

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

Bruno Wesley Ramalho Cirilo Ferreira

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM JOÃO PESSOA-PB**

João Pessoa/PB
Ano 2023

BRUNO WESLEY RAMALHO CIRILO FERREIRA

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM JOÃO PESSOA-PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva Área de concentração Política, Gestão e Cuidado.

Orientador(a): Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte

Coorientador(a): Prof. Dr. Felipe Proenço De Oliveira

João Pessoa/PB
Ano 2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

F383p Ferreira, Bruno Wesley Ramalho Cirilo.
Práticas integrativas e complementares na atenção
primária à saúde em João Pessoa-PB / Bruno Wesley
Ramalho Cirilo Ferreira. - João Pessoa, 2023.
86 f. : il.

Orientação: Franklin Delano Soares Forte.
Coorientação: Felipe Proença de Oliveira.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Atenção primária à saúde. 2. Terapias
complementares. 3. SUS - Sistema Único de Saúde. I.
Forte, Franklin Delano Soares. II. Oliveira, Felipe
Proença de. III. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)

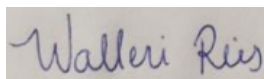
BRUNO WESLEY RAMALHO CIRILO FERREIRA

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM JOÃO PESSOA-PB**

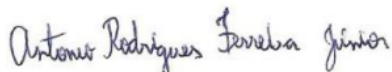
Banca Examinadora



Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte
Orientador - UFPB



Prof. Dra. Walleri Christini Torelli Reis
Examinador - UFPB



Prof. Dr. Antônio Rodrigues Ferreira Júnior
Examinador – Universidade Estadual do Ceará

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder esta grande oportunidade, teus planos sempre são melhores que os meus. Agradeço imensamente por todo amor, cuidado, discernimento, por me fortalecer e me conduzir a passos largos durante toda minha vida e em especial nessa jornada acadêmica.

Aos meus pais, por todo apoio, cuidado e compreensão nos momentos de ausência. A vocês eu agradeço profundamente, por sempre me fazerem acreditar que é possível e com ternas palavras me motivarem a seguir sempre em frente.

Aos meus irmãos, por sempre estarem juntos, atentos e disponíveis, vocês sempre emanaram forças nos momentos que eu mais precisei. Sem vocês essa conquista não seria possível.

Aos meus amigos irmãos de comunidade, por todo incentivo e cuidado, e em meio às minhas ausências sempre se fizeram presente, com palavras, carinho e orações. O amor de Cristo nos uniu.

Ao meu querido orientador, Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte, grande exemplo de homem, docente e profissional. Sou grato por todo acolhimento, confiança, disponibilidade e atenção. Você sempre esteve presente, me incentivando, e mesmo em meio a dias difíceis, sempre extraia o melhor de mim. Guardarei com muito carinho todo o processo que dividimos.

Aos professores da minha banca, Profa. Dra. Walleri Christini Torelli Reis e Prof. Dr. Antônio Rodrigues Ferreira Júnior por toda disponibilidade, contribuições e discussões na construção dessa pesquisa.

Aos profissionais de saúde participantes dessa pesquisa, por toda colaboração, atenção e receptividade. Vocês são símbolo de resistência, e mesmo em meio a tantas dificuldades, sempre estão prontos para cuidar dos seus usuários de forma integral e singular.

Aos docentes e à coordenação do mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva por nos acompanhar durante essa jornada, nos proporcionando grandes ensinamentos e profundas reflexões.

À minha turma, que em meio à um período pandêmico e de distanciamento, sempre estivemos unidos e torcendo por todos. Agradecimento especial as sertanejas Mariana de Medeiros Nóbrega e Janiele Paulino Alves, ingressamos juntos e compartilhamos a vida.

RESUMO: O estudo teve o objetivo compreender e avaliar a oferta, o trabalho e a educação permanente em torno das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), na perspectiva dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) de uma capital do nordeste do Brasil. Na etapa quantitativa desenvolveu-se um estudo transversal, com análise dos módulos I e II do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Foram entrevistados 186 profissionais de saúde considerando os cinco distritos sanitários de uma capital nordestina. Desses, 88,7% ofertavam alguma prática, sendo os enfermeiros os que mais ofereciam (96,2%). A auriculoterapia (83,3%), o uso de plantas medicinais e fitoterápicos (77,9%) e a terapia comunitária (48,9%) foram as práticas mais ofertadas. 86,5% dos entrevistados relataram receber apoio gerencial, no entanto, observou-se escassez de insumos, em que sementes ou cristais para auriculoterapia (56,7%), droga vegetal (15,2%), medicamento fitoterápico manipulado (12,5%) ou industrializado (4,1%) não eram disponibilizados em quantidades suficientes. 82,2% dos entrevistados participaram de momentos de educação permanente relacionados às práticas ofertados pela gestão municipal (93%), na própria unidade de saúde (90,8%). Na etapa qualitativa realizou-se entrevistas com profissionais da APS. A coleta dos dados foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas. Para compreensão e sistematização dos dados, adotou-se a análise de conteúdo temática. Dentre os entrevistados, 11 eram do sexo feminino e um do masculino. A categoria profissional mais presente foi a enfermagem (4), seguido dos cirurgiões-dentistas (3), assistentes sociais (2), fisioterapeuta, psicólogo e educador físico (1). A partir da análise temática surgiram quatro unidades de análise e sete categorias temáticas, percepção sobre as PIC no cuidado em saúde, processo de trabalho e mudança na produção do cuidado em saúde, processo de trabalho e mudança na produção do cuidado, conflito de modelos de atenção em saúde: serviço “metas centrado” e perspectiva da integralidade, Visibilidade das PIC: registro nos prontuários dos usuários, gestão e apoio na oferta das PIC: potencialidades e fragilidades, educação Permanente em Saúde com foco nas PIC: oferta envolvendo os diversos atores das APS e Oferta das PIC na APS e o período pandêmico. Observou-se por um lado a oferta de PIC no município, entretanto, necessita-se de melhorias na gestão do processo de trabalho, de insumos, apoio gerencial, educação permanente em saúde visando a qualificação e ampliação da oferta das diferentes PIC na APS.

Palavras-chave: Terapias complementares. Atenção Primária. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: The study aimed to understand and evaluate the offer, work and continuing education around Integrative and Complementary Practices (PIC), from the perspective of health professionals in Primary Health Care (PHC) in a capital in northeastern Brazil. In the quantitative stage, a cross-sectional study was developed, with analysis of modules I and II of the 3rd Cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care. 186 health professionals were interviewed considering the five health districts of a northeastern capital. Of these, 88.7% offered some practice, with nurses offering the most (96.2%). Auriculotherapy (83.3%), the use of medicinal plants and herbal medicines (77.9%) and community therapy (48.9%) were the practices most offered. 86.5% of respondents reported receiving managerial support, however, there was a shortage of inputs, in which seeds or crystals for auriculotherapy (56.7%), plant drugs (15.2%), compounded herbal medicine (12, 5%) or industrialized (4.1%) were not available in sufficient quantities. 82.2% of respondents participated in permanent education moments related to practices offered by municipal management (93%) at the health unit itself (90.8%). In the qualitative stage, interviews were conducted with PHC professionals. Data collection was performed from semi-structured interviews. To Among the interviewees, 11 were female and 1 male. The most present professional category was nursing (4), followed by dentists (3), social workers (2), physiotherapists, psychologists and physical educators (1). From the thematic analysis, four units of analysis and seven thematic categories emerged, perception of PIC in health care, work process and change in health care production, work process and change in care production, conflict of models of care health care: "goals-centered" service and comprehensive perspective, Visibility of PICs: registration in users' records, management and support in offering PICs: strengths and weaknesses, Permanent education in Health with a focus on PICs: offer involving the various actors of the PICs APS and Offer of PICs in the APS and the pandemic period. It was observed, on the one hand, the offer of PIC in the municipality, however, improvements are needed in the management of the work process, of inputs, managerial support, permanent health education aimed at qualifying and expanding the offer of different PICs in PHC.

Keywords: Complementary therapies. Primary attention. Health Unic System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Percurso metodológico.....	29
------------	----------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Variáveis independentes e dependentes coletadas do Módulo I e	
	II, do 3º Ciclo do PMAQ-	
	AB.....	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos Profissionais das equipes da APS que ofertam PIC.....	35
Tabela 2 – Oferta de práticas integrativas.....	36
Tabela 3 – Caracterização do processo de trabalho da equipe da APS.....	39
Tabela 4 – Apoio da gestão na realização das PIC.....	41
Tabela 5 – Oferta de educação permanente em PIC pela gestão.....	42
Tabela 6 – Disponibilidade de insumos para o desenvolvimento das PIC.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional em Pesquisa
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
COVID-19	Corona Vírus 2019
CPIC	Centros de Práticas Integrativas e Complementares
E1	Entrevistado 1
E2	Entrevistado 2
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SES RS	Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UECE	Universidade Estadual do Ceará

UFG	Universidade Federal de Goiás
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	17
	Objetivo geral.....	17
	Objetivos específicos.....	17
3	METODOLOGIA.....	18
	Tipo de estudo.....	16
	Cenário do estudo.....	19
	Sujeitos.....	19
	Coleta de dados.....	20
	Quantitativa.....	20
	Qualitativa.....	26
	Análise dos dados.....	27
	Quantitativa.....	28
	Qualitativa.....	28
	Aspectos éticos.....	30
4	ARTIGO 1 - Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde em uma capital do Nordeste brasileiro.....	31
5	ARTIGO 2 - Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde em uma capital do nordeste brasileiro na perspectiva dos profissionais que a operam.....	52
6	CONCLUSÕES.....	77
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	80
	APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	81
	ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA.....	84
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	85

1 INTRODUÇÃO

O processo de saúde-doença pode ser compreendido a partir da perspectiva da epidemiologia social, que o descreve como elementos que interagem entre si. Dessa forma, esse processo é dinâmico, de elevada complexidade e de caráter multidimensional, uma vez que além do campo biológico, aborda as dimensões psicológicas, financeiras, políticas e ambientais (LUZ, 2021).

A concepção do processo saúde-doença tem sido discutida e refletida a partir de diversas perspectivas de pensamentos. Dentre elas destacam-se os modelos alternativos, que buscam expandir as interpretações do indivíduo de forma integral e multidimensional (BARROS, et al., 2020; BARBOSA, et al., 2020).

Dessa forma, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PIC) surgem como um método diagnóstico e terapêutico centrado no indivíduo, cujo objetivo principal direciona-se ao estímulo dos mecanismos naturais e intrínsecos do organismo de forma articulada e humanizada, abrangem o reequilíbrio e a estimulação dos potenciais endógenos de forma integral (OLIVEIRA; PASCHE, 2022).

Essas práticas apresentam longas raízes culturais, atreladas à cultura popular e ao cuidado em saúde indígena, apoiando-se em crenças e saberes populares, interligando-as as práticas de cuidado, como uso de plantas, minerais, terapias espirituais e exercícios manuais (CASTRO; FIGUEIREDO, 2019; CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2019).

No Brasil, a reivindicação da inserção das PIC no Sistema Único de Saúde (SUS) foi um marco da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. No entanto, sua expansão só ganhou forças após a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) que inseriu no SUS saberes e práticas de saúde não convencionais (BRASIL, 2006; BARROS, et al., 2020; SILVA, et al., 2020; BARBOSA, et al., 2020).

Nos anos de 2017 e 2018, atendendo as propostas trazidas pelas portarias nº 145/2017, nº 849/2017 e nº 702/2018, a pluralidade de saberes e práticas de saúde com viabilidade de oferta no SUS foram expandidas, e atualmente 29 práticas integrativas são disponibilizadas em todo o país (BARROS, et al., 2020; BARBOSA, et al., 2020).

Dos anos 90 até os dias atuais, houve um crescimento significativo na procura, no conhecimento e na oferta das PIC. Segundo dados do relatório *Who Global Report*

On Traditional And Complementary Medicine 2019, elaborado pela *World Health Organization (WHO)*, dos 194 países integrantes, 88% relataram a presença da medicina tradicional e complementar em seu território, sendo regularmente ofertada a acupuntura (113), uso de medicamentos fitoterápicos (110), seguidos pela homeopatia e a medicina tradicional chinesa (100), enquanto outros 90 países retrataram uso da quiropraxia, osteopatia e medicina ayurvédica (WHO,2020).

No Brasil, dados do Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde mostram que 77% dos municípios brasileiros ofertam as PIC. No ano de 2019, foram realizados 628.239 procedimentos, sendo a auriculoterapia a prática mais ofertada. Em relação aos níveis de atenção, a Atenção Primária à Saúde (APS) corresponde à 90% de todos os serviços prestados à comunidade (BRASIL, 2020).

Tais dados nos possibilita observar um dos pontos prioritários da PNPI, que é a inserção das PIC na APS, uma vez, que são os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) os que mais ofertam e desenvolvem as práticas no âmbito do SUS (TESSER, et al., 2019; BARROS, et al., 2020).

Ainda que esses números apresentem grande procura, oferta e expansão das PIC na APS, diversos obstáculos são relatados. Dentre esses, destacam-se as limitações na oferta e na qualidade dos serviços, espaço físico inadequado nas unidades de saúde, preferência ao modelo biomédico, falta de apoio da gestão, sobrecarga e falta de valorização profissional, falta de educação permanente e insumos para realização da prática (BARROS., et al, 2018; RIBEIRO; MARCONDES, 2021).

Os estudos disponíveis dedicaram-se a investigar a implantação das diversas práticas na APS, bem como a sua importância no processo de cuidado. No entanto, pouco se tem dedicado a conhecer o perfil, a percepção e a repercussão que a oferta das PIC na APS tem ocasionado sobre os profissionais de saúde (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018).

Além disso, os dados disponíveis mostram-se insuficientes, em razão da escassez de pesquisas que abordem a temática. Assim, observa-se a necessidade de pesquisas que possam incluir a percepção dos indivíduos envolvidos na promoção dessas práticas, de forma a contribuir com o surgimento de estratégias que visem o

fortalecimento e consolidação das PIC no SUS (AGUIAR; KANAN; MASIERO, 2019; HABIMORAD, et al., 2020; IGNATTI; NAKAMURA, 2021).

Em virtude do exposto, o presente trabalho pretendeu compreender a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre essa temática utilizando como pergunta norteadora: qual a percepção dos profissionais de saúde sobre a oferta, uso, as potencialidades e fragilidades relacionadas ao desenvolvimento das PIC na APS de João Pessoa?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a oferta e a percepção sobre as PIC nos serviços de Atenção Primária à Saúde de João Pessoa, Paraíba na perspectiva dos profissionais que a operam.

2.2 Objetivos específicos

Conhecer o perfil dos profissionais que trabalham com as PIC;

Relacionar a oferta das PIC e o processo de trabalho das equipes da APS;

Compreender a percepção dos sujeitos que ofertam as PIC na APS de João Pessoa considerando suas práticas, potencialidades e fragilidades.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O trabalho consiste em um estudo composto por uma etapa quantitativa e uma qualitativa. Essa metodologia permite um diálogo entre a técnica quantitativa e qualitativa, proporcionando melhor compreensão dos dados, colaborando no aumento do conhecimento sobre o tema estudado, alcance dos objetivos propostos, além de apreciar e compreender a realidade (CRESWELL *et al*, 2021).

Esse estudo apresenta caráter transversal, com a utilização de dados nacionais do Módulo I e II, do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A elaboração desse módulo foi realizada em 2017 e conduzida pelo Ministério da Saúde coletando informações mais de 42 mil equipes de saúde presentes em 5.324 municípios (95,6%) dos 27 estados, buscando averiguar o processo de trabalho por meio de perguntas respondidas por um membro da Equipe da Estratégia Saúde da Família/AB (BRASIL, 2017).

O primeiro módulo do terceiro ciclo do PMAQ-AB visa a observação na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde.

Já o segundo módulo, corresponde a fase de análise documental e entrevista com os profissionais da atenção primária à saúde. Essa interlocução teve o intuito em se analisar o processo de trabalho da equipe de saúde, bem como a organização do serviço e o cuidado prestado aos usuários.

Os dados quantitativos orientaram a etapa qualitativa do estudo. A partir dos dados quantitativos, foram identificados que por meio de entrevista semiestruturada buscou compreender os aspectos e percepções dos profissionais de saúde que ofertam as PIC na APS de João Pessoa-PB, buscando captar concepções que levem a diferentes desempenhos desses sujeitos acerca dos pontos identificados na fase anterior.

Foi adotado o protocolo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) com o propósito de possibilitar o aperfeiçoamento da apresentação dos resultados desta pesquisa (TONG, SAINSBURY, CRAIG, 2007).

3.2 Cenário do estudo

O município de João Pessoa localiza-se no estado da Paraíba, Brasil, abrangendo uma área territorial de 210,044km² e população aproximada de 809.015 pessoas. Atualmente, a cidade apresenta Índice de desenvolvimento humano municipal de 0,763, densidade demográfica de 3.421,28 hab/km² e índice de Gini de 0,591, configurando-a como uma das três capitais com maior desigualdade de rendimentos (IBGE, 2010).

Dividida em cinco distritos sanitários, a cidade de João Pessoa possui 100 Unidades Básicas de Saúde, 201 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 2.004 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que compõe a Atenção Primária à Saúde (APS). Atualmente, o município apresenta uma cobertura da atenção básica em 91,57%, com uma estimativa da cobertura populacional pelas equipes da ESF em 85,72% (BRASIL, 2020).

Atualmente a capital paraibana possui três (3) Centros de Práticas Integrativas e Complementares (CPIC), o núcleo Cinco Elementos localizado no Parque Arruda Câmara (BICA), o Canto da Harmonia situado no bairro do Valentina de Figueiredo e centro Equilíbrio do Ser instalado no bairro dos Bancários (SMSJP, 2017).

3.3 Sujeitos

Foram consideradas questões referentes ao módulo I e II do PMAQ-AB de modo que os dados relacionados à cidade de João Pessoa-PB foram extraídos, a fim de possibilitar a identificação do perfil dos profissionais entrevistados, dados sobre educação permanente, territorialização, planejamento, acolhimento, promoção à saúde, participação social e questões referentes sobre as PIC, buscando agregar maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe.

Para a realização da coleta de dados qualitativos, a escolha da população foi constituída por profissionais da saúde, de ambos os sexos, que atuam na APS em qualquer um dos cinco distritos sanitários da cidade de João Pessoa, e que ofertavam as práticas há no mínimo um ano. Foram excluídos da pesquisa voluntários que estivessem de férias, de licença médica ou que ofertassem práticas, mas que não sejam nenhuma das 29 listadas na PNPIIC.

A seleção da amostra foi realizada pela técnica da bola-de-neve, na qual caracteriza-se como uma técnica não probabilística. Inicialmente dois profissionais de cada distrito foram escolhidos de forma aleatória, e a partir disso, solicitou-se que apontem outro indivíduo que pertença à população de interesse a ser entrevistado (NADERIFAR; GOLI; GHALJAIE, 2017).

Além de ser considerada uma técnica de baixo custo e simples, esse processo possibilita a execução sucessiva, com a obtenção de informações precisas e sequenciais, caracterizando assim, um efeito bola-de-neve (MARCUS, *et al.* 2017).

Para se determinar o tamanho da amostra, foi utilizado o processo de saturação. Trata-se de uma técnica por amostragem teórica, na qual é vista como um determinante para interrupção da coleta de dados em uma pesquisa qualitativa (SAUNDERS, *et al.*, 2018).

Uma vez que o entrevistador detecte que não há apresentação de dados adicionais e é possível compreender a visão dos entrevistados, considera-se que a saturação foi alcançada. Dessa forma, a fim de se evitar incertezas e equívocos, foram coletados dados de mais duas entrevistas aleatórias para atestar que não há o aparecimento de novas informações.

3.4 Coleta de dados

3.4.1 Quantitativa

A coleta de dados do PMAQ-AB foi realizada por pesquisadores integrantes de diversas universidades e centros de pesquisa brasileiros, em conjunto ao Ministério da Saúde. A equipe responsável pela coleta de dados passou por treinamento prévio, com a utilização de ferramentas validadas com base nas experiências adquiridas com a realização dos ciclos anteriores do PMAQ-AB (BRASIL, 2017).

Os dados quantitativos foram utilizados para identificar as potencialidades e dificuldades apresentadas pelos profissionais de saúde que desenvolvem as PIC na APS de João Pessoa. Esses indicadores foram obtidos no site do Ministério da Saúde, em um banco público (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>), em que os dados estão dispostos para garantir o anonimato dos participantes (quadro 1).

Quadro 1. Variáveis independentes e dependentes coletadas do Módulo I e II, do 3º Ciclo do PMAQ-AB.

Variável dependente	Descrição da variável	Agrupamento/ categorização	Obtenção da variável
II.29.1	A equipe oferece o serviço de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) para os usuários do território?	Sim Não	PMAQ-AB 3º ciclo
Variável independente	Descrição da variável	Agrupamento/ categorização	Obtenção da variável
I.13 - Insumos para Práticas Integrativas e Complementares			
I.13.1	A equipe realiza práticas da Medicina Tradicional Chinesa?	Sim Não	PMAQ-AB 3º ciclo
I.13.2	Agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados (para acupuntura) sempre disponíveis	Sim Não	
I.13.3	Copos de ventosa sempre disponíveis	Sim Não	
I.13.4	Mapas de pontos de acupuntura sempre disponíveis	Sim Não	
I.13.5	Moxa (carvão e/ou artemísia) sempre disponíveis	Sim Não	
I.13.6	Sementes ou cristais para auriculoterapia sempre disponíveis	Sim Não	
I.15.16 Medicamentos fitoterápicos			
I.15.16.1	A unidade disponibiliza medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos?	Sim Não	PMAQ-AB 3º ciclo
I.15.16.2	Planta "in natura" em quantidade suficiente?	Sim Não	
I.15.16.3	Droga Vegetal (Planta seca) em quantidade suficiente?	Sim Não	
I.15.16.4	Medicamento Fitoterápico manipulado em quantidade suficiente?	Sim Não	
I.15.16.5	Medicamento Fitoterápico Industrializado em quantidade suficiente?	Sim Não	
I.15.17 - Sobre Medicamento Fitoterápico Industrializado			
I.15.17.1	Espinheira-santa em quantidade suficiente?	Sim Não	PMAQ-AB 3º ciclo
I.15.17.2	Guaco em quantidade suficiente?	Sim Não	
I.15.17.3	Hortelã em quantidade suficiente?	Sim Não	
I.15.17.4	Salgueiro em quantidade suficiente?	Sim Não	
I.15.17.5	Babosa em quantidade suficiente?	Sim Não	
I.15.17.6	Plantago em quantidade suficiente?	Sim	

		Não	PMAQ-AB 3º ciclo
I.15.17.7	Alcachofra em quantidade suficiente?	Sim Não	
I.15.17.8	Cáscara-sagrada em quantidade suficiente?	Sim Não	
I.15.17.9	Aroeira em quantidade suficiente?	Sim Não	
I.15.17.10	Garra-do-diabo em quantidade suficiente?	Sim Não	
I.15.17.11	Isoflavona de soja em quantidade suficiente?	Sim Não	
I.15.17.12	Unha-de-gato em quantidade suficiente?	Sim Não	
I.15.18 - Medicamentos Homeopáticos			
I.15.18.1	A unidade dispensa medicamentos homeopáticos?	Sim Não	
II.2.0.1	Qual profissional entrevistado?	Enfermeiro Médico Outro profissional de nível superior da equipe	PMAQ-AB 3º ciclo
II.2.0.3 - Qual o seu tipo de vínculo?	Servidor público estatutário Cargo comissionado Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal) Contrato temporário por prestação de serviço Empregado público CLT Contrato CLT Autônomo Outro (s)	Vínculo empregatício	
II.4.1 No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela:			
II.4.1.1 -	Gestão municipal	Sim Não	
II.4.1.2 -	Gestão Estadual	Sim Não	
II.4.1.3 -	Pela própria equipe/unidade de Saúde	Sim Não	
II.4.1.4 -	Por outras equipes/unidades de saúde	Sim Não	
II.4.1.5 -	Pela universidade	Sim Não	
II.4.1.6-	Não recebi EP no ano anterior	Sim Não	

II.4.2 Por que a equipe não participou de ações de educação permanente no último ano?			PMAQ-AB 3º ciclo
II.4.2.1 -	Gestão não organiza processos de EP	Sim Não Não se aplica	
II.4.2.2 -	Equipe não organiza processos de EP	Sim Não Não se aplica	
II.4.2.3 -	Gestão não apoia processos de EP	Sim Não Não se aplica	
II.4.2.4 - Outros		Sim Não Não se aplica	
II.6 - Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica			
II.6.1 -	Existe definição da área de abrangência da equipe?	Sim Não	
II.6.7 -	Qual o número de pessoas sob responsabilidade da equipe?	Pessoas	
II.8 - Planejamento da Equipe e Apoio Institucional			
II.8.1 -	Geral - A sua equipe realiza reunião de equipe?	Sim Não	
II.8.2 -	Qual a periodicidade das reuniões?	Semanal Quinzenal Mensal Sem periodicidade definida Não se aplica	
II.8.3 -	A equipe realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?	Sim Não	
II.8.4 -	Qual a periodicidade?	Semanal Quinzenal Mensal Bimestral Trimestral Semestral Anual Não se aplica	
II.8.5 -	A equipe realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	Sim Não	
II.10 - Acolhimento à Demanda Espontânea			
II.10.1 -	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	Sim Não	
II.10.6 -	A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento?	Sim Não Não se aplica	

II.26 Promoção à Saúde			PMAQ-AB 3º ciclo
II.26.1 -	A equipe desenvolve ações voltadas à promoção à saúde?	Sim Não	
II.29 - Práticas Integrativas e Complementares			
II.29.2 Quais serviços de práticas integrativas e complementares que não estão PNPIIC são oferecidos?			PMAQ-AB 3º ciclo
II.29.2.1	Medicina Tradicional Chinesa/ Auriculoterapia	Sim Não Não se aplica	
II.29.2.2	Reiki	Sim Não Não se aplica	
II.29.2.3	Yoga	Sim Não Não se aplica	
II.29.2.4	Ayurveda	Sim Não Não se aplica	
II.29.2.5	Florais	Sim Não Não se aplica	
II.29.2.6	Doin/ Shiatsu/ Massoterapia/ Reflexologia	Sim Não Não se aplica	
II.29.2.7	Shantala	Sim Não Não se aplica	
II.29.2.8	Talassoterapia	Sim Não Não se aplica	
II.29.2.9	Biodança	Sim Não Não se aplica	
II.29.2.10	Musicoterapia	Sim Não Não se aplica	
II.29.2.11	Dança circular	Sim Não Não se aplica	
II.29.2.12	Naturopatia	Sim Não Não se aplica	
II.29.2.13	Terapia comunitária	Sim Não Não se aplica	
II.29.2.14	Terapia com Argila	Sim Não	

		Não se aplica	PMAQ-AB 3º ciclo
II.29.2.15	Sistema Rio Aberto (Movimento Vital expressivo)	Sim Não Não se aplica	
II.29.2.16	Arteterapia	Sim Não Não se aplica	
II.29.2.17	Osteopatia	Sim Não Não se aplica	
II.29.2.18	Quiropraxia	Sim Não Não se aplica	
II.29.2.19	Aromaterapia, Meditação (Mindfulness), bioenergética	Sim Não Não se aplica	
II.29.3 - A equipe realiza atividades de educação em saúde abordando:			
II.29.3.1	Uso de plantas medicinais e fitoterápicos	Sim Não Não se aplica	
II.29.3.2	Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da MTC (Medicina Tradicional Chinesa) e práticas da medicina antroposófica	Sim Não Não se aplica	
II.29.3.3	A equipe não realiza atividades de educação em saúde	Sim Não Não se aplica	
II.29.3.4	Nenhuma das anteriores	Sim Não Não se aplica	
II.29.4	A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe?	Sim Não Não se aplica	
II.29.5	Os profissionais têm o apoio da gestão para realizar as PIC, como espaço na agenda, divulgação do serviço, pactuação com a(s) equipe(s) da unidade?	Sim Não Não se aplica	
II.29.6	A equipe utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea ou linha de cuidado que inclua PIC?	Sim Não Não se aplica	
II.31.1	A sua equipe realiza atendimento para população rural, indígena e/ou comunidades tradicionais?	Sim Não Não há nenhuma destas no	

		território de abrangência da equipe	PMAQ-AB 3º ciclo
II.32.1	A equipe realiza avaliação de satisfação do usuário?	Sim Não	
Porte populacional	Pessoas	-	IBGE
Índice de Gini		Concentração de renda	IBGE
Índice de desenvolvimento humano municipal		Desenvolvimento humano	IBGE

Fonte: o autor, adaptado do instrumento PMAQ-AB.

Informações sobre Índice de Gini, porte populacional, bem como as demais características sociodemográficas da população pessoense foram coletados no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama>).

3.4.2 Qualitativa

A estrutura da entrevista foi construída pelo projeto de pesquisa Universal Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde nas Regiões Metropolitanas de Porto Alegre, Fortaleza, Campinas e Goiânia – UNICAMP, UFG, UECE, SES RS) coordenada pelo Prof. Dr. Nelson Filice de Barros da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas.

O Entrevistador foi previamente treinado a partir de discussões teóricas sobre a pesquisa qualitativa, entrevista como técnica de coleta de dados, análise de dados qualitativos. Também foram usados os manuais orientadores da coleta de dados do Projeto Universal Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde nas Regiões Metropolitanas de Porto Alegre, Fortaleza, Campinas e Goiânia – UNICAMP, UFG, UECE, SES RS).

Para a coleta de dados empíricos foram realizadas entrevistas semiestruturadas no período dos meses de abril e julho do ano de 2022. Para execução das entrevistas foi realizado um convite informal e agendada a data e horário conforme disponibilidade dos participantes. A entrevista poderia ser feita tanto

presencial quanto em ambiente virtual, considerando a sua exequibilidade. As salas virtuais foram abertas a partir do domínio @academico.ufpb.br e gravadas e salvas no drive do email com domínio @academico.ufpb.br.

O convite para participação dos profissionais na pesquisa ocorreu por meio de correio eletrônico (e-mail), telefone ou redes sociais (*WhatsApp*), de acordo com o tipo de contato disponível. Foram realizados até três contatos solicitando as respostas dentro do prazo estabelecido.

As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas com base em um roteiro (APÊNDICE B) composto de perguntas focadas sobre as PIC, a oferta e os sentidos atribuídos pelos profissionais, e a partir das respostas, outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista podem surgir.

Essa técnica permite ao entrevistado falar livremente sobre o tema exposto e, discorrer sobre aspectos não previstos preliminarmente, proporcionando uma maior abrangência sobre a temática estudada, além de valorizar a percepção dos participantes frente a oferta das PIC na APS de João Pessoa-PB.

A entrevista foi agendada de forma prévia, levando em consideração a disponibilidade do entrevistado em relação ao local que proporcione condições de sigilo e privacidade, em dia e horário mais apropriado.

Em função da pandemia de COVID-19, todas as normas de segurança foram seguidas, incluindo uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), higienização das mãos e superfícies (cadeiras) e distanciamento social, no intuito de se reduzir ou eliminar a exposição do entrevistado, de outras pessoas e do meio ambiente a agentes potencialmente perigosos (ANVISA, 2020).

As entrevistas duraram em média 40 minutos. Todas as entrevistas foram audiogravadas e as falas obtidas no diálogo foram transcritas na íntegra, assegurando o anonimato dos entrevistados e posteriormente serão analisadas de modo temático.

3.5 Análise de dados

3.5.1 Quantitativa

Inicialmente, foi feita uma crítica e análise exploratória dos dados, para investigar inconsistências e compreender melhor as variáveis do estudo. De acordo

com os resultados encontrados, foi realizada análise descritiva das variáveis afim de coletar informações mais específicas e detalhadas.

3.5.2 Etapa qualitativa

As gravações obtidas por meio da entrevista foram transcritas na íntegra, sem cortes, correções ou interpretações iniciais, de modo a se preservar a fala dos participantes, seguida de sucessivas leituras.

As transcrições foram relidas com objetivo de se compreender e evidenciar a diversidade do campo pesquisado, e posteriormente analisadas segundo a técnica de Bardin (2016), especialmente, de acordo com o pressuposto da análise temática (BARDIN, 2016).

Para controle de qualidade uma terceira pessoa leu o conteúdo transcrito, a fim de conferir a eles um padrão e constatar a representação integral da narrativa dos entrevistados.

Análise de conteúdo é de suma importância na análise de dados de uma pesquisa qualitativa, uma vez que esse tipo de estudo é fundamentado na compreensão de textos gerados a partir de falas, experiências e situações de todos os indivíduos abordados durante a pesquisa (BARDIN, 2016).

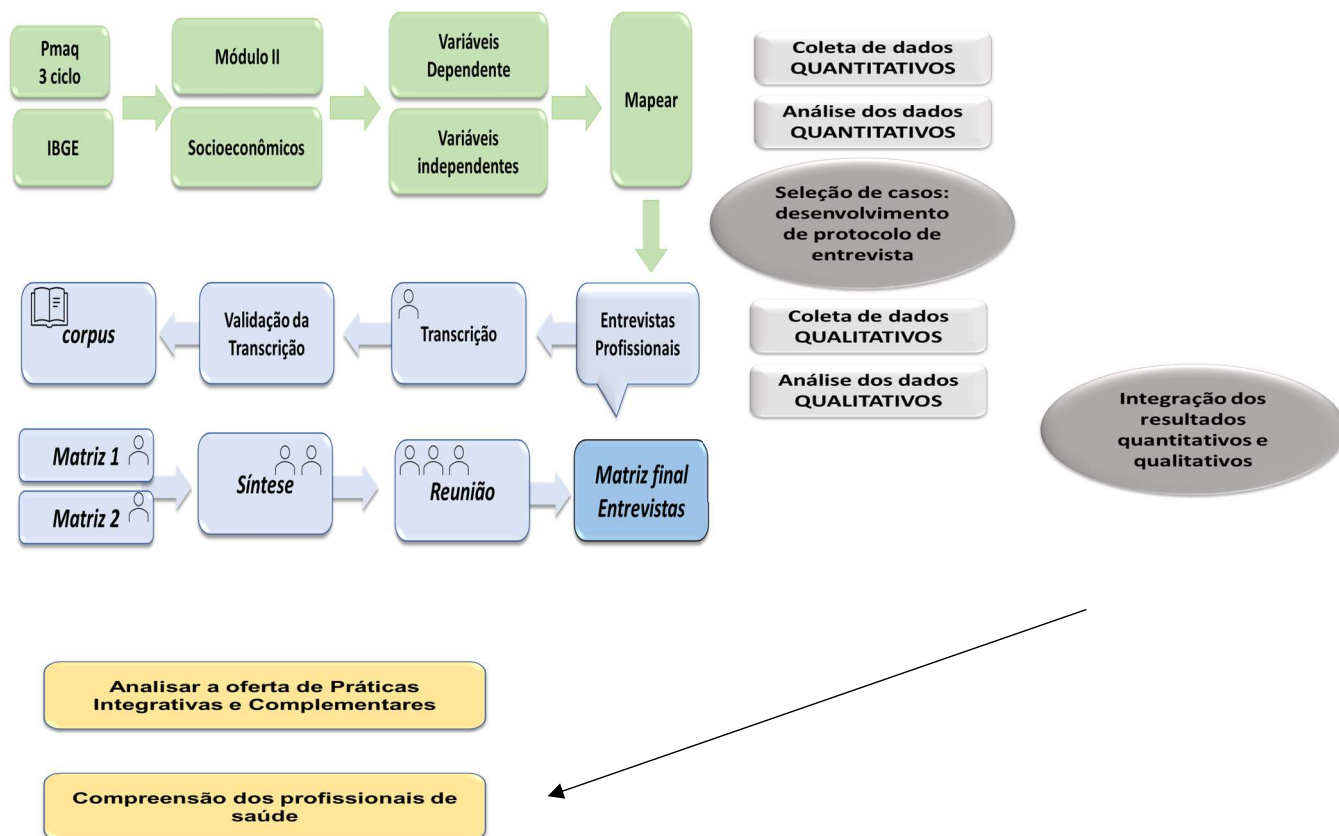
Dessa forma, essa metodologia permite ao pesquisador observar os diversos sentidos contidos no material analisado, ultrapassando as incertezas e enriquecendo a leitura dos dados coletados por meio de etapas técnicas que são organizadas em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2016).

A pré-análise é caracterizada pela organização do material transcrito a ser analisado. O principal objetivo dessa etapa é garantir a operacionalização e sistematização das ideias iniciais. Essa organização se dá por meio da leitura flutuante, que é o primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, seleção dos documentos, formulação de hipóteses e objetivos, e por fim, o recorte de textos nos documentos analisados para desenvolver a referência dos índices e elaboração dos indicadores que direcionarão a interpretação e a preparação formal do material (BARDIN, 2016).

A exploração do material integra a segunda fase, onde ocorre a análise e a definição de categorias (sistema de codificação), identificação das unidades de registro (segmentação de conteúdo) e das unidades de contexto nos documentos (codificação da unidade de registro). Essa etapa é de grande importância, uma vez que irá facilitar as interpretações e as inferências (BARDIN, 2016).

A terceira fase compreende o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nessa etapa ocorre a condensação e ênfase nas informações a serem analisadas, chegando nas interpretações inferenciais, o que possibilita a análise crítica e reflexiva do material (BARDIN, 2016).

Figura 1. Percurso metodológico



Fonte: O autor.

Por questões éticas, respeito, dignidade, conforme orienta a Resolução 466/2012 as falas transcritas foram descaracterizadas, evitando possíveis elementos de identificação dos participantes da pesquisa. Para apresentação dos dados os discursos foram codificados por código alfanumérico segundo a ordem de realização, como “E1”, “E2” e assim por diante.

3.6 Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – CEP/CCS/UFPB por meio da plataforma Brasil, seguindo os princípios da Comissão Nacional em Pesquisa (CONEP) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução 466/12, que diz respeito à pesquisa envolvendo seres humanos, tendo parecer aprovado com número de CAAE: 53100321.7.0000.5188.

Para os participantes que optaram por participar desse estudo de forma presencial, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) foi apresentado com posterior coleta da assinatura.

Aqueles que participaram no formato virtual, foi enviado o link para acesso ao TCLE em formato *Googleforms* via e-mail para preenchimento do campo de Consentimento Pós Informação. Após isso, a pesquisa foi iniciada com a explicação do percurso a ser percorrido pelo profissional durante a entrevista.

Foi articulado junto a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de João Pessoa a obtenção do Termo de Anuência (ANEXO A) a fim de coletar autorizações e apoio do órgão ao desenvolvimento do estudo.

4 ARTIGO 1 A SER SUBMETIDO NA REVISTA SAÚDE EM DEBATE

Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde em uma capital do Nordeste brasileiro.

Integrative and complementary practices in primary health care in a northeastern Brazilian capital.

Resumo: O objetivo do presente estudo foi analisar a oferta, o trabalho e a educação permanente em torno das Práticas Integrativas Complementares (PIC), na perspectiva dos profissionais de saúde. Trata-se de estudo transversal, com análise dos módulos I e II do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Identificaram-se o perfil dos profissionais participantes, dados sobre práticas integrativas e complementares (PIC), processo de trabalho e educação permanente. Foram entrevistados 186 profissionais de saúde considerando os cinco distritos sanitários de uma capital nordestina. Desses, 88,7% ofertavam alguma prática, sendo os enfermeiros os que mais ofereciam (96,2%). A auriculoterapia (83,3%), o uso de plantas medicinais e fitoterápicos (77,9%) e a terapia comunitária (48,9%) foram as práticas mais ofertadas. 86,5% dos entrevistados relataram receber apoio gerencial, no entanto, observou-se escassez de insumos, em que sementes ou cristais para auriculoterapia (56,7%), droga vegetal (15,2%), medicamento fitoterápico manipulado (12,5%) ou industrializado (4,1%) não eram disponibilizados em quantidades suficientes. 82,2% dos entrevistados participaram de momentos de educação permanente relacionados às práticas ofertados pela gestão municipal (93%), na própria unidade de saúde (90,8%). Observou-se que há um processo de educação permanente, no entanto o principal entrave na consolidação desse modelo de cuidado na APS está relacionado à disponibilização de insumos. Dessa forma, necessita-se de incentivos para melhoria do processo de trabalho em saúde com vistas a ampliação e qualificação da oferta das diferentes PIC.

Palavras-chave: Terapias complementares. Atenção primária à saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: The objective of the present study was to analyze the offer, work and permanent education around Complementary Integrative Practices (PIC), from the perspective of health professionals. This is a cross-sectional study, analyzing modules I and II of the 3rd Cycle of the National Program to Improve Access and Quality of Primary Care. The profile of the participating professionals, data on integrative and complementary practices (CIP), work

process and permanent education were identified. 186 health professionals were interviewed considering the five health districts of a northeastern capital. Of these, 88.7% offered some practice, with nurses offering the most (96.2%). Auriculotherapy (83.3%), the use of medicinal plants and herbal medicines (77.9%) and community therapy (48.9%) were the practices most offered. 86.5% of respondents reported receiving managerial support, however, there was a shortage of inputs, in which seeds or crystals for auriculotherapy (56.7%), plant drugs (15.2%), compounded herbal medicine (12, 5%) or industrialized (4.1%) were not available in sufficient quantities. 82.2% of respondents participated in permanent education moments related to practices offered by municipal management (93%) at the health unit itself (90.8%). It was observed that there is a permanent education process, however the main obstacle in the consolidation of this care model in PHC is related to the availability of inputs. Thus, incentives are needed to improve the work process in health with a view to expanding and qualifying the offer of different PIC.

Keywords: Complementary therapies. Primary health care. Unified Health System.

Introdução

As práticas Integrativas e complementares (PIC) constituem-se como um conjunto de práticas terapêuticas ancoradas na compreensão do processo saúde-doença-cuidado em uma perspectiva ampliada, baseado na escuta e no vínculo e na compreensão do sujeito inserido no mundo.^{1,2} Dessa forma, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PIC) surgem como uma proposta de produção de cuidado centrado no sujeito, cujo objetivo principal direciona-se ao estímulo dos mecanismos naturais e intrínsecos do organismo, de forma articulada e humanizada; abrangem o reequilíbrio e a estimulação dos potenciais endógenos de forma integral.^{3,4,5}

As PIC encontram-se difundidas por todo o mundo, e, cada vez mais, diversos países implantam as práticas integrativas em seus sistemas de saúde, oportunizando uma proposta de cuidado singular e integral. Segundo levantamentos realizados pela *World Health Organization* (WHO), divulgados em seu relatório *Who Global Report On Traditional And Complementary Medicine*, 2019, 88% de todos os países membros da organização reconhecem o uso de medicina tradicional e complementar em seu território, apoiados pela presença de políticas, leis, regulamentos, programas nacionais.⁶

O mesmo relatório mostrou que as práticas mais comumente ofertadas pelos países membros eram a acupuntura (113), uso de medicamentos fitoterápicos (110), seguidos pela

homeopatia e a medicina tradicional chinesa (100), enquanto outros 90 países retrataram uso da quiropraxia, osteopatia e medicina ayurvédica.⁶

Ainda que a Organização Mundial da Saúde (OMS) tenha incentivado mundialmente a implantação e utilização das PIC desde a década de 1970, no Brasil, sua expansão só ganhou força após a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que inseriu no Sistema Único de Saúde (SUS) saberes e práticas de saúde não convencionais. Atendendo às propostas trazidas pelas portarias nº 145/2017, nº 849/2017 e nº 702/2018, a pluralidade de saberes e práticas de saúde com viabilidade de oferta no SUS foi expandida, e, atualmente, 29 práticas integrativas são disponibilizadas em todo o país.^{3,7-10}

É importante destacar que as PIC apresentam uma forte ligação com a Atenção Primária à Saúde (APS).¹⁰ Dados do Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde mostram que, com relação ao nível de atenção à saúde, 90% dos estabelecimentos que ofertam as PIC encontram-se na APS. O relatório ainda divulgou que, no ano de 2019, 77% dos municípios ofertavam PIC, que estavam presentes em todas as capitais brasileiras, principalmente nas regiões Sul e Nordeste do país, fazendo parte da rotina de 37% das unidades básicas de saúde em atividade no SUS.¹¹

O interesse por essas práticas é crescente. No último registro da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, as PIC foram responsáveis por mais de 628.239 procedimentos ao ano na APS, um aumento de 324%, quando se comparam aos números de 2017, em que foram registrados 148.152 atendimentos.¹¹

Os estudos disponíveis dedicaram-se a investigar a implantação das diversas práticas na APS, bem como a sua importância no processo de cuidado. E, apesar de todo crescimento e revalorização das PIC ao longo dos anos, diversos obstáculos foram relatados. Entre esses, destacam-se as limitações na oferta e na qualidade dos serviços, espaço físico inadequado nas unidades de saúde, preferência ao modelo biomédico, falta de apoio da gestão, falta de valorização profissional, falta de educação permanente e insumos para realização da prática.^{9,12}

Ainda que se tenha dimensão lógica das limitações encontradas na oferta das PIC, os dados atualmente disponíveis mostram-se insuficientes, em virtude da escassez de pesquisas que abordem tais práticas.¹³ A partir desse conhecimento, podem-se gerar informações que reflitam sobre avaliação, planejamento da política de PIC na rede de APS, revelando potencialidades e fragilidades. O objetivo do presente estudo foi avaliar a oferta, o trabalho e a educação permanente em torno das PIC, na perspectiva dos profissionais de saúde.

Material e métodos

Esse estudo apresenta caráter transversal, com a utilização de dados nacionais dos Módulos I e II, do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A coleta dos dados foi realizada em 2017-2018 e conduzida pelo Ministério da Saúde. Participaram mais de 42 mil equipes de saúde presentes em 5.324 municípios (95,6%) dos 27 estados, buscando averiguar o processo de trabalho por meio de perguntas respondidas por um membro da Equipe da Estratégia Saúde da Família/AB.¹⁴

O primeiro módulo do III ciclo do PMAQ-AB visa à observação na Unidade Básica de Saúde. Objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos. Já o segundo módulo corresponde à fase de análise documental e entrevista com os profissionais da atenção primária à saúde. Essa interlocução teve o intuito de analisar o processo de trabalho da equipe de saúde, bem como a organização do serviço e o cuidado prestado aos usuários.

A capital do estudo é dividida em cinco Distritos Sanitários (DS), possuindo 100 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 201 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 2.004 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que compõem a Atenção Primária à Saúde (APS). Atualmente, o município apresenta uma cobertura da atenção básica de 91,57%, com uma estimativa da cobertura populacional pelas equipes da ESF de 85,72%.¹¹

Foram consideradas questões referentes ao primeiro e ao segundo módulos do III Ciclo do PMAQ-AB, e foram extraídos, a fim de possibilitar a identificação do perfil dos profissionais entrevistados, questões referentes às PIC, dados sobre educação permanente em saúde (EPS), territorialização, planejamento, acolhimento, promoção à saúde, participação social, buscando agregar maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe.

A coleta de dados do PMAQ-AB foi realizada por pesquisadores integrantes de diversas universidades e centros de pesquisa brasileiros, em conjunto com o Ministério da Saúde. A equipe responsável pela coleta de dados passou por treinamento prévio, com a utilização de ferramentas validadas com base nas experiências adquiridas com a realização dos ciclos anteriores do PMAQ-AB.¹⁵

As equipes foram inscritas pela gestão municipal para participar do PMAQ-AB. Previamente, a equipe de coleta fez contato com os gestores, que organizaram a agenda no melhor dia e horário. De acordo com as orientações do Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade, os profissionais médicos ou enfermeiros foram as categorias escolhidas para participar da entrevista. No entanto, caso, no momento da avaliação, esses profissionais não estivessem presentes, outro profissional de nível superior

poderia ser entrevistado. Os dados foram digitados em Tablets com o instrumento de coleta de dados.

Os dados quantitativos foram utilizados para identificar as potencialidades e dificuldades apresentadas pelos profissionais de saúde que desenvolvem as PIC na APS da capital. Esses indicadores foram obtidos no site do Ministério da Saúde, em um banco público (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>), em que os dados estão dispostos para garantir o anonimato dos participantes.

Inicialmente, foram feitas crítica e análise exploratória dos dados, para investigar inconsistências e compreender melhor as variáveis do estudo. De acordo com os resultados encontrados, foi realizada análise descritiva das variáveis afim de coletar informações mais específicas e detalhadas.

Resultados

Participaram da entrevista 186 profissionais de saúde, que integravam as equipes da APS. Com relação à oferta das PIC, constatou-se que 88,7% dos entrevistados relataram fornecer as PIC para os usuários do território, sendo o DS II o que mais oferta (97,5%) (tabela 1). Constatou-se que, dos profissionais entrevistados, os enfermeiros (96,2%) e 3,6% dos médicos ofertaram alguma PIC.

Tabela 1. Caracterização dos Profissionais das equipes da APS que ofertam PIC. PMAQ Ciclo III, João Pessoa, 2017/2018.

	DISTRITO 1		DISTRITO 2		DISTRITO 3		DISTRITO 4		DISTRITO 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
II.29.1 - A equipe oferece o serviço de PIC para os usuários do território?										
Sim	38	82,6	38	97,4	45	95,7	26	86,7	18	75
Não	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25
II.2.0.1- Qual profissional entrevistado?										
Enfermeiro	42	91,3	37	94,9	46	97,9	30	100	24	100
Médico	4	8,7	2	5,1	1	2,1	0	0,0	0	0,0
Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Verificou-se que as práticas mais ofertadas foram a auriculoterapia (83,3%), o uso de plantas medicinais e fitoterápicos (77,9%) e a terapia comunitária (48,9%), práticas amplamente distribuídas nos cinco distritos sanitários (tabela 2).

Tabela 2. Oferta de práticas integrativas. PMAQ Ciclo III, João Pessoa, 2017/2018.

	DISTRITO I		DISTRITO II		DISTRITO III		DISTRITO IV		DISTRITO V	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
II.29.2.1 - Medicina Tradicional Chinesa/ Auriculoterapia										
Sim	37	80,4	34	87,2	44	93,6	25	83,3	15	62,5
Não	1	2,2	4	10,3	1	2,1	1	3,3	3	12,5
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
I.29.2.2 – Reiki										
Sim	2	4,3	5	12,8	12	25,5	3	10,0	2	8,3
Não	36	78,3	33	84,6	33	70,2	23	76,6	16	66,7
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.3 – Yoga										
Sim	2	4,3	6	15,4	8	17,0	3	10,0	2	8,3
Não	36	78,3	32	82,1	37	78,7	23	76,7	16	66,7
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25
II.29.2.4 – Ayurveda										
Sim	0	0,0	2	5,1	2	4,3	1	3,3	2	8,3
Não	38	82,6	36	92,3	43	91,5	25	83,3	16	66,7
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.5 – Florais										
Sim	6	13,0	17	43,6	25	53,2	10	33,3	7	29,2
Não	32	69,6	21	53,8	20	42,6	16	53,3	11	45,8
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.6 - Doin/ Shiatsu/ Massoterapia/ Reflexologia										
Sim	4	8,7	11	28,2	16	34,0	7	23,3	6	25,0
Não	34	73,9	27	69,2	29	61,7	19	63,3	12	50,0
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.7 – Shantala										
Sim	5	10,9	15	38,5	19	40,4	7	23,3	6	25,0
Não	33	71,7	23	59,0	26	55,3	19	63,3	12	50,0
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.8 – Talassoterapia										
Sim	0	0,0	4	10,3	4	8,5	1	3,3	0	0,0
Não	38	82,6	34	87,2	41	87,2	25	83,3	18	75,0
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.9 – Biodança										
Sim	5	10,9	12	30,8	20	42,6	12	40,0	8	33,3
Não	33	71,7	26	66,7	25	53,2	14	46,7	10	41,7
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.10 – Musicoterapia										
Sim	6	13,0	16	41,0	20	42,6	14	46,7	7	29,2
Não	32	69,6	22	56,4	25	53,2	12	40,0	11	45,8
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.11 - Dança circular										
Sim	3	6,5	8	20,5	18	38,3	11	36,7	7	29,2
Não	35	76,1	30	76,9	27	57,4	15	50,0	11	45,8
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.12 – Naturologia										
Sim	2	4,3	3	7,7	3	6,4	3	10,0	1	4,2
Não	36	78,3	35	89,7	42	89,4	23	76,7	17	70,8
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0

II.29.2.13 - Terapia comunitária										
Sim	12	26,1	21	53,8	28	59,6	18	60,0	12	50,0
Não	26	56,6	17	43,6	17	36,2	8	26,7	6	25,0
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.14 - Terapia com Argila										
Sim	2	4,3	12	30,8	8	17,0	15	50,0	8	33,3
Não	36	78,3	26	66,7	37	78,7	11	36,7	10	41,7
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.15 - Sistema Rio Aberto (Movimento Vital expressivo)										
Sim	0	0,0	1	2,6	1	2,1	2	6,7	0	0,0
Não	38	82,6	37	94,9	44	93,6	24	80,0	18	75,0
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.16 – Arteterapia										
Sim	3	6,5	6	15,4	19	40,4	9	30,0	9	37,5
Não	35	76,1	32	82,1	26	55,3	17	56,7	9	37,5
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.17 – Osteopatia										
Sim	1	2,2	1	2,6	9	19,1	1	3,3	3	12,5
Não	37	80,4	37	94,9	36	76,6	25	83,3	15	62,5
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.18 – Quiropraxia										
Sim	1	2,2	1	2,6	15	31,9	1	3,3	1	4,2
Não	37	80,4	37	94,9	30	63,8	25	83,3	17	70,8
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25
II.29.2.19 – Aromaterapia, Meditação (Mindfulness), bioenergética										
Sim	2	4,3	8	20,5	4	8,5	5	16,7	2	8,3
Não	36	78,3	30	76,9	41	87,2	21	70,0	16	66,7
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25
II.29.3.1 - Uso de plantas medicinais e fitoterápicos										
Sim	29	63,0	32	82,1	43	91,5	23	76,7	18	75,0
Não	1	2,2	3	7,7	2	4,3	3	10,0	0	0,0
Não se aplica	16	34,8	4	10,3	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.3.2 - Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da MTC (Medicina Tradicional Chinesa) e práticas da medicina antroposófica										
Sim	12	26,1	23	59,0	29	61,7	15	50,0	9	37,5
Não	18	39,1	12	30,8	16	34,0	11	36,7	9	37,5
Não se aplica	16	34,8	4	10,3	2	4,3	4	13,3	6	25,0

Observou-se que 98,9% dos entrevistados informaram ter definição da área de abrangência da equipe, e, entre os DS, apenas o DS I não tem a sua área de abrangência definida por todos os profissionais de saúde. Outro ponto analisado estava relacionado a processos organizativos com a realização de reuniões pela equipe. Entre os profissionais entrevistados, 99,4% realizavam reuniões de equipes de forma semanal (93,5%), o que pode ser útil como uma ferramenta de qualidade para o serviço.

Uma vez que as necessidades e os objetivos são apresentados, faz-se necessário planejar e estabelecer as ações de saúde que serão realizadas pela equipe de saúde. Dessa forma,

verificou-se que apenas 1,0% dos profissionais entrevistados não realizava planejamento das suas ações. Dos profissionais que realizavam planejamento de ações juntamente com a equipe de saúde da APS, observou-se que os encontros eram realizados, em sua maioria, semanalmente (55,9%), seguidos pelos planejamentos mensais (40,8%) e quinzenais (8,0%).

A interpretação dos indicadores pela equipe de saúde da APS é de grande relevância para possibilitar aos profissionais profunda reflexão sobre a conjuntura atual da comunidade na qual estão inseridos. Tal ação foi realizada por 99,4% dos entrevistados.

Com o intuito em ofertar escuta e atenção qualificadas ao usuário, o acolhimento à demanda espontânea foi realizado por 98,3% dos entrevistados, ampliando o acesso e a ordenação das vulnerabilidades, sendo que apenas os DS I e V não apresentaram adesão da totalidade dos profissionais entrevistados.

Dos profissionais de saúde da APS que realizavam o acolhimento à demanda espontânea nas unidades de saúde, 97,4% foram orientados por meio dos protocolos e das condutas referentes aos casos atendidos.

A utilização de protocolos de acolhimento à demanda espontânea apresenta grande impacto sobre a qualidade do acesso ao serviço de saúde, assim como também ao cuidado por meio das PIC. Diante disso, 76,8% dos entrevistados relataram utilizar protocolos para acolher as demandas espontâneas, no entanto, o DS IV foi o único distrito em que todos os profissionais faziam uso dessa ferramenta.

Um dos aspectos principais da APS é a realização de ações que visam à promoção da saúde da população, de modo que ocorra a articulação de conhecimentos interdisciplinares na prestação do cuidado tanto individual quanto coletivo. Diante disso, observou-se que 99,4% dos entrevistados desenvolviam ações para a promoção à saúde dos usuários. Apenas o DS I não apresentou a totalidade dos seus integrantes no desenvolvimento dessas ações.

Uma das principais ações de saúde apresentada na APS relaciona-se às atividades voltadas à educação em saúde, uma vez que essa prática promove a construção de conhecimento e autonomia do usuário no seu processo de cuidado. Percebeu-se que apenas 0,5% dos entrevistados relataram não realizar atividades de educação em saúde.

A fim de garantir os princípios do SUS, como a integralidade do acesso e equidade no atendimento, as redes de serviços de saúde têm como base de organização serviços para garantir atendimento a todos, incluindo as comunidades tradicionais. Acerca desse assunto, observou-se que 66,6% dos entrevistados relataram não apresentar integrantes da população rural,

Sim	44	95,7	39	100,0	47	100,0	30	100,0	23	95,8
Não	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
II.4.1.2 - Gestão Estadual										
Sim	17	37,0	24	61,5	28	59,6	16	53,3	11	45,8
Não	29	63,0	15	38,5	19	40,4	14	46,7	13	54,2
II.4.1.3 - Pela própria equipe/unidade de Saúde										
Sim	41	89,1	35	89,7	46	97,9	28	93,3	19	79,2
Não	5	10,9	4	10,3	1	2,1	2	6,7	5	20,8
II.4.1.4 - Por outras equipes/unidades de saúde										
Sim	21	45,7	26	66,7	30	63,8	19	63,3	14	58,3
Não	25	54,3	13	33,3	17	36,2	11	36,7	10	41,7
II.4.1.5 - Pela universidade										
Sim	26	56,5	35	89,7	43	91,5	23	76,7	19	79,2
Não	20	43,5	4	10,3	4	8,5	7	23,3	5	20,8
II.4.1.6- Não recebi Educação Permanente no ano anterior										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	46	100,0	39	100,0	47	100,0	47	100,0	24,0	100,0
II.4.2.1 - Gestão não organiza processos de Educação Permanente										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não se aplica	46	100,0	39	100,0	47	100,0	47	100,0	24,0	100,0
II.4.2.3 - Gestão não apoia processos de Educação Permanente										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não se aplica	46	100,0	39	100,0	47	100,0	47	100,0	24,0	100,0

Observou-se que 82,2% dos entrevistados relataram que a gestão municipal ofertava cursos voltados para a capacitação em PIC aos profissionais da APS (Tabela 5).

Tabela 5. Oferta de educação permanente em PIC pela gestão. PMAQ Ciclo III, João Pessoa, 2017/2018.

	DISTRITO I		DISTRITO II		DISTRITO III		DISTRITO IV		DISTRITO V	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
II.29.4 - A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe?										
Sim	31	67,4	36	92,3	42	89,4	26	86,7	18	75,0
Não	7	15,2	2	5,1	3	6,4	0	0,0	0	0,0
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0

A implantação das PIC na APS promove uma reorganização que reflete no processo de trabalho. Diante disso, pôde-se perceber que, apesar das práticas serem implantadas em todos

os DS de João Pessoa, informações relativas à carência de recursos humanos e insumos (Tabela 6) foram constatadas, o que pode dificultar os processos produtivos e as assistências.

Ainda que a auriculoterapia seja a prática mais ofertada pelos profissionais da APS do município analisado, apenas 13,9% dos profissionais entrevistados relatam ter agulhas filiformes descartáveis, 56,4% tinham sementes ou cristais e 44,0% informam ter mapas de pontos de acupuntura sempre disponíveis para o desenvolvimento dessa prática. A escassez de insumos básicos foi observada em alternativas terapêuticas, em que somente 3,88% relataram ter Moxa (carvão e/ou artemísia) e 16,11% tinham copos de ventosa sempre disponíveis. Apenas 38,7% dos estabelecimentos de saúde tinham plantas medicinais e fitoterápicos em quantidades suficientes para atender à demanda dos seus usuários.

O desprovimento de recursos culminou na disponibilização de quantidades insuficientes para acolher as necessidades dos usuários que frequentam as unidades de saúde na APS. Assim, foi observado que apenas 36,5% das unidades possuíam planta "in natura", 5,9% droga vegetal (planta seca), 4,8% fitoterápico manipulado e 1,6% medicamento fitoterápico industrializado em quantidade suficiente.

Já com relação aos medicamentos fitoterápicos industrializados, apenas o DS IV ofertava esses insumos, no entanto, somente 1,6% ofertava Espinheira-santa, Guaco, Hortelã, Salgueiro, Babosa, Alcachofra, Cáscara-sagrada e Aroeira, 1,0% ofertavam Plantago, e apenas 0,5% disponibilizavam Garra-do-diabo e Unha-de-gato em quantidade suficiente.

Quando se trata da dispensação de medicamentos homeopáticos, somente os profissionais do DS V relataram dispor desse insumo, no entanto, 0,5% dos profissionais da unidade ofertava essa alternativa terapêutica.

Tabela 6. Disponibilidade de insumos para o desenvolvimento das PIC. PMAQ Ciclo III, João Pessoa, 2017/2018.

	DISTRITO I		DISTRITO II		DISTRITO III		DISTRITO IV		DISTRITO V	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I.13 - Insumos para Práticas Integrativas e Complementares										
I.13.2 - Agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados (para acupuntura) sempre disponíveis										
Sim	0	0	4	10,3	17	36,2	0	0	5	20,8
Não	28	60,9	32	82,1	26	55,3	21	72,4	10	41,7
Não se aplica	18	39,1	3	7,7	4	8,5	8	27,6	9	37,5
I.13.3 - Copos de ventosa sempre disponíveis										
Sim	0	0	15	38,5	13	27,7	0	0	1	4,2
Não	28	60,9	21	53,8	30	63,8	21	72,4	14	58,3

Não se aplica	18	39,1	3	7,7	4	8,5	8	27,6	9	37,5
I.13.4 - Mapas de pontos de acupuntura sempre disponíveis										
Sim	13	28,3	5	12,8	31	66,0	7	24,1	5	20,8
Não	15	32,6	31	79,5	12	25,5	14	48,3	10	41,7
Não se aplica	18	39,1	3	7,7	4	8,5	8	27,6	9	37,5
I.13.5 - Moxa (carvão e/ou artemísia) sempre disponíveis										
Sim	0	0	4	10,3	3	6,4	0	0	0	0
Não	28	60,9	32	82,1	40	85,1	21	72,4	15	62,5
Não se aplica	18	39,1	3	7,7	4	8,5	8	27,6	9	37,5
I.13.6 - Sementes ou cristais para auriculoterapia sempre disponíveis										
Sim	26	56,5	21	53,8	31	66,0	16	55,2	11	45,8
Não	2	4,3	15	38,5	12	25,5	5	17,2	4	16,7
Não se aplica	18	39,1	3	7,7	4	8,5	8	27,6	9	37,5
I.15.16 Medicamentos fitoterápicos										
I.15.16.1 - A unidade disponibiliza medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos?										
Sim	6	13,0	23	59,0	19	40,4	14	46,7	10	41,7
Não	40	87,0	14	35,9	23	48,9	16	53,3	14	58,3
Não se aplica	0	0,0	2	5,1	5	10,7	0	0,0	0	0,0
I.15.16.2 - Planta "in natura" em quantidade suficiente?										
Sim	6	13,0	23	59,0	19	40,4	10	33,3	10	41,7
Não	0	0	0	0,0	0	0,0	4	13,3	0	0,0
Não se aplica	40	87,0	16	41,0	28	59,6	16	53,4	14	58,3
I.15.16.3 - Droga Vegetal (Planta seca) em quantidade suficiente?										
Sim	0	0,0	1	2,6	0	0,0	9	30,0	1	4,2
Não	6	13,0	22	56,4	19	40,4	5	16,7	9	37,5
Não se aplica	40	87,0	16	41,0	28	59,6	16	53,3	14	58,3
I.15.16.4 - Medicamento Fitoterápico manipulado em quantidade suficiente?										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	30,0	0	0,0
Não	6	13,0	23	59,0	19	40,4	5	16,7	10	41,7
Não se aplica	40	87,0	16	41,0	28	59,6	16	53,3	14	58,3
I.15.16.5 - Medicamento Fitoterápico Industrializado em quantidade suficiente?										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0
Não	6	13,0	23	59,0	19	40,4	11	36,7	10	41,7
Não se aplica	40	87,0	16	41,0	28	59,6	16	53,3	14	58,3
I.15.17 - Sobre Medicamento Fitoterápico Industrializado										
I.15.17.1 - Espinheira-santa em quantidade suficiente?										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não se aplica	46	100,0	39	100,0	47	100,0	27	90,0	24	100,0
I.15.17.2 - Guaco em quantidade suficiente?										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0

Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não se aplica	46	100,0	39	100,0	47	100,0	27	90,0	24	100,0
I.15.17.3 - Hortelã em quantidade suficiente?										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não se aplica	46	100,0	39	100,0	47	100,0	27	90	24	100,0
I.15.17.4 - Salgueiro em quantidade suficiente?										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não se aplica	46	100,0	39	100,0	47	100,0	27	90,0	24	100,0
I.15.17.5 - Babosa em quantidade suficiente?										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não se aplica	46	100,0	39	100,0	47	100,0	27	90,0	24	10,0
I.15.17.6 - Plantago em quantidade suficiente?										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7	0	0,0
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0
Não se aplica	46	100,0	39	100,0	47	100,0	27	90,0	24	10,0
I.15.17.7 - Alcachofra em quantidade suficiente?										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não se aplica	46	100,0	39	100,0	47	100,0	27	90,0	24	10,0
I.15.17.8 – Cáscara-sagrada em quantidade suficiente?										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não se aplica	46	100,0	39	100,0	47	100,0	27	90,0	24	10,0
I.15.17.9 – Aroeira em quantidade suficiente?										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não se aplica	46	100,0	39	100,0	47	100,0	27	90,0	24	10,0
I.15.17.10 – Garra-do-diabo em quantidade suficiente?										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7	0	0,0
Não se aplica	46	100,0	39	100,0	47	100,0	27	90,0	24	10,0
I.15.17.11 – Isoflavona em quantidade suficiente?										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0
Não se aplica	46	100,0	39	100,0	47	100,0	27	90,0	24	10,0
I.15.17.12 – Unha-de-gato em quantidade suficiente?										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7	0	0,0
Não se aplica	46	100,0	39	100,0	47	100,0	27	90,0	24	10,0
I.15.18 - Medicamentos Homeopáticos										
I.15.18.1 - A unidade dispensa medicamentos homeopáticos?										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
Não	29	63,0	30	76,9	32	68,1	19	63,3	12	50,0
Não se aplica	17	37,0	9	23,1	15	31,9	11	36,7	11	45,8

Discussão

Os resultados mostraram a oferta das PIC na APS do município estudado. Entre os profissionais de saúde, a categoria da enfermagem apresentou um protagonismo nessa oferta das PIC. A enfermagem faz parte da composição mínima das equipes da ESF, e seu processo de trabalho pode estar vinculado ao cuidado em saúde numa perspectiva mais holística e integral.^{16,17} O modelo de cuidado em saúde por meio das PIC favorece a expansão do acesso do usuário ao cuidado integral, humanizado, resolutivo e centrado no indivíduo, o que está alinhado aos princípios do SUS e da APS.^{18,19}

Observou-se neste estudo a elevada oferta da medicina tradicional chinesa e/ou auriculoterapia, o que também foi evidenciado em outro estudo utilizando dados secundários do PMAQ-AB.²⁰ A disponibilidade da auriculoterapia pode estar relacionada aos incentivos promovidos pelo Ministério da Saúde, pactuados com a Universidade Federal de Santa Catarina, na promoção de um curso semipresencial de formação em auriculoterapia para profissionais integrantes da APS, com polos espalhados em 21 estados do Brasil, entre eles, o município cenário desta pesquisa, proporcionando a capacitação de mais de quatro mil profissionais de saúde, como os deste cenário de estudo.²¹

Assim como a auriculoterapia, a formação nessa prática também foi ofertada a um número similar de profissionais da APS em todas as regiões do país.²⁰ A terapia comunitária e integrativa é tida como uma técnica baseada na condução de grupos, com intuito de autoajuda comunitária, por meio da divisão de sentimentos, experiências e sofrimentos psíquicos.

Também se observou a oferta da fitoterapia e o uso de plantas medicinais. Existe uma tradição e raízes históricas e sociais na região estudada. O uso de plantas medicinais aumentou e evoluiu junto com a humanidade, sendo difundido entre as gerações por meio do conhecimento de comunidades tradicionais, em especial, indígena e quilombola. Barros et al. (2020) evidenciaram que cerca de 82% da população brasileira é adepta ao uso de plantas medicinais, e seus medicamentos tecnicamente elaborados nos cuidados em saúde. Estudos^{12,22} têm relatado a importância que os profissionais de saúde, em especial, os inseridos na ESF, tem na ampliação e implementação das PIC no SUS.

Ainda que as PIC busquem promover o protagonismo dos usuários, colocando-os no centro do processo do cuidado²³, devemos levar em consideração que a implantação e a oferta dessas práticas na APS promovem uma reorganização do processo de trabalho das equipes. Barros, Spadacio e Costa (2018) constataram que a inserção das PIC no processo de trabalho dos profissionais da APS promoveu transformações consideráveis na qualidade do trabalho, favorecendo o desenvolvimento de atividades com maior deleite, melhor organização das

rotinas, além do fortalecimento da integração e do vínculo entre os profissionais, bem como dos usuários.

Apesar disso, o presente estudo observou inconsistência na oferta dessas práticas. A não implantação e a não implementação das PIC no plano de cuidado por uma parcela dos profissionais de saúde pode estar relacionadas a questões inerentes à formação acadêmica, ao excesso de atribuições no dia a dia de trabalho, falta de apoio, escassez de insumos, além da preferência ao modelo hegemônico. Tais características foram evidenciadas por Dalmolin e Heidemann¹⁶, que observaram a sobrecarga de trabalho, as resistências encontradas no ambiente de trabalho, a consolidação do modelo biomédico e a educação em saúde centrada nos aspectos patológicos. Esses foram os aspectos relacionados ao não estabelecimento de uma nova forma de cuidado em saúde associados às práticas alternativas.

Perspectivas negativas relacionadas às PIC também foram identificadas, sendo as mais presentes: divergências com as demais atividades desempenhadas, sobrecarga de trabalho, escassez de profissionais e estrutura inadequada para realização das práticas, o que propicia o surgimento de conflitos entre os profissionais que compõem a equipe da APS.^{22,24,25}

Ainda que as PIC sejam reconhecidas como um importante meio de integração entre os profissionais da APS, os aspectos negativos observados retratam a existência de conflitos na equipe que pouco são considerados, estudados e reconhecidos nas relações interprofissionais.

Outro fator de grande importância para consolidação das PIC na APS trata-se do apoio por parte dos gestores.¹³ Ainda que os resultados encontrados por essa pesquisa apresentem apoio gerencial, tais dados divergem de outros estudos nacionais, em que a falta de apoio pelos gestores implica uma invisibilidade dessas práticas na APS, promovendo sua desvalorização e não institucionalização.^{1,3,10}

Estudo realizado no Acre²³ evidenciou que 67% dos gestores entrevistados não tinham conhecimento sobre as PIC, mesmo estando na gestão do serviço da APS entre 1 e 3 anos (62,50%). Barros et al. (2020), também constataram uma falta de conhecimento e inseguranças por parte dos gestores ao dialogarem sobre as PIC, confundindo-as facilmente com práticas biomédicas.

O desconhecimento das PIC já tem sido relatado no processo formativo. Em especial, na formação acadêmica, referenciada pelo modelo biomédico, centrado nas doenças, e das racionalidades médicas.^{26,27,22,29} Silva et al. (2021)²⁹ evidenciaram que apenas 26% dos cursos de enfermagem apresentavam alguma disciplina sobre as PIC em sua grade curricular. Já com relação às escolas médicas, das 252 escolas, somente 57 citaram as PIC em seus currículos.

Como fruto da incompreensão acerca das PIC por parte dos gestores, manifestam-se vulnerabilidades na institucionalização e no monitoramento das práticas, invisibilidade, desregulamentação, disputa entre os modelos assistenciais, desvalorização profissional, sobrecarga de trabalho, contribuindo para a fragmentação do processo de cuidado, bem como para o enfraquecimento das práticas no SUS.³⁰

Pode-se considerar que um dos indicadores de apoio gerencial às PIC está relacionado à disponibilização de insumos básicos para o seu desenvolvimento. Os resultados desse estudo evidenciam a necessidade de organização desse apoio gerencial, na previsão e oferta de insumos para a realização das PIC nos territórios.

Em virtude do desprovimento de recursos, o acolhimento das demandas apresentadas pelos usuários é afetado, limitando o acesso às PIC. Diante disso, o autofinanciamento torna-se uma prática comum por diversos profissionais da APS, e tal sensibilidade visa a tornar as práticas operantes na rede de saúde.^{1,4,3}, na medida em que a oferta dessas práticas é assegurada por um querer inerente aos profissionais de saúde, e não fomentada por um apoio gerencial.^{30,31,32}

Desse modo, observa-se a necessidade de promover ações que possibilitem melhor percepção das PIC pelos gestores, uma vez que, à medida que se potencializa a visibilidade dessas práticas, obstáculos como baixa institucionalização, fragilidade e a instabilidade das PIC nos serviços serão superados, valorizando, assim, a sua oferta.^{1,33}

Outro ponto de fundamental importância relacionado à ampliação das PIC na APS está relacionado à EPS. Apesar de a formação em PIC dos profissionais da saúde estar contida na PNPIC, os cursos associados à perspectiva da EPS ainda são escassos, e a maior parte é da rede privada de educação, custeada pelos próprios profissionais de saúde.

Atualmente, no Brasil, a formação em PIC é considerada difusa e escassa, trazendo consigo limitações na oferta e na qualidade. Tal indicador encontra-se entre os principais desafios para ampliação e implementação das PIC no SUS, visto que a educação permanente de forma eficiente e de qualidade promove a criação de uma visão integral no processo de trabalho e no cuidado em saúde, enriquecendo a prática profissional.^{9,33,34}

As informações trazidas por este estudo podem colaborar para o planejamento e o desenvolvimento de tomadas de decisões por parte dos gestores, para que se consiga superar as fragilidades identificadas, visando à ampliação e à qualificação do processo de trabalho alicerçado na oferta das PIC.

Entretanto, limitações inerentes a este estudo podem ser observadas em virtude da utilização de dados secundários obtidos da participação voluntária dos profissionais das Unidades de Saúde, que conheciam previamente o instrumento de coleta, atribuindo um viés de seleção, já que pode haver um direcionamento à acentuação da positividade nas respostas apresentadas pelas equipes estudadas.

Conclusão

Evidenciou-se que existe a oferta de diversas PIC na atenção primária à saúde da capital nordestina e que, apesar de os profissionais serem considerados protagonistas dessa expansão, ainda existe uma parcela que não oferta. O profissional enfermeiro foi a principal categoria relacionada à oferta das PIC, de modo que se faz necessário conhecer as contribuições que outras classes profissionais possuem sobre a oferta e ampliação das PIC na APS.

Ainda que os dados tenham apresentado uma direção para o apoio gerencial, a falta de incentivos e apoio foi identificada pela falta de insumos para o pleno desenvolvimento das práticas, impossibilitando que possam ser desenvolvidas com qualidade. É importante a educação permanente em saúde com foco na produção de cuidado visando às PIC na APS, de forma a qualificar o processo de trabalho em saúde na perspectiva integral, para além da racionalidade biomédica.

Diante disso, os resultados do estudo avançaram em um diagnóstico das PIC no município e podem servir para análise de gestores para subsidiar caminhos na perspectiva do fortalecimento das PIC. Necessita-se de melhorias de infraestrutura e insumos nos cenários que ofertam as PIC, como as USF, estímulo de Educação Permanente em Saúde, visando às PIC e ao processo de trabalho na APS, e o incentivo e apoio das gestões nos DS e nas USF.

Além disso, espera-se que os resultados deste estudo contribuam para a reflexão e o debate sobre as PIC na APS, para além dos profissionais de saúde, incluindo os gestores e usuários dos serviços que usam as PIC, de forma a contribuir para o surgimento de estratégias que visem ao fortalecimento e à consolidação das PIC no SUS.

Referências

1. Barros LCN, Oliveira ESF, Hallais JAS, Teixeira RAG, Barros NF. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Gestores dos Serviços. Esc Anna Nery. 2020;24(2):e20190081.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2006.

3. Barros NF de, Francisco PMSB, Sousa LA de. Desapoio dos gestores e desinstitucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36(6):e00062320.
4. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR dos, Bezerra AFB, Tesser CD, Sousa IMC de. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36 (1):e00208818.
5. Oliveira IM, Pasche DF. Entre legitimação científica e legitimação cultural: transformações no campo das Práticas Integrativas e Complementares. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022; 27(09): 3777-3787.
6. World Health Organization (WHO). Who global report on traditional and complementary medicine 2019. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 971. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006.
8. Assis WC, Britto FR, Vieira L de O, Santos ES, Boery RNS de O, Duarte ACS. Novas formas de cuidado através das práticas integrativas no sistema único de saúde. *Rev. Bras. Promoc. Saúde*. 2018;31(2): 1-6
9. Tesser CD, Sousa IMC de, Nascimento MC do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde debate*. 2018; 42(1):174–88.
10. Rocha IR, Senna MIB, Oliveira JS de, Paula JS de. Práticas Integrativas em Complementares em Saúde: a construção (in)completa da política em um município de grande porte. *Saúde debate*. 2023;4(36):110-125.
11. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde. Brasília, 2020.
12. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR dos, Bezerra AFB, Tesser CD, Sousa IMC de. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36(1):e00208818.
13. Aguiar J, Kanan LA, Masiero AV. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saúde debate*. 2019;43 (123):1205–18.
14. Facchini LA, Tomasi E, Thumé E. Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. São Leopoldo: Oikos; 2021.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa da saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo. Brasília, 2017.
16. Dalmolin IS, Heidemann ITSB. Integrative and complementary practices in Primary Care: unveiling health promotion. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3277.
17. Mildemberg R, Paes MR, Santos BA dos Dalmolin IS, Brusamarello T. Práticas Integrativas e Complementares na atuação dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Esc Anna Nery*. 2023;27: e20220074.
18. Contatore OA, Malfitano APS, Barros NF de. Por uma sociologia do cuidado: reflexões para além do campo da saúde. *Trab. Educ. saúde*. 2019;17(1):e0017507.

19. Muricy AL, Cortes HM, Antonacci MH, Pinho PH, Cordeiro RC. Implementação do cuidado em saúde mental com a abordagem das PIC na Atenção Primária. *Rev. APS*. 2022; 25 (1): 70 -89.
20. Tesser CD, Sousa IMC de, Nascimento MC do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde debate*. 2018;42(1):174–88.
21. Charles Dalcanale Tesser, Ari Ojeda Ocampo Moré, Melissa Costa Santos, Emiliana Domingues Cunha da Silva, Fátima Terezinha Pelachini Farias, Lúcio José Botelho, Auriculotherapy in primary health care: A large-scale educational experience in Brazil, *J Integr Med*. 2019;17(4) 302-309.
22. Silva PHB da, Barros LCN de, Barros NF de, Teixeira RAG, Oliveira ESF de. Formação profissional em Práticas Integrativas e Complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021;26 (2):399–408.
23. Pereira LF, Rech CR, Morini S. Autonomia e Práticas Integrativas e Complementares: significados e relações para usuários e profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Interface*. 2021;25:e200079.
24. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde debate*. 2018;42(1):163–73.
25. Ribeiro FSN, Afonso F da MA da M. PIC como suporte à Saúde do Trabalhador: uma proposta extensionista. *Revise*. 2021;5:80-94.
26. Gurgel LGD, Jessé ARB, Silva DMA da, Alencar PSL, Jordán A de PW, Daniel NAA. Integrative and complementary practices: interest of the academic community and challenges of medical education. *Rev. bras. Educ. Med*. 2021;45(4):e235.
27. Nascimento MC do, Romano VF, Chazan ACS, Quaresma CH. Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. *Trab. Educ. saúde*. 2018;16(2):751–72.
28. Barros NF, Siegel P, Otani MAP. O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções. São Paulo: Hucitec; 2011.
29. Medeiros, NT; Catrib, Ana MF; Barros, NF de; Sá, FE de; Silva, GPF da; Lourinho, LA; Coutinho, BD; Macena, RHM; Costapft DA da; Abdon, APY. Complementary and Integrative Medicine in academic health education. *Complementary therapies in medicine*. 2021;63:102785.
30. Silva PHB, Barros LCN, Zambelli JC, Barros NF de, Oliveira ESF. (In) compreensões de gestores sobre as práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Promoc. Saúde*. 2021;34:9.
31. Ribeiro LG, Marcondes D. A interface entre a atenção primária à saúde e práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde: formas de promover as práticas na APS. *APS*. 2021;3(2):102-9.
32. Pedro Henrique Brito da Silva, Leylaine Christina Nunes de Barros, Janaína da Câmara Zambelli, Nelson Filice de Barros, Ellen Synthia Fernandes de Oliveira. Understandings and Misunderstandings about the Offer and Absence of Complementary Therapies by Managers in Primary Health Care. *NTQR*. 2021;8:245-53.
33. Ignatti C, Nakamura E. Monitoring the implementation of a Municipal Policy on Complementary and Integrative Practices: the main challenges. *Physis*. 2021;31 (1):e310107.

34. Ruela L de O, Moura C de C, Gradim CVC, Stefanello J, Iunes DH, Prado RR do. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019;24(11):4239–50.

5 ARTIGO 2 A SER SUBMETIDO NA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde em uma capital do nordeste brasileiro na perspectiva dos profissionais que a operam **Integrative and complementary practices in primary health care in a northeastern Brazilian capital from the perspective of professionals**

Resumo: O objetivo do estudo foi compreender os sentidos atribuídos a oferta, o trabalho e a educação permanente em torno das PIC, considerando a voz dos profissionais de saúde que a operam na Atenção Primária a Saúde (APS). Trata-se de uma investigação transversal e qualitativa. Doze profissionais que atuavam em equipes de saúde da família participaram de entrevistas. A coleta dos dados foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas no período dos meses de abril e julho de 2022. Para compreensão e sistematização dos dados, adotou-se a análise de conteúdo temática. Dentre os entrevistados, 11 eram do sexo feminino a enfermagem foi a mais presente (4), seguido dos cirurgiões dentistas (3), assistentes sociais (2), fisioterapeuta, psicólogo e educador físico (1). A partir da análise temática surgiram quatro unidades de análise e sete categorias temáticas, percepção sobre as PIC no cuidado em saúde, processo de trabalho e mudança na produção do cuidado em saúde, processo de trabalho e mudança na produção do cuidado, conflito de modelos de atenção em saúde: serviço “metas centrado” e perspectiva integral, Visibilidade das PIC: registro nos prontuários dos usuários, gestão e Apoio na oferta das PIC: potencialidades e fragilidades, educação Permanente em Saúde com foco nas PIC: oferta envolvendo os diversos atores das APS e Oferta das PIC na APS e o período pandêmico. Observou-se uma oferta de PIC no município, entretanto, necessita-se de melhorias na gestão de insumos, apoio gerencial, educação permanente em saúde visando a qualificação do processo de trabalho em saúde com vistas a ampliação e qualificação da oferta das diferentes PIC na APS.

Palavra-chave: Práticas Integrativas e Complementares; Atenção Primária em Saúde; Trabalhadores da saúde.

Abstract: The objective of the study was to understand the meanings attributed to the offer, work and permanent education around PIC, considering the voice of health professionals who operate it in Primary Health Care (PHC). This is a cross-sectional and qualitative investigation. Twelve professionals who worked in family health teams participated in interviews. Data collection was carried out from semi-structured interviews in the period of April and July of the year 2022. To understand and systematize the data, thematic content analysis was adopted. Among the interviewees, 11 were female and nursing was the most present (4), followed by dentists (3), social workers (2), physiotherapists, psychologists and physical educators (1). From the thematic analysis, four units of analysis and seven thematic categories emerged, perception about the PIC in health care, work process and change in the production of care, conflict of health care models: “goals-centered” service and integral perspective, visibility of PIC: registration in users' medical records, management and support in offering PIC: strengths and weaknesses, Permanent Health Education focused on PIC: offer involving the various PHC actors and offering PIC in PHC and the pandemic period. There was an offer of PIC in the city, however, improvements are needed in the management of inputs, managerial support, permanent health education aimed at qualifying the work process in health with a view to expanding and qualifying the offer of different PIC in the city. APS.

Keyword: Integrative and Complementary Practices; Primary Health Care; Health workers.

Introdução

Historicamente a produção de cuidado em saúde revela uma diversidade de terapêuticas, técnicas, as quais foram uma construção envolvendo usos, tradições, culturas e contextos sociais, políticos e econômicos. Nas últimas décadas, as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) ganharam espaço e visibilidade no Brasil e no mundo, uma vez que promovem o cuidado ao paciente de forma singular e integral, por meio de técnicas e conhecimentos que não integrantes da prática biomédica.^{1,2,3}

Segundo dados apresentados pela *World Health Organization* (WHO) em seu relatório *Who Global Report On Traditional And Complementary Medicine* 2019, constatou que entre os 194 países membros da organização, 88% tinham as PIC presente e fundamentada por meio de leis, políticas ou programas. O pluralismo terapêutico foi constatado, visto que os países membros ofertavam em sua grande maioria a acupuntura (113), uso de medicamentos fitoterápicos (110) e quiropraxia, osteopatia e medicina ayurvédica (90).⁴

No Brasil, as PIC apresentam suas raízes imbricadas à cultura popular e ao cuidado em saúde dos povos originários. Apesar disso, somente em 2006 com a promulgação da Portaria nº 971/2006 e a institucionalização da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), passaram a ser ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Somente nos anos de 2017 e 2018 as práticas e saberes foram ampliados por meio das portarias nº 145/2017, nº 849/2017 e nº 702/2018, totalizando 29 práticas disponíveis em todo território brasileiro.^{5,6,7,8}

Seguindo as orientações contidas na PNPIC e de acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), as PIC foram inseridas Atenção Primária à Saúde (APS) em virtude da sua proximidade com o usuário, por ter uma equipe constituída de profissionais que realizam o processo de acolhimento dos seus usuários de forma integral, além de terem uma melhor compreensão do processo saúde-doença, levando sempre em os aspectos psicológicos e sociais.⁹

Em 2019, a oferta das PIC foi registrada em 4.297 (77%) municípios e em todas as capitais brasileiras, e de todos os estabelecimentos de saúde que ofertavam PIC, 15.603 (90%) integravam a APS, sendo responsável por mais de 628.239 procedimentos no mesmo ano. É importante destacar que as PIC apresentam uma forte ligação com a APS, o que pode estar relacionado ao compartilhamento de características como, atenção centrada no sujeito, seu

contexto social, valorização de saberes, práticas e afetos. Observa-se que a crescente busca pelas PIC evidencia-se pelo interesse do usuário no cuidado mais integral, singular e humanizado, insatisfação com o modelo biomédico, redução da medicalização, ausência de efeitos colaterais, autonomia no processo de cuidado e pelo baixo custo.^{9,10,11,12,13}

Entretanto, o atual cenário de implementação das PIC no SUS é marcado pela presença de inúmeros obstáculos como a falta de financiamento e disponibilização de insumos, incompreensão e falta de apoio por parte dos gestores, falta de estruturação dos serviços, ausência da oferta de educação permanente, resistência e preferência ao modelo biomédico por parte dos profissionais.^{3,14,15}

Tem sido ofertado cursos, oficinas e capacitações para profissionais do SUS e organização da área técnica na secretaria municipal de saúde com três cenários de oferta de PIC no município cenário dessa pesquisa. Diante disso, é importante investigar a implantação das PIC na APS, em especial, para conhecer o perfil, a percepção e a repercussão que as PIC têm ocasionado sobre os profissionais de saúde que a ofertam. Dessa forma, o desenvolvimento de pesquisas que revelem a percepção dos profissionais da APS será fundamental para o planejamento, a implementação e gestão das PIC no SUS.^{10,12,13}

Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi compreender os sentidos atribuídos a oferta, o trabalho e a educação permanente em torno das PIC, segundo os profissionais de saúde que a operam.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo que buscou analisar a percepção dos profissionais de saúde que ofertam as práticas integrativas e complementares na atenção primária a saúde de uma capital do nordeste brasileiro.¹⁶

O cenário da pesquisa foi um município com 825.796 habitantes. Na saúde, é organizada em cinco Distritos Sanitários (DS), e apresenta a Atenção Primária à Saúde (APS) composta por 100 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 201 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 2.004 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com cobertura da atenção básica em 91,6%, e uma estimativa da cobertura populacional pelas equipes da ESF em 85,7%. Existem no município dois Centros de Referência de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, um núcleo de formação. As PIC são ofertadas também nos Centro de Atenção Psicossocial, Policlínicas, Serviços de Atenção Domiciliar e na rede hospitalar.^{17,18}

A população do estudo foi constituída por profissionais da saúde da ESF, de ambos os sexos, que atuam na APS e que ofertavam as PIC há no mínimo um ano. Foram excluídos os

que estivessem de férias, de licença médica. A inclusão dos participantes se deu considerando a técnica de bola-de-neve.¹⁹ Inicialmente dois profissionais de cada distrito sanitário foram recrutados de forma aleatória, e a partir disso, solicitou-se que indicassem outro profissional considerado os critérios de elegibilidade adotados.²⁰

Para a coleta de dados empíricos foram realizadas entrevistas semiestruturadas, sendo sete realizadas presencial e cinco em ambiente virtual, considerando a exequibilidade dos participantes, e foram conduzidas com base em um roteiro sobre as PIC, sua oferta e organização do processo de trabalho, considerando suas potencialidades e fragilidades, perspectivas de educação permanente em saúde. A estrutura da entrevista foi construída pelo projeto de Pesquisa “Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde nas Regiões Metropolitanas de Porto Alegre, Fortaleza, Campinas e Goiânia” do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS), da Universidade Estadual de Campinas.

Todas as entrevistas foram realizadas por um único pesquisador com formação na área da saúde e com experiência na APS. Previamente procedeu-se a realização de treinamento por meio de discussões teóricas, conceitual e metodológicas em torno do objeto de pesquisa e da coleta de dados e em seguida de simulação de uma entrevista. Esse momento foi supervisionado por um pesquisador com expertise em pesquisa qualitativa.

O convite para participação dos profissionais na pesquisa ocorreu por meio de correio eletrônico (e-mail), telefone ou redes sociais (*WhatsApp*), de acordo com o tipo de contato disponível. Em seguida a entrevista foi agendada de forma prévia, levando em consideração a disponibilidade do entrevistado em relação ao local que proporcione condições de sigilo e privacidade, em dia e horário mais apropriado.

Em função da pandemia de Covid-19, todas as normas de segurança foram seguidas. Para se determinar o tamanho da amostra, foi utilizado o processo de saturação. Trata-se de uma técnica por amostragem teórica, na qual é vista como um determinante para interrupção da coleta de dados em uma pesquisa qualitativa. Uma vez que o entrevistador detectasse que não havia apresentação de dados adicionais e era possível compreender a visão dos entrevistados, considerava-se que a saturação foi alcançada. Dessa forma, a fim de se evitar incertezas e equívocos, foram coletados dados de mais duas entrevistas aleatórias para atestar que não há o aparecimento de novas informações.^{21,22}

Todas as entrevistas foram audiogravadas e as falas obtidas no diálogo foram transcritas na íntegra, sem cortes, correções ou interpretações iniciais, de modo a se preservar a fala dos

participantes, assegurando o anonimato dos entrevistados. Para controle de qualidade uma terceira pessoa leu o conteúdo transcrito, a fim de conferir se os áudios e as transcrições correspondiam as narrativas.

As transcrições foram relidas com objetivo de se compreender e evidenciar a diversidade do campo pesquisado, e posteriormente analisadas segundo a técnica de Bardin (2016), na modalidade de análise temática, seguindo as três etapas: pré-análise, com a leitura flutuante para exploração do material; em seguida a partir de leituras e releituras exaustivas das transcrições, observando-se os princípios da exclusão mútua, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência, de forma a evidenciar convergências e divergências nos relatos, sele selecionando-se as unidades de análise; e por fim, as unidades de análise foram agrupadas em categorias e interpretadas com base na literatura. Após elencadas as categorias, realizou-se a discussão com dois pesquisadores, a fim de construir a matriz final de análise.²³

Por questões éticas, respeito, dignidade as falas transcritas foram descaracterizadas, evitando possíveis elementos de identificação dos participantes da pesquisa. Para apresentação dos dados os discursos foram codificados por código alfanumérico segundo a ordem de realização, como “E1”, “E2” e assim por diante.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, respeitando-se a Resolução 466/12 sob número CAAE: 53100321.7.0000.5188. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram entrevistados 12 profissionais de saúde, sendo 11 do sexo feminino e 1 do masculino, com média de idade de 45 anos. Sete entrevistados se autorreferenciaram como pardos, três como branco e dois como pretos. Entre as categorias profissionais participantes, a categoria da enfermagem foi a mais presente (4), seguido dos cirurgiões dentistas (3), assistentes sociais (2), fisioterapeuta, psicólogo e educador físico (1). Quanto ao tipo de vínculo, nove entrevistados eram contratados e três estatutários, com tempo de atuação na APS entre 8 e 33 anos.

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica dos entrevistados

Idade	Sexo	Formação	Vínculo empregatício	Tempo de atuação na APS
52	Feminino	Odontologia	Prestador	19 anos

43	Feminino	Enfermagem	Prestador	20 anos
60	Feminino	Enfermagem	Efetivo	33 anos
36	Feminino	Educação Física	Prestador	10 anos
37	Feminino	Psicologia	Prestador	12 anos
52	Feminino	Odontologia	Prestador	22 anos
38	Feminino	Fisioterapia	Prestador	9 anos
47	Feminino	Odontologia	Prestador	12 anos
36	Feminino	Serviço Social	Prestador	8 anos
36	Feminino	Enfermagem	Efetivo	12 anos
45	Masculino	Serviço Social	Efetivo	18 anos
60	Feminino	Enfermagem	Prestador	30 anos

Em relação a formação profissional para o desenvolvimento das PIC, oito relataram capacitação profissional por meio do curso ofertado pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em parceria com a Prefeitura Municipal da capital estudada. A pós-graduação no ensino privado foi relatado por dois profissionais, enquanto a capacitação por meio dos CPIC e na própria unidade de saúde foi relatado por apenas um entrevistado.

Entre as práticas integrativas ofertadas e constantes na PNPIC, a auriculoterapia foi mais presente, ofertada por onze entrevistados, seguido de terapia de florais (8), fitoterapia (3), acupuntura e terapia comunitária (2) e aromaterapia (1).

A partir da análise das entrevistas emergiram quatro unidades de análise e sete categorias temáticas, as quais possibilitam a compreensão da presente realidade em torno da percepção dos profissionais de saúde que ofertam as PIC na APS da capital nordestina.

Percepção sobre as PIC no cuidado em saúde

Esta categoria descreve as percepções dos profissionais de saúde da APS quanto ao significado das PIC no cuidado em saúde, sua importância, assim como as experiências pessoais e profissionais com as práticas.

Acho que para mim significa transformação na vida do usuário, né? Significa superação, significa dar significado a vida de um usuário. Então assim, eu acho que as PIC vieram para transformar realmente, transformar não só a vida do usuário mais transformar também as práticas profissionais. Trouxe para nós profissionais uma visão mais ampliada, uma visão mais holística e a gente pode ver aquele usuário, e não só tratar aquela doença E1.
Para mim significa um cuidado diferencial, um cuidado que acolhe, um cuidado foge do método que a gente está habituado, de remédio, de exame, de médico e só pensa que é só a única forma de ficar bem é desse modo, para mim reflete uma transformação mesmo, na transformação do cuidado, é olhar

para si mesmo, perceber as suas potencialidades, é se reconhecer de outra forma E5.

Por meio dos dados empíricos foi possível perceber que os profissionais da APS fazem referência a oferta e utilização das PIC ao desenvolvimento de um cuidado mais integral e holístico. Onde baseado em conhecimentos tradicionais, não levam à interrupção de terapias alopáticas ou convencionais, mas somam-se de forma que o equilíbrio e o bem-estar físico, emocional, social e cultural seja reestabelecido, levando em consideração as tradições e preferências do usuário.

Pelo próprio nome já diz né, são práticas que elas tanto integram, como complementam os tratamentos convencionais, e também assim, a gente vê que é um resgate da cultura, que a gente foi perdendo ao longo do tempo com a comercialização das indústrias de medicamentos [...] que me marcou mais sabe, ter a sensibilidade da agente de ouvir a dor do coração, e com as práticas a gente consegue E3.

Ela não vem para substituir o tratamento médico né, de maneira alguma, na verdade ela se insere no SUS para proporcionar junto com a assistência, esse cuidado, bem-estar, qualidade de vida, opções mais saudáveis para que o usuário possa fazer, a gente ofertar para que eles façam escolhas mais saudáveis para sua vida, não ficando só limitado ao medicamento alopata, então tem outras formas, não é substituir. E aí a gente pode estar ajudando dessa forma com as práticas integrativas, elas complementam esse cuidado que a gente oferece na atenção primária E6.

Ainda que as reflexões dos trabalhadores a respeito das PIC trouxeram um ideal de um modelo alternativo e complementar ao modelo biomédico, pôde-se observar que alguns profissionais tiveram dificuldades em relatar ou definir o significado das PIC.

“Para mim vamos dizer assim, é uma manutenção sabe, aquele usuário tem uma dor, ameniza aquela dor, entendeu, não é uma coisa assim, curou, assim não, ela é um é um tratamento né E4”.

Processo de trabalho e mudança na produção do cuidado

Nesta categoria os profissionais entrevistados atribuíram perspectivas da oferta das PIC na APS, e como elas refletem na rotina da equipe e no processo de trabalho, sendo evidenciados os obstáculos e os benefícios.

Porque havia choque de ideias, e saberes, e de filosofia. Nesses choques a gente se deparava com uma pessoa e totalmente repudiava essas práticas, dizia que era balela, que não tinha fundamentação científica, eram pessoas, vale salientar, que era totalmente, que tinham totalmente uma formação da

biomedicina, da medicina ocidental. Então essas pessoas tinham a visão muito limitada do processo saúde-doença, do que é cuidar, muito tecnicista. E2

Então isso também o para o profissional ela é muito importante porque ele se sente e percebe que o trabalho dele tá tendo mais qualidade, diminui o stress desse profissional, favorece a redução das demandas, favorece a não só melhorar o vínculo com o usuário, mas com os colegas, com a gestão, com os gerentes, enfim, eu acho que contribui bastante para o desenvolvimento do trabalho em si. E3

Acolhimento, acolhimento, escuta, aumento de vínculo né. Então a gente fazia toda quinta-feira cuidando do cuidador através da auriculoterapia, e aí a gente ia cada setor, era eu e uma colega a gente ia, a gente uma hora ir na recepção e enquanto ela tava atendendo lá, a gente tava lá mexendo nela, fazendo coisas, ia na enfermagem, na técnica de enfermagem, na menina da limpeza, e a gente vivia o quanto que isso fazia a diferença [...] E melhorava muito a nossa comunicação quando a gente tava fazendo isso, cuidando de quem cuida. E5

A capacidade das PIC produzirem sentidos na vida dos usuários e mudança nos padrões de cuidado foi amplamente relatado nos discursos.

Além da melhoria do vínculo com a equipe, tinha a melhoria em relação a queixa da doença. Tem pessoas que pararam de tomar psicotrópico, por que só tomava psicotrópico para dormir, e tinha gente que era viciado em xarope antialérgico, nesse nível, e passou a fazer chá, a gente sempre tinha o momento do chá depois da auriculoterapia, a gente levava o chá, fazia um chá, falava para que servia, o que que era, a gente estimulava muitas práticas mais naturais, fortalecia muito essa educação em saúde para eles. E5

Então elas vêm para contribuir para melhorar esse bem-estar, bem-estar físico mesmo, emocional, eu acho assim, que precisa ser valorizada mais, seja na questão de algum problema de saúde físico mesmo, na questão emocional né, da saúde mental, principalmente agora durante a pandemia né, que aumentou a tensão da ansiedade, sono, medo né, então elas contribuíram muito para melhorar essa questão da ansiedade, da insônia e também das dores mesmo, dores físicas. E6

Eu acho que o ponto mais positivo pra mim é isso mesmo o cuidado diferenciado, olhar diferenciado para com usuário, volta a repetir, ver ele como um todo, não a queixa do momento, outro ponto positivo assim, que eu vejo é justamente a saída do mercado medicamentoso para poder vir para uma área que vai resolver o problema dele sem ele tá sentindo de medicamentos industrializados, acho que são os dois pontos principais para mim. E8

Conflito de modelos de atenção em saúde: serviço “metas centrado” e perspectiva integral

As relações profissionais conflituosas entre os modelos de atenção à saúde biomédico e as PIC foram evidenciadas nas narrativas dos participantes. Ressalta-se que todos os profissionais relataram ter autonomia para o desenvolvimento das práticas, no entanto, as falas

mostram uma imposição às práticas biomédicas por parte dos seus gestores, assim como falta de autonomia profissional na escolha de quais serviços irão priorizar aos usuários.

Meu processo de trabalho por exemplo tá muito difícil, muito difícil, muito difícil, eu não consigo tempo para planejar, até para fazer um grupo a gente precisa de planejamento, e eu não tenho espaço para isso, porque eu sou empurrada para atender de forma unicamente, exclusivamente individual e ambulatorio, só ambulatorio, ambulatorio, ambulatorio, quando pensam no meu núcleo que é psicóloga, a primeira visão que eles tem é psicólogo clínico, eles não conseguem ampliar a visão para outras práticas, para uma prática mais holística. E5

Importante também que a gestão valorize esse serviço né, mas infelizmente o que eu observo, é que as pessoas, a maioria dos gestores, eles estão mais voltados para questão biomédica. E1

Constatou-se que os mesmos profissionais que ofertam as PIC aos usuários da APS são os mesmos que estão relacionados as atividades de cuidado geral. Dessa forma, esses profissionais sofrem um processo de sobrecarga, uma vez que para desenvolvimento das práticas, não podem se desvincular das demais atividades impostas na rotina das unidades.

De manhã essas unidades são bem cheias, muitas demandas, cada paciente lhe procura com suas necessidades, então a gente fica muito sobrecarregado com essa parte de gerência, e acaba que essa outra assistência que a gente pode estar ofertando a comunidade com as práticas integrativas ficam um pouco de lado, infelizmente. E9

As cobranças do dia a dia que já temos, o dia a dia que já é carregado, então é um serviço a mais que o profissional teria que abarcar sem ter sido contratado para o mesmo. E10

Foi relatado também que as altas demandas e as atribuições realizadas fora das unidades de saúde e tidas como prioritárias, trazem prejuízos na oferta das práticas ao usuário, bem como na confiabilidade ao modelo terapêutico, como bem se observa no trecho a seguir:

São muitas demandas, é muita coisa, você tem que tá na creche para fazer atividades para saúde na escola, aí se for demanda espontânea o usuário chega e a gente não tá, ele tá a viagem perdida entendeu, não está porque a gente não veio trabalhar, mas é porque a gente tá na creche, a gente tá fazendo outra atividade fora certo, aí é nesse sentido que eu acho que é negativa, e o usuário fica vindo várias vezes e acaba dando viagem perdida, e acaba ficando desacreditado. E6

Além disso, os profissionais relataram cobrança de metas de atendimento relacionada às práticas, atentando-se apenas em uma avaliação quantitativa, sem levar em consideração a

qualidade da assistência, bem como a capacidade de proporcionar o bem estar e cuidado integral aos usuários.

“A gente viu também foi uma cobrança para produção, os profissionais eles tinham, vamos dizer, uma meta para alcançar em relação as terapias que eles desenvolviam. E3”

Visibilidade das PIC: registro nos prontuários dos usuários

Evidenciou-se uma não uniformização do registro das informações sobre o desenvolvimento das práticas. Parte dos profissionais registram o desenvolvimento das práticas diretamente no prontuário dos usuários.

A gente faz o registro de cada paciente que vem no próprio prontuário e tinha uma ficha individual de auriculoterapia, mas antes da pandemia a gente tinha um cartão de aprazamento também E1.

A gente especificamente montou um prontuário que a gente anotava todas as sessões de auriculoterapia, e a gente também faz uso dentro do registro do e-SUS, que é na ficha de procedimento né, tem um código e a gente sempre registrava, porque era uma forma também de evidenciar que estava acontecendo na atenção básica aquilo E5.

No entanto, a maioria dos profissionais relata ou registra uso das PIC, o aprazamento e evolução em ficha alternativa elaborada por profissionais da APS.

Na maioria das vezes não, porque muitas vezes são situações pontuais [...] a gente bolou uma ficha individual de auriculoterapia e uma ficha de aprazamento, um cartão de aprazamento. E2

No prontuário especificamente não, eles têm uma ficha específica para auriculoterapia, mas a gente pode dentro do prontuário, colocar que esse paciente está sendo atendido por auriculoterapia. E11

Apesar de termos 29 práticas integradas no SUS, e na prefeitura, pouco vemos o registro delas no prontuário do usuário que fica na unidade. Não falo aquelas fichas que alguns profissionais elaboraram, falo do registro que roda na unidade, e passa na mão do médico, do enfermeiro, não temos um controle, um repasse dessas informações, a integração delas. E12

Vale ressaltar, ainda, que o não registro das práticas leva à uma invisibilidade das PIC nos serviços de saúde, preocupação essa, relatada por um dos profissionais entrevistados a respeito da utilização de prontuário eletrônico.

Eu registro, eu tenho ficha de anamnese, eu registro no prontuário, só que agora não vai ter mais portuário papel, é eletrônico. A equipe multi, a gente não vai ter acesso ao prontuário eletrônico, a gente vai monitorar os profissionais, as produções deles, a gente não vai ter como colocar E4.

Gestão e Apoio na oferta das PIC: potencialidades e fragilidades

O apoio por parte da gestão é uma importante ferramenta de institucionalização na oferta das PIC na APS. Nesse sentido, esta categoria trás os sentidos apresentados pelos profissionais de saúde frente ao apoio gerencial.

A gestão não é não, sinto muito, se é para ser sincera, não, não é a gestão não, não é meu chefe, não é meu diretor, não mesmo. Quem mais me apoia é o usuário, quem mais cobra é o usuário, mais ninguém E5.

A gente não tem muito retorno da gestão, era uma coisa que devia melhorar mais sabe, ter se olhar, entendesse, eu acho que deveria melhorar mais, a gente não tem muito suporte digamos assim. E7

Não tem nenhum apoio, fizeram um curso, mas a gente não tem como continuar o que deveria ser né, dentro da unidade, se é uma proposta para que funcione no ambiente de trabalho, a gente tem que ter um aparato. E10

O apoio gerencial traz reflexos na oferta dos insumos, onde foi possível constatar ampla escassez de insumos e o autofinanciamento pelos profissionais de saúde, motivos que dificultam o desenvolvimento das PIC e a sua efetiva implementação na APS.

Para a gente poder promover um tratamento de auriculoterapia é tudo custeado pelo profissional, né? A gente quem compra as plaquinhas, a gente quem compra as sementes, os esparadrapos antialérgico da cor da pele E1.

A gente não tem material para trabalhar, temos essa dificuldade para trabalhar, fomos capacitadas, mas a gente não tem o apoio digamos assim, então tudo funciona porque a gente quer que funcione, porque a gente acredita naquilo e faz, mas aí o que eu for fazer sai do meu bolso E10.

A gente não tem insumo, eu não tenho uma sala física, e aí a gente fica refém, só não fica refém de insumos porque os insumos são nossos, se a gente compra um compra um cristal é nosso, semente é nosso, a única coisa que dão é esparadrapo e algodão que tem na unidade. Eu mesmo comprei vários e vários materiais para eu poder dar o melhor ao meu paciente E11.

Vale ressaltar, que em virtude da grande importância que as PIC têm no processo de cuidado dos usuários, e frente a ausência de insumos para o seu desenvolvimento, a participação social surge muitas vezes como pilar de sustentação dos profissionais para a continuidade da oferta nos serviços.

Eu já recebi propostas do tipo, a gente vai fazer um bazar, a gente vai fazer um bazar com umas coisas que a gente vai trazer para a gente comprar material para vocês não pararem de fazer na gente, foi esse tipo de proposta, por isso que eu tô dizendo quem apoia, o usuário. E5

Educação Permanente em Saúde com foco nas PIC: oferta envolvendo os diversos atores das APS.

A educação permanente é uma diretriz contida na PNPIC, tratando-se de uma importante ferramenta para a ampliação das PIC na APS, no entanto, os cursos voltados às PIC ainda são escassos e inconsistentes.

Em 2016 quando foi ofertado esse curso né, em formação de auriculoterapia para os profissionais da atenção básica, foi um curso em parceria com a faculdade Santa Catarina e o município de João Pessoa [...], mas formação em PIC e a gente faz muito tempo que não tem E1.

Teve algumas formações, mas de tempos atrás, de mais ou menos eu acho que de 6 anos para cá que eu saiba pelo município, a não ser assim, de formação não E3.

Assim não é sempre, mas às vezes a gestão ela oferta alguns cursos de capacitação em práticas integrativas né, existe sim, pouco mais existe, aí o gestor tem olhado esse lado, esse cuidado, tem um evento ou outro também, mas capacitação mesmo é pouca, assim, a capacitação e a oferta é pouca para uma demanda muito grande. E9

Eu não tive nenhum apoio educacional, eu fiz o curso fora, e trouxe a aurículo para dentro, e foi particular, uma coisa minha, eu não fui habilitado, eu não fui capacitado em aurículo pelo serviço. E11

Ainda foram constatados conflitos em relação a oferta de cursos de formação e a não possibilidade do profissional de saúde participar em virtude das altas demandas atribuídas pelos serviços.

Nesse momento tá acontecendo um curso é que é um curso maravilhoso, bem completo. Eu tava inscrita nesse momento de qualificação, mas eu não consigo exercer porque apesar da direção dizer que eu estava liberada para participar desse curso, eu tava liberada só no nome, mas eu não estava liberada, então eu ainda fiquei dois meses tentando ser aluna, mas não dá para ser aluna quando você é gerente, quando seu próprio diretor cobra para fazer outras coisas [...]uma pena não consegui fazer, mas não foi por falta de vontade não, foi por falta de oportunidade mesmo E5.

Oferta das PIC na APS e o período pandêmico

A pandemia de Covid-19 afetou a oferta das PIC, uma vez que o desenvolvimento das práticas leva à uma aproximação do profissional ao usuário ou em outros casos aglomeração de pessoas. Dessa forma, observou-se a completa suspensão das atividades, com direcionamento dos olhares para questões voltadas a consultas aos usuários com sintomas gripais e vacinação.

Mudou bastante, na verdade não teve né, por onde eu passei como eu te falei eu sou itinerante, foram suspensos os trabalhos. Até o meio do ano passado, de setembro, por aí, a gente não tinha nenhuma unidade que estivesse fazendo, praticando E3.,

Na pandemia a gente só fez vacinar, somente, as práticas foram totalmente esquecidas, as ações tudinho E4.

Então nesse momento a prática integrativa a gente não conseguia tocar nas pessoas E5.

Discussão

Observou-se a partir das narrativas dos profissionais de saúde da APS a ressignificação da cultura do cuidado a partir de uma concepção integrada de saúde. É importante destacar que os relatos dos profissionais traziam fortes falas em relação às PIC e a complementariedade dessas práticas, de modo que o cuidado em saúde compreende a utilização de distintos modelos de cuidado, e um não exclui o outro.

Tal compreensão possibilita uma mudança na cultura do cuidado, visto que as dimensões subjetivas, sociais e os demais aspectos que envolvem o indivíduo tornam-se parte integrante do processo saúde-doença e do saber-fazer em saúde. Diante disso, a compreensão do processo saúde-doença e do usuário ultrapassa os limites do campo da saúde e adentra um eixo social, de modo que os sentidos são ampliados, em busca do equilíbrio e continuidade da vida coletiva.^{11,24}

A promoção das PIC oportuniza o desenvolvimento de uma concepção positiva de saúde, de forma que a existência de uma interação mútua entre o usuário e o profissional, possibilita, incentiva e traz de volta o protagonismo do usuário, colocando-o no centro do processo do cuidado de forma consciente e responsável.^{25,26}

Os profissionais de saúde da que tem a visão holística do processo de cuidado exerce um papel de suma importância para a visibilidade e efetivação da oferta das práticas na APS. No entanto, ainda que os profissionais apresentem competência profissional para o desenvolvimento das práticas, a autonomia profissional e o conflito entre as práticas biomédicas e as alternativas surgiram como grandes obstáculos.^{2,3}

Ainda que se tenha a oferta de diferentes práticas, não se muda a lógica do cuidado, e o foco permanece sendo a doença, atribuindo baixo reconhecimento e visibilidade às PIC nos serviços da APS. Por esse motivo, é suma importância buscar e promover alternativas que superem a fragmentação do cuidado em saúde, de forma que a promoção da autonomia e empoderamento profissional sejam pontos implementados e fortalecidos.^{12,13}

Outro ponto de grande relato e impacto no processo de trabalho relacionou-se a sobrecarga de trabalho, a visão trazida pelos entrevistados nos possibilita enxergar escassez de recursos humano, o que leva ao acúmulo de trabalho, visto que não se há uma divisão de atribuições, e os mesmos profissionais que ofertam as PIC também ficam responsáveis pelo desenvolvimento de práticas biomédicas atreladas ao cuidado geral e rotineiro na APS.

Estudos realizados com profissionais que ofertam as práticas na APS também associaram a sobrecarga de trabalho, falta de autonomia, resistência encontradas no ambiente de trabalho e a consolidação do modelo biomédico como fatores influenciadores na consolidação da oferta das práticas. Dessa forma, as PIC saem de uma visão de alternativa terapêutica que deveria ser parte integrante no processo de cuidado, e passam a ser uma atividade não prioritária dos serviços de saúde.^{11,25,27}

Além disso, foi constatado uma invisibilidade das PIC ocasionada pela não uniformização do registro da realização das práticas no prontuário dos usuários. Ainda que as informações a respeito da realização das práticas fossem registradas em menor grau nos prontuários físicos e mais frequentemente nas fichas de acompanhamento, uma parte dos profissionais não registra, o que implica na não avaliação do progresso terapêutico do usuário e o compartilhamento de informações a equipe de saúde, tornando-a imperceptível e gerando uma perda de identidade ao cuidador holístico.²⁸

Um estudo realizado por Silva., et al. (2021)²⁸ também constatou que a maioria dos profissionais entrevistados não registravam informações a respeito da utilização de alguma prática por parte dos seus usuários, e os poucos que registravam, relatavam de diferentes maneiras como, prontuários físicos ou eletrônicos, cadernos e livros-atas. Tal conduta também promoveu uma invisibilidade às práticas, visto que impossibilitou o compartilhamento de informações com os demais profissionais integrantes da equipe, gerando uma inexistência de debates envolvendo as PIC nos momentos de reunião de equipe.

Outro fator de grande relevância para consolidação das PIC na APS refere-se ao apoio gerencial. Foi evidente nos relatos dos profissionais entrevistados a existência de um sentimento de indiferença relacionado às PIC por parte dos gestores, consequentemente, a ausência de um apoio gerencial promove a invisibilidade, desvalorização e não institucionalização dessas práticas na APS.

O apoio gerencial é um fator corriqueiramente relatado por inúmeros estudos.^{3,11,14} Estudo desenvolvido por Pereira, Rech e Morini (2021)¹⁵ com gestores, constatou-se que 67% dos entrevistados declararam não conhecer as práticas, mesmo sendo gestor e parte integrante do serviço entre 1 e 3 anos (62,50%). Similarmente, Barros et al. (2020)¹⁴ evidenciaram insuficiência de conhecimento sobre as PIC por parte dos gestores, confundindo-as facilmente com práticas biomédicas.

É possível que a ausência de apoio por parte dos gestores vá além da preferência as práticas biomédicas, e seja um reflexo do desconhecimento acerca das práticas, o que contribui para não implantação e implementação das práticas nos serviços de saúde da APS.²⁹

A falta de conhecimento pode ser oriunda da carência de informações no processo formativo dos profissionais de saúde, embasada pelo modelo biomédico onde a doença e as racionalidades médicas são os protagonistas do processo saúde-doença. Um estudo realizado por Silva et al. (2021)²⁸ constatou que 26% dos cursos de graduação em enfermagem traziam em sua matriz curricular alguma disciplina relacionada ao cuidado holístico ou sobre as PIC. Não diferente do que foi encontrado nas escolas médicas, onde de 252 instituições, apenas 57 abordavam esse conteúdo.

Os achados desse estudo evidenciaram o desapoio gerencial no fornecimento de insumos para realização das práticas e na educação permanente com foco nas PIC, implicando na limitação do acesso a práticas de qualidade pelos usuários.

É notório o protagonismo e a iniciativa dos profissionais da APS para tornar práticas operantes na rede de saúde, uma vez que, em virtude da escassez de insumos e para garantir o acesso e a continuidade ao tratamento do usuário, o autofinanciamento foi uma prática amplamente relatadas. Diante disso, é possível afirmar a manutenção e consolidação das PIC como um modelo de cuidado é sustentado pelos profissionais de saúde, e não por um apoio gerencial.^{27,30,31}

Importante destacar que a participação popular é um pilar de apoio para os profissionais dos serviços de saúde da APS. Resultados desse estudo evidenciaram um envolvimento responsável e continuado dos usuários na elaboração de ações, com intuito em se levantar fundos, afim de auxiliar os profissionais a custear os insumos necessários para a manutenção da oferta das práticas à comunidade.

Ainda que à educação permanente com foco nas PIC seja parte integrante da PNPIC, o processo formativo ainda é considerado difuso e escasso, se concentrando em cursos promovidos por instituições de ensino privadas, por meio de cursos de pós-graduação *lato sensu* e custeados pelo profissional.^{28,32}

Existe a necessidade de capacitação na perspectiva da educação permanente, sendo um dos principais obstáculos para ampliação das práticas no SUS, visto que, além das dificuldades em se obter cursos gratuitos e de qualidade, em muitos casos há ainda outros dificultadores para a formação em PIC, onde há impossibilidade do profissional participar dos cursos formativos

em virtude da sobrecarga de trabalho e o confinamento gerado pelas atividades nos serviços de saúde.^{10,33}

É importante destacar que em virtude da pandemia de COVID-19, houve uma mudança no cenário de oferta das práticas em virtude da interrupção completa da oferta das práticas tanto coletivas quanto individuais, já que os esforços profissionais estavam sendo direcionados para as novas demandas do contexto vigente. É de suma importância avaliar a longo prazo os prejuízos que esse longo período e afastamento trouxe tanto para os usuários quanto para a consolidação das PIC na APS da capital.

Por fim, as limitações inerentes a este estudo estão relacionadas a impossibilidade de generalizações acerca dos resultados, dada a delimitação regional da pesquisa. Realizou-se treinamento do entrevistador e utilizou-se roteiro de entrevista discutido em grupo de pesquisa.

Conclusão

Os resultados do estudo evidenciaram a percepção dos profissionais de saúde da APS em seu contexto laboral sobre a oferta, o trabalho e a educação permanente em torno das PIC. Das unidades de análise emergiram categorias temáticas que evidenciaram que apesar de existir uma oferta, as práticas ainda não alcançaram a sua totalidade, em razão de diversos obstáculos encontrados.

Ainda que a oferta e desenvolvimento das práticas tragam maior satisfação aos profissionais de saúde, os desafios em se garantir recursos humanos, gestão do processo de trabalho, apoio institucional, insumos básicos para o desenvolvimento das práticas é uma agenda a ser discutida. Além disso, capacitações na perspectiva da educação permanente em saúde, espaço dialógico e participativo em que sejam discutidas as racionalidades de cuidado com o envolvimento de gestores, gerentes de unidades, profissionais e usuários são essenciais. Esses aspectos surgem como necessidades urgentes e principais fatores que fomentam a invisibilidade das PIC no SUS.

Espera-se, que os resultados apresentados por essa pesquisa cooperem para uma reflexão crítica e discussões acerca da temática das PIC na APS, de forma a contribuir para o desenvolvimento de políticas e ações que objetivem a ampliação, consolidação e o fortalecimento das PIC no SUS, garantindo assim, atendimento às necessidades singulares e individuais dos usuários.

Referências

1. Otani MAP, Barros NF de. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011;16(3):1801–11.

2. Assis WC, Britto FR, Vieira L de O, Santos ES dos, Boery RNS de O, Duarte ACS. Novas formas de cuidado através das práticas integrativas no sistema único de saúde. *Rev Bras Promoc Saúde*. 2018;31(2):1-6.
3. Barros LCN de, Oliveira ESF de, Hallais JA da S, Teixeira RAG, Barros NF de. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Gestores dos Serviços. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2):e20190081.
4. World Health Organization (WHO). *Who Global Report On Traditional And Complementary Medicine 2019*. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
5. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 971. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2006.
6. Castro MR, Figueiredo FF. Saberes tradicionais, biodiversidade, práticas integrativas e complementares: o uso de plantas medicinais no sus. *Hygeia*. 2019; 15 (31): 56-70.
7. Guimarães MB, Nunes JA, Velloso M, Bezerra A, Sousa IM de. As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. *Saude soc*. 2020;29(1):e190297.
8. Oliveira IM de, Pasche DF. Entre legitimação científica e legitimação cultural: transformações no campo das Práticas Integrativas e Complementares. *Ciênc saúde coletiva*. 2022Sep;27(9):3777–87.
9. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR dos, Bezerra AFB, Tesser CD, Sousa IMC de. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(1):e00208818.
10. Tesser CD, Sousa IMC de, Nascimento MC do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde debate*. 2018;42(spe1):174–88.
11. Barros NF de, Spadacio C, Costa MV da. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde debate [Internet]*. 2018;42(spe1):163–73.
12. Aguiar J, Kanan LA, Masiero AV. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saúde debate*. 2019;43 (123):1205–18.
13. Habimorad PHL, Catarucci FM, Bruno VHT, Silva IB da, Fernandes VC, Demarzo MMP, et al.. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Ciênc saúde coletiva*. 2020Feb;25(2):395–405.
14. Barros NF de, Francisco PMSB, Sousa LA de. Desapoio dos gestores e desinstitucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(6):e00062320.
15. Pereira LF, Rech CR, Morini S. Autonomia e Práticas Integrativas e Complementares: significados e relações para usuários e profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Interface*. 2021;25:e200079.
16. Minayo MCS, *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. Ed: Hucitec: Rio de Janeiro, 2014.

17. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada -João Pessoa, Paraíba. 2021.
18. SMSJP – Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Práticas Integrativas e Complementares – PIC. João Pessoa, 2017.
19. MARCUS, B; WEIGELT, O; HERGERT, J, et al. The use of snowball sampling for multi source organizational research: Some cause for concern. 2017; 70(3): 635-673.
20. Naderifar M, Goli H, & Ghaljaie F. Snowball Sampling: A Purposeful Method of Sampling in Qualitative Research. Strides in Development of Medical Education. 2017;14, e67670.
21. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, Burroughs H, Jinks C. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. Qual Quant. 2018;52(4):1893-1907.
22. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020: orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) dentro dos serviços de saúde. Brasília, 2020.
23. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: 70ª ed 2016.
24. Contatore OA, Malfitano APS, Barros NF de. Por uma sociologia do cuidado: reflexões para além do campo da saúde. Trab. Educ. saúde. 2019;17(1):e0017507.
25. Dalmolin IS, Heidemann ITSB. Integrative and complementary practices in Primary Care: unveiling health promotion. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2020;28:e3277.
26. Pereira LF, Rech CR, Morini S. Autonomia e Práticas Integrativas e Complementares: significados e relações para usuários e profissionais da Atenção Primária à Saúde. Interface. 2021;25:e200079.
27. Zambelli J da C, Brito da Silva PH, Filice de Barros N, Fernandes de Oliveira ES. Health, integrality and care in integrative and complementary practices: Conceptions of managers of basic health units. NTQR. 2020. 8(3):567-79
28. Silva PHB, Barros LCN, Zambelli JC, et al. Understandings and Misunderstandings about the Offer and Absence of Complementary Therapies by Managers in Primary Health Care. NTQR. 2021; 8:245-53
29. Sousa IMC de, Bodstein RC de A, Tesser CD, Santos F de A da S, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. Cad Saúde Pública. 2012;28(11):2143–54
30. Ribeiro FSN, Afonso F da MA da M. PIC como suporte à Saúde do Trabalhador: uma proposta extensionista. Revise. 2021;5:80-94.
31. Rocha IR, Senna MIB, Oliveira JS de, Paula JS de. Práticas Integrativas em Complementares em Saúde: a construção (in)completa da política em um município de grande porte. Saúde debate. 2023;4(36):110-125.
32. Ignatti C, Nakamura E. Monitoring the implementation of a Municipal Policy on Complementary and Integrative Practices: the main challenges. Physis. 2021;31(1):e310107.

33. Ruela L de O, Moura C de C, Gradim CVC, Stefanello J, Iunes DH, Prado RR do. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019;24(11):4239–50

6 CONCLUSÃO

Foi possível constatar a diversidade na oferta de PIC na APS da capital nordestina. Contudo, na etapa quantitativa foi possível observar que existe uma parte dos profissionais de saúde que não ofertam as práticas. Ainda que os enfermeiros sejam os profissionais que mais ofertam as práticas, no estudo qualitativo foi possível constatar a presença de outros profissionais integrantes da equipe de saúde da APS.

Quando se leva em consideração as temáticas: apoio gerencial, educação permanente e disponibilidade de insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento das práticas, observamos diferentes realidades quando comparamos os dados quantitativos e as falas dos profissionais entrevistados.

Enquanto a etapa quantitativa apresenta forte apoio gerencial, com apoio em educação permanente, a realidade dos profissionais entrevistados na etapa qualitativa foi diferente. Nessa etapa, a falta de recursos humanos, insumos e ausência de apoio gerencial foram pontos relatados amplamente pelos participantes, tidos como os principais obstáculos para a ampliação e consolidação das PIC na APS.

Podemos destacar que o querer profissional supera às condições impróprias para o desenvolvimento das PIC, sendo uma prática comum a realização do autofinanciamento e a participação popular para a aquisição de insumos básicos que garantam o desenvolvimento das PIC nos serviços de saúde da APS.

Os resultados do estudo avançaram em um diagnóstico das PIC no município e podem servir para análise de gestores para subsidiar caminhos na perspectiva do fortalecimento das PIC. Necessita-se de melhorias de infraestrutura e insumos nos cenários que ofertam as PIC, como as USF, estímulo de Educação Permanente em

Saúde, visando às PIC e ao processo de trabalho na APS, e o incentivo e apoio das gestões nos DS e nas USF.

Além disso, espera-se que os resultados deste estudo contribuam para a reflexão e o debate sobre as PIC na APS, para além dos profissionais de saúde, incluindo os gestores e usuários dos serviços que usam as PIC, de forma a contribuir para o surgimento de estratégias que visem ao fortalecimento e à consolidação das PIC no SUS.

REFERÊNCIAS

AGUIAR J, KANAN L. A; MASIERO A. V. Práticas Integrativas e complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. **Saúde debate**. n. 43, v.123, p.1205–18, 2019.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020**: orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) dentro dos serviços de saúde. Brasília, 2020.

BARBOSA, F. E. S; GUIMARÃES, M. B. L; SANTOS, C. R. DOS; BEZERRA, A. F. B; TESSER, C. D; SOUSA, I. M. C. DE. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Cadernos De Saúde Pública**. v. 36, n.1, e00208818, 2020.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: 70ª ed 2016.

BARROS, L. C. N. *et al*. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Gestores dos Serviços. **Esc. Anna. Nery**. v. 24, n. 2, e20190081, 2020.

BARROS, N. F; SPADACIO, C; da COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde Debate**. V. 42, p. 163-173, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa da saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 971. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde. Brasília, 2020.

CASTRO, M. R; FIGUEIREDO, F.F. saberes tradicionais, biodiversidade, práticas integrativas e complementares: o uso de plantas medicinais no SUS. **Hygeia**. v. 15, n. 31, p. 56-70, 2019.

CONTATORE, O.A; MALFITANO A. P. S; BARROS, N. F. de. Por uma sociologia do cuidado: reflexões para além do campo da saúde. **Trab educ saúde**. v. 17, n.1, e0017507, 2019.

CRESWELL, J. W; CRESWELL, J. D; DA SILVA, D; DA ROSA, S. M. M. **Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2021. 264 p.

HABIMORAD, P. H. L. *et al.* Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 25, n. 2, p. 395-405, 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. **Censos 2010**. Inovações e impactos nos sistemas de informações estatísticas e geográficas do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IGNATTI C; NAKAMURA E. Monitoring the implementation of a Municipal Policy on Complementary and Integrative Practices: the main challenges. **Physis**. n.31, v.1, e310107, 2021.

LUZ, M. T. Ensaio sobre Sistemas Médicos Complexos e Práticas Integrativas em Saúde: desafios ao avanço de um paradigma tradicional do cuidar e diagnosticar alternativo ao vigente num contexto de crise planetária. *In*: SOUZA, I. C;

GUIMARÃES, M. B; GALLEGU-PEREZ, D. F. **Experiências e reflexões sobre medicinas tradicionais, complementares e integrativas em sistemas de saúde nas Américas**. Recife: Fiocruz-PE, 2021. p. 20 - 28.

MARCUS, B; WEIGELT, O; HERGERT, J; GURT, J; GELLÉRI, P. The use of snowball sampling for multi-source organizational research: Some cause for concern. **Personnel Psychology**, v. 70, p. 635-673. 2017.

NADERIFAR, M; GOLI, H; GHALJAIE, F. Snowball Sampling: A Purposeful Method of Sampling in Qualitative Research. **Strides Dev Med Educ**. v. 14, n. 3, e67670, 2017.

OLIVEIRA I. M. de; PASCHE, D. F. Entre legitimação científica e legitimação cultural: transformações no campo das Práticas Integrativas e Complementares. **Ciênc saúde coletiva**. v.27, n.9, p. 3777–87, 2022.

RIBEIRO L.G; MARCONDES D. A interface entre a atenção primária à saúde e práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde: formas de promover as práticas na APS. **APS**. v. 3, n. 2, p. 102–109, 2021.

SAUNDERS, B. *et al.* Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. **Qual Quant**. v. 52, n. 4, p.1893-1907, 2018.

SMSJP – Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. **Práticas Integrativas e Complementares – PIC**. João Pessoa, 2017.

TESSER, C. D. *et al.* Auriculotherapy in primary health care: A large-scale educational experience in Brazil. **Journal of Integrative Medicine**. v.17, n.4, p. 302-309, 2019.

TONG, A; SAINSBURY, P; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**. v. 19, n. 6, p. 349-357, 2017.

World Health Organization (WHO). Who Global Report On Traditional And Complementary Medicine 2019. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Título do projeto: Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde em João Pessoa-PB

Pesquisador responsável: Bruno Wesley Ramalho Cirilo Ferreira

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Bruno Wesley Ramalho Cirilo Ferreira, pesquisador, Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação do Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte, Prof. Dr. Felipe Proença de Oliveira pretendo realizar uma pesquisa intitulada, **Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde em João Pessoa-PB**, cujo objetivo é analisar a oferta de Práticas Integrativas e Complementares nos serviços de Atenção Primária à Saúde de João Pessoa, Paraíba.

Caso você decida participar, você deverá participar das entrevistas com gravação de voz por meio de um aparelho eletrônico e digital. Durante a realização da entrevista a previsão de risco é mínima, no entanto estes riscos serão minimizados por meio da confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas e pela total liberdade para se recusar a responder perguntas que lhe cause constrangimento de qualquer natureza ou de desistir da pesquisa no momento em que julgar conveniente sem nenhum prejuízo. Esta pesquisa será observada a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A sua participação não garantirá benefícios individuais, mas contribuirá na produção de conhecimentos favoráveis à reflexão e discussões acerca das PIC na APS de João Pessoa, Paraíba. Você ficará com uma via deste documento, sendo-lhe imputado o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Os dados que você irá fornecer serão transcritos em papel, e após analisados na finalização do estudo, serão arquivados em local seguro na UFPB sob a responsabilidade da pesquisadora. Sendo divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, garantindo-se o anonimato dos participantes.

Informamos que a sua participação é voluntária e que não será prejudicado de nenhuma forma caso não aceite colaborar com o estudo, sendo também garantido ao participante, o direito de desistir em qualquer fase da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o prejudique. Caso deseje informações sobre o nosso trabalho, por favor, entre em contato no e-mail brunnoramalho@hotmail.com 83996191309 ou também com o Comitê de ética no endereço Cidade Universitária, s/n, Castelo Branco ou através do telefone (83)3216-7791 ou e-mail eticaccs@ccs.ufpb.br. Esperamos contar com seu apoio, desde já agradeço a sua colaboração.

Atenciosamente, O pesquisador.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu..... RG nº, li a descrição do estudo e, não havendo qualquer dúvida, concordo em participar da pesquisa. Confirmando que recebi via do termo de esclarecimento para participação na pesquisa. Compreendo que minha participação é voluntária e que posso desistir de continuar o estudo. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que minha identidade seja protegida. J. Pessoa, de de.....

Assinatura do Responsável Legal

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA

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

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Boas-vindas e agradecimento pela participação

Explicação sobre os objetivos da pesquisa

Apresentação do TCLE e coleta de assinatura

Início da entrevista e gravação

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS COM PROFISSIONAIS – PRESENÇA DAS PIC (baseado no projeto de pesquisa Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde nas Regiões Metropolitanas de Porto Alegre, Fortaleza, Campinas e Goiânia – UNICAMP, UFG, UECE, SES RS), Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

MÓDULO I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

MÓDULO II – CONCEPÇÃO ACERCA DAS PIC

Conte-me um pouco sobre sua trajetória: experiências pessoais com PIC, conhece ou não, já fez uso, tem formação (Observar o que a pessoa respondeu no formulário eletrônico e resgatar a informação), atua no serviço com a prática etc.?

1. O que significa para você práticas integrativas e complementares (PIC)?
2. Quais suas experiências com as PIC?
3. Qual(is) sua experiência(s) relacionada(s) com o cuidado envolvendo as PIC?
4. A experiência com as PIC influenciou de alguma forma sua atuação profissional? Explique.

MÓDULO III – CONCEITO DE SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO

5. Para você, o que é cuidado?
6. Para você, o que é saúde?
7. Para você, o que é doença?
8. Para você, de que forma as PIC podem contribuir com o cuidado em saúde?

MÓDULO IV – ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

9. Para você, quais os aspectos positivos das PIC para a organização do trabalho da equipe de profissionais na APS?
10. Para você, quais os aspectos negativos das PIC para a organização do trabalho da equipe de profissionais na APS?
11. Para você, a oferta de PIC muda a organização do trabalho do serviço? Como?
12. Para você, o trabalho com as PIC mudou com a pandemia? Como? [De que maneira?]
13. Para você, a oferta de PIC muda alguma coisa nas relações entre os profissionais da equipe de saúde? Como?
14. Para você, quais os aspectos positivos das PIC para os usuários que usam os serviços de saúde da APS?
15. Para você, quais os aspectos negativos das PIC para os usuários que usam os serviços de saúde da APS?
16. Para você, a oferta de PIC muda alguma coisa nas relações entre os profissionais de saúde e os usuários? Como?
17. Os profissionais registram o uso das PIC no prontuário dos usuários)? Por quê?
18. Para você, quem mais apoia a oferta das PIC no seu serviço?

MÓDULO V – IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS PIC

19. Quais as estratégias o seu município adotou para a implantação das PIC nos serviços de APS?
20. Quais as estratégias você adotou no seu serviço para implantar as PIC?
21. Existe alguma estratégia regional de implantação das PIC (política de regionalização nos municípios que compõem a Região Metropolitana de (Poa, Go, Fort, Cps)?
22. Existe alguma estratégia educacional de PIC (capacitação, formação, cursos, reciclagens) oferecida aos profissionais do seu município?

- 23. Existe Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no seu estado?
- 24. Existe Política Municipal de PIC no seu município?
- 25. Para você, o que pode facilitar a implantação das PIC na APS?
- 26. Para você o que pode dificultar a implantação das PIC na APS?

MÓDULO VI – EXPECTATIVAS SOBRE AS PIC

- 27. Como você imagina que estará a oferta de PIC na Atenção Primária do seu Município daqui a dez anos?
- 28. Como você imagina que será o uso das PIC nos cuidados pós-Covid na APS?

MÓDULO VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

- 29. Você gostaria de acrescentar algum aspecto que não foi explorado durante a entrevista?

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 04 de novembro de 2021

Processo Nº: 21.695 /2021

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A **Gerência de Educação na Saúde (GES)** está de acordo com a execução do projeto de pesquisa “**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM JOÃO PESSOA-PB**”, a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **BRUNO WESLEY RAMALHO CIRILO**, sob orientação de **FRANKLIN DELANO SOARES FORTE**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) **DISTRITO SANITÁRIO I, II, III, IV E V**, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Jeovana Stropp
Gerência da Educação na Saúde

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM JOÃO PESSOA-PB

Pesquisador: BRUNO WESLEY RAMALHO CIRILO FERREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53100321.7.0000.5188

Instituição Proponente: Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.309.862

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda do projeto da dissertação de mestrado do aluno BRUNO WESLEY RAMALHO CIRILO FERREIRA do programa de pós graduação em Saúde coletiva da Universidade Federal da Paraíba sob a orientação dos professores Franklin Delano Soares Forte e Felipe Proença De Oliveira. Trata-se de estudo misto, que é caracterizado como uma abordagem metodológica que combina técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa. Tem caráter transversal, com a utilização de dados nacionais do Módulo II, do

3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAq-AB). Para a realização da coleta de dados qualitativos, a escolha da população será constituída por profissionais da saúde, de ambos os sexos, que atuam na APS em qualquer um dos cinco distritos sanitários da cidade de João Pessoa, e que ofertavam as práticas há no mínimo um ano. A seleção da amostra será realizada pela técnica de amostragem bola de neve, na qual caracteriza-se como uma técnica não probabilística. Para a coleta de dados empíricos serão realizadas entrevistas semiestruturadas, tanto em ambiente presencial quanto virtual.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a oferta e a percepção sobre as PICs nos serviços de Atenção Primária à Saúde de João Pessoa,

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 5.309.862

Paraíba, na perspectiva dos profissionais que a operam.

Objetivo Secundário:

Conhecer o perfil dos profissionais que trabalham com as PICs; Relacionar a oferta das PICs e o processo de trabalho das equipes da APS; Compreender a percepção dos sujeitos que ofertam as PICs na APS de João Pessoa considerando suas práticas, potencialidades e fragilidades.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Durante a realização da entrevista a previsão de risco é mínima, no entanto estes riscos serão minimizados por meio da confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas e pela total liberdade para se recusar a responder perguntas que lhe cause constrangimento de qualquer natureza ou de desistir da pesquisa no momento em que julgar conveniente sem nenhum prejuízo.

Benefícios:

Os dados provenientes dessa pesquisa poderão auxiliar a Área Técnica das PICs da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS) por meio de uma análise situacional, na tomada de decisões, qualificar as práticas já desenvolvidas, fortalecer e dar visibilidade a essa forma de cuidado, especialmente no momento pandêmico no qual nos encontramos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta está adequadamente elaborada e permite tecer julgamentos concernentes aos aspectos éticos/metodológicos envolvidos, conforme diretrizes contidas na Resolução 466/2012, do CNS, MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados possibilitando adequada avaliação no que se refere aos aspectos éticos e metodológicos.

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 5.309.862

Recomendações:

Recomendações:

- Colocar a modificação da metodologia na Plataforma Brasil, semelhante ao colocado no projeto.

O pesquisador responsável e demais colaboradores, MANTENHAM A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-CCS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo apresenta viabilidade ética e metodológica. A justificativa da emenda é plausível e não irá comprometer a pesquisa, estando em consonância com as diretrizes contidas na Resolução 466/2012, do CNS/MS, somos favoráveis ao desenvolvimento da investigação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1897381_E1.pdf	11/02/2022 13:30:42		Aceito
Outros	Emenda.pdf	11/02/2022 13:27:02	BRUNO WESLEY RAMALHO CIRILO FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	11/02/2022 13:25:44	BRUNO WESLEY RAMALHO CIRILO FERREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	11/02/2022 13:24:29	BRUNO WESLEY RAMALHO CIRILO FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	05/11/2021 22:52:38	BRUNO WESLEY RAMALHO CIRILO FERREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.pdf	04/11/2021 18:38:59	BRUNO WESLEY RAMALHO CIRILO FERREIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	01/11/2021 12:46:32	BRUNO WESLEY RAMALHO CIRILO FERREIRA	Aceito
Declaração de concordância	CERTIDAO.pdf	01/11/2021 12:46:03	BRUNO WESLEY RAMALHO CIRILO FERREIRA	Aceito

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CCS/UFPB	
--	---

Continuação do Parecer: 5.309.862

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/11/2021 12:40:47	BRUNO WESLEY RAMALHO CIRILO FERREIRA	Aceito
---	----------	------------------------	--	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 24 de Março de 2022

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB 1º Andar		CEP: 58.051-900
Bairro: Cidade Universitária		
UF: PB	Município: JOAO PESSOA	
Telefone: (83)3216-7791	Fax: (83)3216-7791	E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br