC também proporcionam melhorias no vínculo do profissional com o paciente, que reforça novamente uma concepção correta em relação às PIC, visto que a PNPIC visa desenvolver abordagens à saúde que busquem estimular a promoção, prevenção e recuperação da saúde utilizando métodos naturais, pautados na escuta, no acolhimento e no desenvolvimento de vínculos terapêuticos entre usuário, família e profissional de saúde, de modo a auxiliar no entendimento do conceito ampliado de saúde e no autocuidado. (BRASIL, 2006c).

## 7 CONCLUSÃO

Constata-se que os profissionais têm uma compreensão das PIC centrada no paciente, que perpassa elementos científicos, humanos e educacionais. Existe concordância em relação a inserção dessas práticas no ensino superior, mas não de forma prioritária. Evidencia-se ainda um conhecimento técnico incipiente por parte dos profissionais de saúde da APS do município investigado para atuação efetiva com PIC dentro da realidade do SUS. Julga-se fundamental fomentar um amplo processo educativo, político e problematizador que forme profissionais capacitados e que lhes seja estimulada e facilitada a especialização nessas práticas, ou seja, há necessidade de investimento na educação permanente para os profissionais que atuam na APS de Caucaia, já que esta é uma política do Ministério da Saúde. É possível que dessa forma as PIC se tornem mais conhecidas e praticadas pelos profissionais, ampliando e fortalecendo esse campo de atuação.

Os profissionais compreendem que a utilização dessas práticas é de interesse dos usuários, contribuem para o desempenho e redução de custos nas atividades assistenciais, fortalecendo inclusive o vínculo entre profissional e paciente.

Outra constatação é sobre o papel dos gestores (coordenadores de unidades de saúde) e a temática. Nesse sentido o presente trabalho, demonstra um ambiente favorável entre gestores das UBS e profissionais da assistência para a inclusão das PIC na APS.

A inexistência, na época da pesquisa, de uma política municipal ou apoio institucional para essas práticas pode ser um dos fatores contribuintes para a pouca expressividade das PIC na APS. Entretanto, há potencialidades para implantação destas no município, como a existência de iniciativas de utilização dessas práticas na APS, bem como a compreensão, por parte dos profissionais, de que essas práticas são eficientes no processo assistencial. Essa pesquisa fornece subsídios para a alta gestão municipal como um importante primeiro passo para a construção sustentável de uma política local de oferta das terapias complementares no município.

Este estudo mostra algumas particularidades do município de Caucaia, visto que não há dados sistematizados desde então, contribuindo para o subsídio de ações e confronto de dados com outras realidades sobre as PIC na APS. A mudança cultural de práticas em saúde como políticas públicas não é possível apenas com mudanças pontuais de um setor ou outro da saúde, para isso é necessário englobar todos os atores envolvidos (profissionais, gestores e usuários). Desta forma, sugere-se que estudos futuros sejam realizados com as demais categorias profissionais de nível médio, bem como com os usuários da APS, sobre as

motivações em relação a credibilidade e conhecimento sobre as Práticas Integrativas e Complementares.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. P.; MORAIS, K. C. S.; SILVA, C. P.; TAVARES, F. M. Percepção dos Profissionais das Unidades Básicas de Saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares. **Revista Multidisciplinar de Psicologia**, v.12, n. 42, supl. 1, p. 718-727, 2018.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F. Práticas Integrativas e Complementares de desafios para a educação. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 361-78, 2012.

AVIM, N. A. T. Práticas integrativas e complementares de saúde no cuidado. **Revista Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 1, 2016.

BELLOTTO JÚNIOR, N.; MARTINS, L. C.; AKERMAN, M. Impacto dos resultados no tratamento por acupuntura: conhecimento, perfil do usuário e implicações para promoção da saúde. **Arquivos Médico do ABC**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 83-86, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica. **e-gestor Atenção Básica**. Brasília. 2019. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>> Acesso em: 25 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 mar 2018c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Notícias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=\\_&cod=2331](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2331)> Acesso em: 25 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: MS, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Comunidade de Práticas:** Curso de Gestão em práticas integrativas e complementares. Inserção das práticas integrativas e complementares na rede de saúde. Brasília-DF, 2014. Disponível em: <<https://cursos.atencaobasica.org.br/groups/aprofundamento-2>> Acesso em: 15 Abr 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12.** regulamenta os procedimentos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares:** plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Brasília. 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: realidades e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. **Revista Brasileira Saúde da Família**, v. 2, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: MS, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 971 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde; **Diário Oficial da União.** Brasília, 03 maio 2006b.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federal do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-8, 2013.

CABYOGLU, M. T.; HERGEN, N.; TAN, U. The treatment of obesity by acupuncture. **International Journal Neuroscience**, v. 116, n. 2, p. 165-175, 2006. Disponível em: <[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16393882](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16393882)>. Acesso em: 20 set. 2019.

CARVALHO, J. L. S.; NOBREGA, M. P. S. de S. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, 2017.

CAMPBELL, Colin. A orientalização do Ocidente: reflexões sobre uma nova teodicéia para um novo milênio. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 5-21, 1997.

CONTATORE, O. A.; BARROS N. F.; DURVAL, M. R.; BARRIO, P. C. C. C.; COUTINHO, B. D.; SANTOS, J. A. et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saude Coletiva**, v. 20, n. 10, 2015.

CUNHA, E. O.; DANTAS, L. M. V.; VERHINE, R. E. Subsídios teóricos para estudos sobre implementação de políticas educacionais nas redes/escolas municipais no Brasil. **Jornal de Políticas Educacionais**, v. 12, n. 23, 2018.

DAVID, N. S. R. P. **Autoavaliação integrativa da gestão do cuidado**: sentidos e significados das PICS em Nísia Floresta. 2017. 99 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

DENG, G. E.; RAUSCH, S. M. JONES, W. et al. Complementary therapies and integrative medicine in lung cancer: diagnosis and management of lung cancer, 3<sup>rd</sup> ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. **Chest**, v. 143, n. 5, 2013.

DESCARTES, R **Meditações**. São Paulo: Nova Cultural, 1991. (Coleção Os Pensadores)

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FLEURY, S.; OURVERNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FISCHBORN, A. F et al. A Política das Práticas Integrativas e Complementares do SUS: o relato da implementação em uma unidade de ensino e serviço de saúde. **Cinergis**, v. 17, 2016.

FONTANELLA, F. et al. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. **Arquivo Catarinense de Medicina**, Florianópolis, v. 36, n. 2, p. 69-74, 2007.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2007. 206p.

GONÇALVES, H. de A. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. São Paulo: Avercamp, 2005.

GONTIJO, M. B. A.; NUNES, M. F. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 301-320, 2017.

GREENFIELD, S. M. et al. First year medical students' perceptions and use of complementary and alternative medicine. **Complementary Medicine**, v. 10, n. 1, p. 27-32, 2002.

HABIMORAD, P. H. L. **Práticas integrativas e complementares no SUS**: revisão integrativa. 2015. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina

de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/caucaia/panorama>. Acesso em: 01 out. 2019.

ISCHKANIAN, P. C. PELICIONI, M. C. F. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. **Rev Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 22, n. 1, p. 233-238, 2012.

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014.

LEIBNIZ, G. W. **Novos ensaios sobre o entendimento humano**. São Paulo: Nova Cultural, 1992. (Coleção Os Pensadores).

LEMO, S. F. **Significado da Acupuntura para usuários de um serviço de atendimento em saúde**. 2006. 85 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.

LIMA, A. K. C. **Competências gerenciais: a percepção dos gestores de uma IES pública**. 2010. 134 f. Dissertação (Mestrado em Administração) –Pró-Reitoria de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação, Universidade Potiguar, Natal, 2010.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface**, Botucatu, v.18, n.49, p. 261-272, 2014.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.

LOSSO, L. N. **Avaliação da implantação das Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em Santa Catarina**. 2015. 204 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

LUZ, M. T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. **Cadernos de Sociologia**, v. 7, p. 109-128, 1995.

\_\_\_\_\_. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: Hucitec. 2003.

MANNHEIMER, L. N.; LEHTO, J.; OSTLIN, P. Window of opportunity for intersectoral health policy in Sweden—open, half-open or half-shut? **Health Promotion International**, Londres, v. 22 n. 4, p. 307-315, 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MINAYO, M C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

\_\_\_\_\_. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

NORMAN, A H; TESSER, C D. Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde. **Caderno de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, 2009.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde: SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 365-394.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 66, n. 2, p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, M. D.; MAGONE, J. M.; PEREIRA, J. A. Nondecision making and inertia in Portuguese health policy. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Duke, v. 30, n. 1-2, p. 211-230, 2005.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, 2011.

RAMOS, M. S. D.; **Práticas Integrativas e Complementares no SUS - Uma análise a partir do PMAQ**. 2017. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

ROZA, J. R.; RODRIGUES, V. de A. O Programa de Saúde da Família e a regulação dos vínculos institucionais externos. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 59-73.

SACRAMENTO, H. T. do. **A implementação da política nacional de práticas integrativas e complementares no município de Vitória-ES: percepção dos médicos e gestores**. 2015. 121 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2015.

SACRAMENTO, H. T. GENTILLI, R. M. L. Mundialização do capital e política de saúde: desafios para as práticas integrativas e complementares no SUS. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 20, n. 1, p. 103-120, 2016.

SANT'ANA, V. **Análise do fomento do SUS à produção científica em práticas integrativas e complementares em saúde (2002 a 2014): contribuições da Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde**. 2016. 71 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília. Brasília. 2016.

SANTOS, M. C. **Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde de**

**Florianópolis/SC: implantação, cogestão e educação permanente em saúde.** 2012. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

SAYD, J. D. Novos Paradigmas e Saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.113-121, 1999.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v., n.1, p. 48-56, 2008.

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

TEIXEIRA, M. Z.; LIN, C. A.; MARTINS, M; A. O ensino das práticas não convencionais em saúde nas faculdades de medicina: panorama mundial e perspectivas brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 51-60, 2004.

TESSER, C. D. (Org.). **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

\_\_\_\_\_. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, 2009.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades Médicas e integralidade. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 174-188, 2018.

THIAGO, S. C. S. **Medicinas e terapias complementares na visão de médicos e enfermeiros da Saúde da Família de Florianópolis**. 2009. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

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

VARVASOVSKY, Z.; BRUGHA, R. How to do (or not to do)... A stakeholder analysis. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 15, n. 3, p. 338-345, 2000.

VICKERS, Andrey J. et al. Acupuncture for chronic headache in primary care: large, pragmatic, randomized trial. **British Medical Journal**, Bethesda, v. 328, p. 744-746, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Traditional Medicine Strategy, 2014-2023**. 2013 Disponível em: <  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: 5 set. 2019.

\_\_\_\_\_. **The World medicines situation:** Tradicional medicines: global situation, issues and challenges; 2011. Disponível em: <<http://digicollection.org/hss/en/m/abstract/Js18063en/>>. Acesso em: 5 set. 2019,

\_\_\_\_\_. **Acupuncture:** review and analysis of reports on controlled clinical trials. Geneva: WHO Publications, 2002. Disponível em: <<http://digicollection.org/hss/en/d/Js4926e/>>. Acesso em: 5 set. 2019.

\_\_\_\_\_. **Estrategia de la OMS sobre Medicina tradicional 2002-2005.** Geneva, 2002. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2299s/s2299s.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2019.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



## UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: PERCEPÇÕES DE GESTORES E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, que tem como objetivo geral: Analisar as percepções dos gestores e profissionais sobre a utilização das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária a Saúde.

Caso você autorize, para que possamos realizá-la é necessário que você responda ao questionário proposto cujo tempo de preenchimento é de aproximadamente 10 minutos contendo perguntas fechadas e semiabertas.

A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição ao qual trabalha. Os riscos quanto a sua participação são mínimos, tudo foi planejado para minimizá-los, porém se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador.

Você não receberá remuneração pela participação, e a sua cooperação pode contribuir para a ampliação dos conhecimentos científicos sobre o tema e a reflexão sobre a melhoria da assistência em saúde com a implantação da política de Práticas Integrativas na atenção primária do município de Caucaia. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa ao entrarem em contato com o pesquisador: Farmacêutico-mestrando João Carlos Barbosa Cavalcante, rua Joacir Sampaio Pontes, nº 2591 – Bairro: Centro, Caucaia-Ceará, pelo fone: (85) 985290777 ou com a Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Irismar de Almeida, orientadora da pesquisa, no telefone (85) 3101/9826.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê, de segunda a sexta-feira no horário de 13:00 às 17:00 horas, o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para você e outra para o arquivo do pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido esclarecido a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Caucaia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

## APÊNDICE B – Questionário.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF

Pesquisador responsável: João Carlos Barbosa Cavalcante

Orientadora: Dra. Maria Irismar de Almeida

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: PERCEPÇÕES DE GESTORES E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Sua colaboração é fundamental! Caso concorde em participar da pesquisa, assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, por favor, leia e responda às questões abaixo. Sua identidade será preservada.

**PARTE I - DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS**

**1. Em qual unidade abaixo listada você atua como profissional de saúde?**

1. NASF

2. Unidade Básica de Saúde

**2. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos**

**3. Indique o seu sexo:**

1. Feminino

2. Masculino

**4. Qual é sua graduação?**

<input type="checkbox"/> 1. Assistente Social	<input type="checkbox"/> 7. Fonoaudiólogo
<input type="checkbox"/> 2. Dentista	<input type="checkbox"/> 8. Médico
<input type="checkbox"/> 3. Educador Físico	<input type="checkbox"/> 9. Nutricionista
<input type="checkbox"/> 4. Enfermeiro	<input type="checkbox"/> 10. Psicólogo
<input type="checkbox"/> 5. Farmacêutico	<input type="checkbox"/> 11. Terapeuta Ocupacional
<input type="checkbox"/> 6. Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> Outro: _____

**5. Possui pós-graduação?**

<input type="checkbox"/> 1. Especialização	<input type="checkbox"/> 3. Residência
<input type="checkbox"/> 2. Mestrado	<input type="checkbox"/> 4. Doutorado

6. Quanto tempo atua no serviço público? \_\_\_\_ (em anos)

<input type="checkbox"/> 1. Efetivo	<input type="checkbox"/> 2. Contratado
-------------------------------------	--

7. Qual função que exerce no momento?

<input type="checkbox"/> 1. Assistencial	<input type="checkbox"/> 2. Coordenador	<input type="checkbox"/> 3. Supervisor
--	---	--

## PARTE II – SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

1. Você conhece alguma Prática Integrativa e Complementar?

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Não lembro
---------------------------------	---------------------------------	--

2. Qual(is) dessas práticas você conhece? (Pode marcar mais de uma resposta).

<input type="checkbox"/> 1. Acupuntura	<input type="checkbox"/> 2. Apiterapia	<input type="checkbox"/> 3. Aromaterapia
<input type="checkbox"/> 4. Arteterapia	<input type="checkbox"/> 5. Ayurveda	<input type="checkbox"/> 6. Biodança
<input type="checkbox"/> 7. Bioenergética	<input type="checkbox"/> 8. Constelação familiar	<input type="checkbox"/> 9. Cromoterapia
<input type="checkbox"/> 10. Dança circular	<input type="checkbox"/> 11. Geoterapia	<input type="checkbox"/> 12. Hipnoterapia
<input type="checkbox"/> 13. Homeopatia	<input type="checkbox"/> 14. Imposição de mãos	<input type="checkbox"/> 15. Medicina antroposófica
<input type="checkbox"/> 16. Medicina tradicional chinesa	<input type="checkbox"/> 17. Meditação	<input type="checkbox"/> 18. Musicoterapia
<input type="checkbox"/> 19. Naturopatia	<input type="checkbox"/> 20. Osteopatia	<input type="checkbox"/> 21. Ozonioterapia
<input type="checkbox"/> 22. Plantas medicinais / Fitoterapia	<input type="checkbox"/> 23. Quiropraxia	<input type="checkbox"/> 24. Reflexoterapia
<input type="checkbox"/> 25. Reiki	<input type="checkbox"/> 26. Shantala	<input type="checkbox"/> 27. Terapia comunitária integrativa
<input type="checkbox"/> 28. Terapia de Florais	<input type="checkbox"/> 29. Termalismo social/Crenoterapia	<input type="checkbox"/> 30. Yoga
<input type="checkbox"/> 31. Outro(s). Qual(is): _____		

3. Qual experiência você já teve com essas práticas? (Pode marcar mais de uma resposta).

1. Não tive nenhuma experiência.

2. Li e/ou vi reportagem a respeito do assunto.

3. Tive experiência durante o curso de graduação. Qual(is) prática(s)?

\_\_\_\_\_

4. Tive experiência durante o curso pós-graduação. Qual(is) prática(s)?

\_\_\_\_\_

5. Alguém da minha família já se submeteu a essas práticas. Qual(is) prática(s)?

\_\_\_\_\_

6. Submeti-me a esta(s) prática(s). Qual(is)?

\_\_\_\_\_

7. Utilizo essas práticas em meus pacientes. Qual(is) prática(s)?

\_\_\_\_\_

**4. Você considera que as Práticas Integrativas e Complementares são eficientes?**

1. Não. Por quê? \_\_\_\_\_

2. Sim. Por quê? \_\_\_\_\_

**5. Você acha que a concepção que tem sobre essas práticas pode estar relacionada ao que lhe foi ensinado durante a graduação?**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
---------------------------------	---------------------------------

**6. Participou de algum curso de capacitação e/ou especialização em Práticas Integrativas e Complementares?**

1. Não

2. Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

Carga horária do curso: \_\_\_\_\_

**7. Você considera que as Práticas Integrativas e Complementares devem ser inseridas nos cursos de graduação em saúde?**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
---------------------------------	---------------------------------

**8. Caso você considere que as Práticas Integrativas e Complementares devem ser inseridas nos cursos de graduação em saúde, estas devem ser:**

<input type="checkbox"/> 1. Conteúdos obrigatórios	<input type="checkbox"/> 2. Conteúdos optativos
--	---

**9. Você acredita que as Práticas Integrativas e Complementares devem existir em cursos de pós-graduação na área da saúde?**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
---------------------------------	---------------------------------

**10. Algumas das Práticas pode contribuir em sua vida profissional?**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
---------------------------------	---------------------------------

**11. Você acredita que as Práticas Integrativas e Complementares são importantes para a atenção em saúde no SUS?**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Não sei
---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

Se sim, justifique:

--

**12. Conhece a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares?**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
---------------------------------	---------------------------------

**13. Conhece alguma unidade de saúde neste município que oferece Práticas Integrativas e Complementares?**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
Qual(is) Prática(s)?	

**14. Você acha que existe interesse dos usuários pelas Práticas Integrativas e Complementares?**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
---------------------------------	---------------------------------

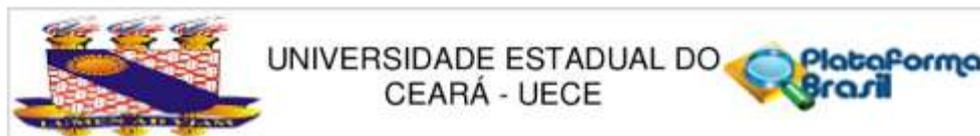
**15. Você considera necessário a inserção das Práticas Integrativas e Complementares na unidade de saúde que trabalha?**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
---------------------------------	---------------------------------

**ANEXOS**



## ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Centro de Estudos e Pesquisa.



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: PERCEPÇÕES DE GESTORES E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Pesquisador:** JOAO CARLOS BARBOSA CAVALCANTE

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 03872618.2.0000.5534

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Ceará

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

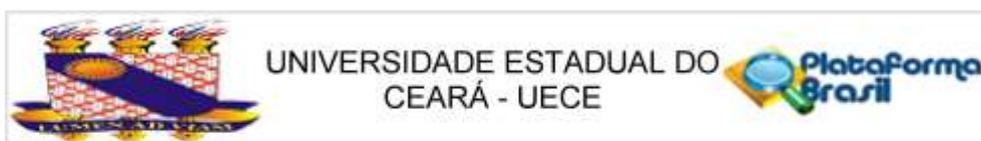
**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.117.546

**Apresentação do Projeto:**

O objetivo do presente estudo é analisar as percepções dos gestores e profissionais sobre a utilização das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na Atenção Primária à Saúde no município de Caucaia-Ce. As PICs são ferramentas que proporcionam um cuidado humanizado onde não se deve separar as dimensões psíquicas, orgânicas e as sociais, estimulando mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde por meio de tecnologias leves, eficazes e seguras. A legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde ocorreram a partir de 2006 com a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC) contemplando a Homeopatia, as Plantas Medicinais e Fitoterapia, a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, a Medicina Antroposófica e a Crenoterapia-Termalismo Social. Todavia, em relação ao fornecimento do serviço de PICs para os usuários entre as cinco regiões brasileiras, a maior disponibilidade está concentrada na região Sudeste e em menor na região Nordeste, com 21,3% e 11,7%, respectivamente. De acordo com o CNES (2018), existem 131 municípios no estado Ceará que não oferecem as PICs na assistência à saúde, dentre os que pertencem a região metropolitana de Fortaleza, destacam-se Cascavel, Caucaia, Chorozinho, Guaiuba, Maranguape, Pacatuba, São Gonçalo do Amarante, Paraipaba, Paracuru e Trairi. Esses dados nos remetem aos seguintes questionamentos: Que aspectos dificultam a implementação das PIC nesses municípios? Quais as percepções dos gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre as PIC?

<b>Endereço:</b> Av. Silas Munguba, 1700	<b>CEP:</b> 60.714-903
<b>Bairro:</b> Itaperi	
<b>UF:</b> CE	<b>Município:</b> FORTALEZA
<b>Telefone:</b> (85)3101-9890	<b>Fax:</b> (85)3101-9906 <b>E-mail:</b> cep@uece.br



Continuação do Parecer: 3.117.546

Básicas do Projeto	ETO_1255867.pdf	12:58:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal.doc	03/12/2018 12:52:39	JOAO CARLOS BARBOSA CAVALCANTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	28/11/2018 20:53:40	JOAO CARLOS BARBOSA CAVALCANTE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	28/11/2018 19:01:22	JOAO CARLOS BARBOSA CAVALCANTE	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	28/11/2018 18:58:36	JOAO CARLOS BARBOSA CAVALCANTE	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 21 de Janeiro de 2019

---

**Assinado por:**  
**ISAAC NETO GOES DA SILVA**  
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700  
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br