

Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil

Supply of Integrative and Complementary Health Practices in the Family Health Strategy in Brazil

Oferta de Prácticas Integradoras y Complementarias en Salud dentro de la Estrategia Salud de la Familia en Brasil

Fernanda Elizabeth Sena Barbosa ¹
Maria Beatriz Lisboa Guimarães ²
Carlos Renato dos Santos ³
Adriana Falangola Benjamin Bezerra ²
Charles Dalcanale Tesser ⁴
Islandia Maria Carvalho de Sousa ¹

doi: 10.1590/0102-311X00208818

Resumo

O artigo apresenta análise da oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir da convergência da resposta de gestores e profissionais. Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritivo-exploratória, utilizando dois bancos de dados: o Inquérito Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). De acordo com os gestores, a oferta de PICS esteve presente na ESF de 26,7% dos municípios participantes do Inquérito e em 25,5% dos municípios do PMAQ, segundo os profissionais. Dos 1.478 municípios que participaram das duas pesquisas, em 8,6% deles houve convergência da oferta de PICS na ESF. Os municípios com maior convergência na oferta são de pequeno porte populacional e com maior cobertura de atenção básica. A pequena quantidade de municípios com oferta reconhecida por gestores e profissionais reforça o pressuposto de que são os profissionais os principais responsáveis pela expansão das PICS no SUS, em detrimento de iniciativas da gestão. Esse cenário caracteriza a necessidade de apropriação por parte dos gestores do que é desenvolvido na ESF, para o fortalecimento das PICS e a mobilização de recursos institucionais para sua manutenção e ampliação.

Atenção Primária à Saúde; Terapias Complementares;
Estratégia Saúde da Família

Correspondência

I. M. C. Sousa
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Av. Professor Moraes Rego s/n, Campus da UFPE, Recife, PE
50670-420, Brasil.
islandia@cpqam.fiocruz.br

¹ Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brasil.

² Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

³ Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, Brasil.

⁴ Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.



Introdução

A *Declaração de Alma-Ata* completou 40 anos em 2018 e tem gerado debates e reflexões acerca de seu desenvolvimento, sendo um marco importante para a transformação da atenção primária à saúde (APS) no Brasil e no mundo. As recomendações de Alma-Ata também nortearam a discussão para implantação das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas, denominadas no Brasil de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

No Brasil, de acordo com os objetivos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) ¹, as PICS devem ser inseridas prioritariamente na APS, em consonância com as premissas da Organização Mundial da Saúde (OMS) ². Isso representa avanços na implementação e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), pois tanto as PICS, como práticas, quanto a APS, como nível de atenção, possuem relevantes afinidades, como centramento nos sujeitos em seus contextos sociais/familiares, abordagem familiar e comunitária, valorização de saberes/práticas não biomédicas com diversas formas e técnicas de cuidado ³.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) consolidou-se como o melhor formato de organização de equipes profissionais e de reorientação das práticas assistenciais na APS no Brasil ⁴. É dentro do território, próximo à vida dos usuários vinculados com longitudinalidade, que a equipe de saúde da família (EqSF) contribui para melhora da qualidade de vida da população, proporcionando o acesso à rede de saúde via APS. Esse formato é favorável para o desenvolvimento e a inserção das PICS, as quais têm sido cada vez mais procuradas devido às insatisfações com a relação médico-paciente e os resultados da biomedicina, sobretudo seus efeitos adversos ^{2,5}. Somam-se a esses fatores a preferência pela forma como os profissionais tratam e acolhem os usuários, incluindo abordagem integral (levando em conta aspectos psicológicos e sociais) e um melhor modo de compreender a doença, o sofrimento e o infortúnio ⁶, características que devem ser compartilhadas pelos profissionais da APS.

Os sistemas de informação em saúde permitem vislumbrar com limites o panorama da oferta de PICS na APS, que pode ser identificada, monitorada e avaliada. Com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), obtêm-se informações referentes ao cadastro de estabelecimentos de saúde com oferta de PICS. Há o registro de 5.139 desses estabelecimentos, distribuídos em 17% dos municípios brasileiros. Ao estratificar esse quantitativo por nível de atenção, 4% encontram-se na atenção hospitalar, 18% na atenção especializada e 78% na APS ⁷. Isso ressalta a afinidade e ampla inserção das PICS na APS, apesar de problemas na qualidade de registro desse banco de dados (preenchimento descentralizado pelos gestores municipais, pouco fiscalizado e frequentemente desatualizado), mas que não comprometem a análise geral dessa oferta.

Outra possibilidade de monitoramento da oferta é por meio da análise dos resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que teve o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade das ações desenvolvidas na APS, dentre elas as PICS ⁸. Como o PMAQ tem a equipe como unidade de análise com resposta dos profissionais, os dados permitem uma análise mais detalhada que se aproxima da realidade do que é desenvolvido no território.

Além do PMAQ, outra possibilidade de identificação do panorama da oferta de PICS na APS, mas sob a ótica da gestão municipal, refere-se aos resultados do Inquérito Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS (Inquérito) ⁹. Ao entrevistar gestores municipais de saúde, o Inquérito teve como objetivo realizar um diagnóstico situacional dos serviços municipais de PICS, com informações relativas a oferta, nível de atenção, tipo de demanda e atividade, número de profissionais, presença de coordenação municipal de PICS, normativa, legislação e financiamento.

Como o PMAQ foi realizado entre 2013-2014 e o Inquérito entre 2015-2016 (ambos sob a mesma gestão municipal 2013-2016), partiu-se do pressuposto de que, se a oferta identificada no PMAQ estivesse consistente, esse mesmo município teria sua oferta confirmada pelo gestor no Inquérito. Não havendo essa convergência nas respostas, a suposição desse estudo é que as PICS poderiam estar sendo desenvolvidas pelos profissionais sem reconhecimento da gestão e pouca sustentabilidade, o que se baseia em pesquisas que mostraram o pioneirismo dos profissionais na expansão das PICS ^{10,11,12}.

Além das respostas afirmativas de profissionais e gestores, outros elementos são condicionantes para expansão e continuidade da oferta, como condições estruturais, formação profissional, financiamento adequado e disponibilidade profissional. No entanto, este artigo tem por objetivo

apresentar e discutir a convergência da oferta das PICS na ESF no Brasil, a partir do olhar de gestores e profissionais.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo-exploratório em que foram utilizados dois bancos de dados: o PMAQ¹³ e o Inquérito. O banco de dados do PMAQ é composto de municípios que participaram do segundo ciclo do programa realizado entre abril de 2013 e agosto de 2014. A subdimensão que contempla perguntas sobre as PICS faz parte do *Módulo II – Processo de Trabalho das Equipes de Atenção Básica*.

O Inquérito fez parte de uma pesquisa maior intitulada *Avaliação dos Serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS em Todo o Brasil e a Efetividade dos Serviços de Plantas Medicinais e Medicina Tradicional Chinesa/Práticas Corporais para Doenças Crônicas em Estudos de Caso no Nordeste* (aprovada no Edital MCTI/CNPq/MS – SCTIE – Decit nº 07/2013 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS). O Inquérito teve início em 2014, com intensificação da coleta entre março de 2015 e maio de 2016, totalizando 66 semanas de coleta, com submissão ao Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Pernambuco) e aprovado sob o número 889.001.

Para o desenvolvimento do Inquérito, houve articulação junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), com levantamento dos contatos municipais, divulgação da coleta e envio de e-mails a todas as secretarias municipais de saúde, com solicitação de preenchimento do questionário online. O Inquérito contou com apoio e divulgação do Ministério da Saúde e realizou contato telefônico com 99% (5.520) dos municípios.

Os softwares R (<http://www.r-project.org>) e Excel (<https://products.office.com/>) foram os recursos computacionais utilizados, a fim de realizar uma análise descritiva dos dois bancos separadamente, com o objetivo de identificar quais informações poderiam ser obtidas em cada banco. Nas bases de dados originalmente concebidas, a granularidade ou unidade representante de cada caso era diferente. O PMAQ apresentava informações por EqSF, já o Inquérito o fazia por município. Assim, as equipes do PMAQ foram agregadas também por município, para viabilizar comparações entre as duas pesquisas, sendo esta a unidade de análise do estudo.

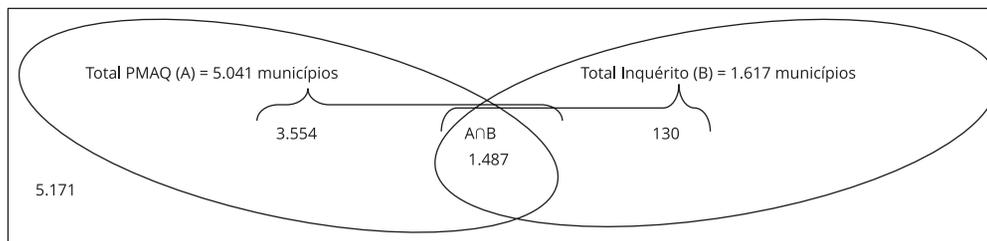
Dos 5.574 municípios brasileiros, o PMAQ avaliou 5.041 (90%), e o Inquérito 1.617 (29%), totalizando o universo deste estudo em 5.171 (92%) municípios. Apesar de uma cobertura menor, o Inquérito apresenta-se relevante para inferências nacionais pelos seguintes motivos: (a) em relação à oferta de PICS, comparando-se os dois levantamentos, o Inquérito também apresenta concordância com o PMAQ, pois dos 432 municípios ofertantes apontados no Inquérito, apenas 26 não ofertam PICS conforme no PMAQ, ou seja, em torno de 94% de concordância no tocante a essa informação; (b) considerando que 1.230 municípios apresentaram PICS no PMAQ, o Inquérito tem uma representação de mais de 1/3 desses municípios, bem representados em todas as regiões do país; (c) o tamanho amostral do Inquérito é suficiente para garantir inferências com intervalos de 95% de confiança e uma margem de erro de dois pontos percentuais, além da ótima distribuição espacial dos dados.

Após a validação interna, foram extraídas frequências e porcentagens de cada banco em relação a oferta e a distribuição das PICS, com posterior agregação dos dados em estados e regiões. Ao confrontar todos os municípios participantes em ambos os bancos de dados, por meio do código do município padronizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foram identificados 1.487 municípios com participação nas duas pesquisas, sendo 3.554 com participação somente no PMAQ e 130 somente no Inquérito (Figura 1).

A nomenclatura quanto aos tipos de PICS foi abordada de forma distinta nas duas pesquisas. Assim, neste estudo, os tipos de práticas foram agrupados e padronizados de acordo com a nomenclatura do PMAQ. Algumas PICS constavam no PMAQ, mas não estavam presentes no Inquérito, como: Arteterapia, Biodança, Dança Circular, Florais, Musicoterapia, Naturologia, “Nenhuma das anteriores”, Sistema Rio Aberto (Movimento Vital Expressivo), Talassoterapia e Terapia com Argila. “Nenhuma das anteriores” refere-se ao campo no questionário encontrado imediatamente após a lista

Figura 1

Quantitativo de municípios participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e do Inquérito Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS. Brasil, 2017.



Fonte: elaboração própria, com base nos dados do PMAQ e do Inquérito Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS.

das cinco práticas que constavam na PNPIC em sua versão inicial de 2006, sem as recentes inclusões. Bioenergética e Toque Terapêutico foram as práticas do Inquérito sem correspondência no PMAQ. Dessa forma, ao correlacionar os dois bancos, não foi possível identificar a convergência dessas práticas.

Com o objetivo de analisar a convergência da oferta de PICS usando como parâmetro a cobertura da ESF, os municípios foram caracterizados de acordo com porte populacional e cobertura da ESF. Como os dados do PMAQ são referentes à avaliação externa ocorrida de abril de 2013 a agosto de 2014, foi utilizado o mês de dezembro de 2013 como referência para a busca dos dados populacionais e da proporção de cobertura estimada da população residente pelas EqSF.

Resultados

Dos 1.617 gestores municipais participantes do Inquérito, 26,7% (432) afirmaram possuir oferta de PICS sob gestão municipal. Desse quantitativo, 365 gestores responderam ao questionário de forma completa, informando os dados imprescindíveis para o estudo sobre a oferta de PICS (tipo e local de atendimento, legislação, número de profissionais, gestão e financiamento). Dos 365 municípios com oferta de PICS, em 70,8% (259) deles a oferta estava presente na ESF. De acordo com os profissionais que participaram do PMAQ, 25,5% (1.230) dos municípios têm oferta de PICS.

Ao analisar os 1.487 municípios com intercessão nos dois bancos de dados, foi identificada oferta de PICS em 347 (23,5%) nos três níveis de atenção (APS, secundária e terciária). Ao fazer o recorte da oferta na APS, foi identificada convergência da oferta em 128 (8,6%) municípios na ESF de 18 estados em todo o Brasil.

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

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

Tabela 1

Distribuição e percentual dos municípios com oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na Estratégia Saúde da Família (ESF) por estado e região, segundo dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e do Inquérito Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS. Brasil, 2017.

Estados	Inquérito		PMAQ		Convergência *	
	n	%	n	%	n	%
Acre	-	-	4	0,3	-	-
Amapá	-	-	10	0,8	-	-
Amazonas	3	1,2	5	0,4	1	0,8
Pará	2	0,8	33	2,7	1	0,8
Rondônia	1	0,4	8	0,7	-	-
Roraima	-	-	3	0,2	-	-
Tocantins	4	1,5	15	1,2	-	-
Norte	10	3,9	78	6,3	2	1,6
Alagoas	2	0,8	16	1,3	-	-
Bahia	15	5,8	130	10,6	5	3,9
Ceará	7	2,7	54	4,4	5	3,9
Maranhão	9	3,5	16	1,3	2	1,5
Paraíba	8	3,1	37	3,0	2	1,5
Pernambuco	9	3,5	34	2,8	5	3,9
Piauí	4	1,5	56	4,6	3	2,3
Rio Grande do Norte	9	3,5	66	5,4	7	5,5
Sergipe	3	1,2	14	1,1	1	0,8
Nordeste	66	25,5	423	34,4	30	23,3
Distrito Federal	1	0,4	1	0,1	1	0,8
Goiás	3	1,2	54	4,4	-	-
Mato Grosso	4	1,5	14	1,1	-	-
Mato Grosso do Sul	3	1,2	13	1,1	-	-
Centro-oeste	11	4,3	82	6,7	1	0,8
Espírito Santo	2	0,8	6	0,5	1	0,8
Minas Gerais	80	30,9	155	12,6	34	26,6
Rio de Janeiro	3	1,2	32	2,6	2	1,5
São Paulo	35	13,5	170	13,8	23	18
Sudeste	120	46,3	363	29,5	60	46,9
Paraná	11	4,3	68	5,5	7	5,5
Rio Grande do Sul	14	5,4	85	6,9	8	6,3
Santa Catarina	27	10,4	131	10,7	20	15,6
Sul	52	20,1	284	23,1	35	27,4
Brasil	259	100,0	1.230	100,0	128	100,0

Fonte: elaboração própria, com base em dados do PMAQ e do Inquérito Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS.

* Convergência de oferta entre os dois bancos.

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

Quanto ao tipo de prática integrativa ofertada, também houve divergência nos achados a depender do banco analisado. De acordo com os gestores no Inquérito, a prática mais ofertada foi o uso de Plantas Medicinais e Fitoterapia (17,5%), seguido da Acupuntura (15,5%). De acordo com os profissionais, a categoria Outros (14,7%) foi a prática mais ofertada, mesmo dispondo de 26 opções de PICS contidas

Tabela 2

Frequência e percentual da oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e Inquérito Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS. Brasil, 2017.

PICS	Inquérito		PMAQ		Convergência *	
	n	%	n	%	n	%
Arteterapia	**	**	204	4,0	-	-
Ayurveda	1	0,2	14	0,3	1	0,5
Biodança	**	**	143	2,8	-	-
Bioenergética	1	0,2	***	***	-	-
Dança circular	**	**	174	3,4	-	-
Do-in/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia	8	1,8	118	2,3	3	1,4
Florais	**	**	132	2,6	-	-
Homeopatia	23	5	295	5,8	21	10,0
Medicina antroposófica	3	0,7	28	0,6	4	1,9
Medicina tradicional chinesa/Acupuntura	71	15,5	372	7,3	44	21,0
Medicina tradicional chinesa/Auriculopuntura	59	12,9	196	3,9	8	3,8
Medicina tradicional chinesa/Práticas corporais #	75	16,4	223	4,4	34	16,2
Musicoterapia	**	**	241	4,7	-	-
Naturopatia	**	**	62	1,2	-	-
Nenhuma das anteriores	**	**	495	9,8	-	-
Outro(s)	26	5,7	745	14,7	9	4,3
Plantas medicinais e fitoterapia	80	17,5	616	12,1	42	20,0
Reiki	17	3,7	79	1,6	5	2,4
Shantala	21	4,6	209	4,0	11	5,2
Sistema Rio Aberto (Movimento Vital Expressivo)	**	**	32	0,6	-	-
Talassoterapia	**	**	13	0,3	-	-
Terapia com argila	**	**	51	1,0	-	-
Terapia comunitária	48	10,5	472	9,3	16	7,6
Termalismo social/Crenoterapia	1	0,2	34	0,7	2	1,0
Toque terapêutico	5	1,1	**	**	-	-
Yoga	18	3,9	126	2,5	10	4,7
Total	457	100,0	5074	100,0	210	100,0

Fonte: elaboração própria, com base em dados do PMAQ e do Inquérito Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS.

* Convergência de oferta entre os dois bancos;

** Práticas do PMAQ sem correspondência no Inquérito;

*** Práticas do Inquérito sem correspondência no PMAQ;

Práticas corporais (Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, Tui-Ná) e/ou mentais (Meditação).

no questionário do PMAQ, seguida de Plantas Medicinais e Fitoterapia (12,1%). A Acupuntura foi a prática que obteve maior convergência entre os dois bancos, com 21%, seguido de Plantas Medicinais e Fitoterapia (20%).

A fim de caracterizar os municípios com convergência na oferta e compreender sua relação com a ESF, os municípios foram estratificados em cinco categorias, de acordo com a cobertura de ESF e porte populacional. Entre os 128 municípios que tiveram convergência na oferta, 71 (55,5%) apresentaram as maiores coberturas de ESF (de 81% a 100%). Desses, 48 deles têm população com até 20 mil habitantes (Tabela 3).

Tabela 3

Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) estratificada por porte populacional dos municípios com convergência de oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na ESF do Brasil. Brasil, 2017.

Cobertura da ESF (%)	Porte populacional *	Convergência **	
		n	%
Até 20	Grande porte	6	5,5
	Metrópole	1	
	Total	7	
21-40	Pequeno porte II	1	12,5
	Médio porte	3	
	Grande porte	7	
	Metrópole	5	
	Total	16	
41-60	Pequeno porte I	1	11,7
	Pequeno porte II	1	
	Médio porte	2	
	Grande porte	10	
	Metrópole	1	
61-80	Pequeno porte I	3	14,8
	Pequeno porte II	1	
	Médio porte	2	
	Grande porte	12	
	Metrópole	1	
81-100	Pequeno porte I	48	55,5
	Pequeno porte II	16	
	Médio porte	5	
	Grande porte	2	
	Total	71	
Total		128	100,0

Fonte: elaboração própria com base em dados do PMAQ, do Inquérito Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS e da Cobertura da ESF²⁴.

* Pequeno porte I (até 20.000 habitantes); Pequeno porte II (20.001 a 50.000 habitantes); Médio porte (de 50.001 a 100.000 habitantes); Grande porte (de 100.001 a 900.000 habitantes); Metrópole (mais de 900.000 habitantes)²⁵;

** Convergência de oferta entre os dois bancos.

Discussão

Os resultados deste estudo corroboram outras pesquisas de igual abrangência e capilaridade, confirmando a inserção das PICS na APS. No âmbito do *Diagnóstico Situacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS* 1, desenvolvido em 2004 pelo Ministério da Saúde, como parte do processo de elaboração da PNPIC e com o objetivo de identificar a oferta de PICS no Brasil à época, os gestores municipais foram indagados sobre os tipos de PICS ofertados, a existência de legislação específica, a disponibilidade de profissionais e insumos, dentre outros questionamentos. Dos 1.342 municípios que integraram o diagnóstico, 17,3% (232) dos gestores municipais entrevistados afirmaram ofertar PICS, com destaque para a região Sudeste, com a maior quantidade de municípios com oferta, corroborando os resultados deste estudo, de acordo com os achados do Inquérito.

O Diagnóstico teve oferta semelhante quanto ao local de inserção e à distribuição pelas regiões brasileiras, constatando que a hegemonia do Sudeste se manteve. Essa discrepância regional tende a

ser reflexo de um contexto socioeconômico onde há uma maior concentração de renda, serviços e investimentos nessa região, com desdobramentos no campo da saúde no Sudeste. Para exemplificar, tomemos como referência o número de consultas médicas (SUS) por habitante e o gasto com ações e serviços públicos de saúde *per capita*.

De acordo com o Departamento de Informática do SUS – DATASUS/Rede Integrada de Informações para a Saúde – RIPSAs (<http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/idb2013/matriz.htm>, acessado em 04/Mai/2017), a Região Sudeste apresentou o maior número, com 3,06 consultas médicas por habitante, superando a média nacional de 2,77 consultas por habitante. A Região Norte teve o menor número (2,27), seguida do Nordeste (2,44) e Centro-oeste (2,72). Quanto ao gasto com ações e serviços públicos de saúde *per capita*, o maior gasto foi da Região Sudeste (R\$ 905,16) e o menor da Região Norte (R\$ 766,50).

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

A baixa concentração de PICS no Norte também foi observada em informe disponibilizado pelo Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares, Coordenação-Geral de Áreas Técnicas, Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde¹⁴. A região apresentou os menores valores quanto ao número de estabelecimentos com serviços de PICS comparados às demais regiões. Por toda a riqueza natural, social e cultural do Norte, é provável que, nessa região, as PICS sejam desenvolvidas à margem do sistema público de saúde, pelos raizeiros, curandeiros, benzedeiros e xamãs, longe da formalidade do SUS e das unidades de saúde.

Por outro lado, considerando esses mesmos fatores, seria de se esperar que houvesse maior reconhecimento, parceria e mais uso na APS de recursos locais, como plantas medicinais, fitoterapia e práticas populares nas regiões Norte e Centro-oeste. Nessas regiões, os usuários possivelmente têm mais contato e usam essas práticas fora dos serviços de APS, devido, inclusive, a dificuldade de acesso – geográfico e funcional¹⁵ – a elas, demandando mais biomedicina, proporcionalmente, nos serviços. Por essas razões, haveria maior dificuldade de valorização e exploração dos recursos e saberes locais (tradicional, populares e complementares) na APS dessas regiões.

O Diagnóstico mencionado e os achados do presente estudo convergiram ao identificarem a APS como o local de maior inserção das PICS. De acordo com o Diagnóstico, 74,35% da oferta localizava-se na APS¹. Outra pesquisa desenvolvida pelo Ministério da Saúde em 2008, semelhante à realizada em 2004, identificou a presença de PICS na APS em 72% dos municípios¹⁰.

Inserir as PICS na APS é reconhecer o pluralismo terapêutico necessário no manejo complexo do cotidiano das unidades de saúde, que requer abordagem familiar e comunitária, desenvolvendo a longitudinalidade do cuidado e a integralidade da atenção, premissas convergentes da APS e das PICS². Sousa & Tesser¹⁶ propõem a APS como lócus de inserção privilegiada das PICS. Para os autores, é na ESF que as PICS têm maior potencial de expansão, por apresentarem recursos baseados em experiências de cuidado úteis e resolutivos, sendo adequados tecnologicamente à proposta e ao ambiente da APS.

Em estudo desenvolvido com profissionais de equipes de saúde da família e usuários sobre a opinião quanto à inserção de PICS nas unidades de saúde da família (USF), tanto profissionais quanto usuários narraram como positiva a inserção de outras opções para o cuidado em saúde, com relatos de uma possibilidade de olhar ampliado na concepção de corpo e saúde, acarretando diminuições no uso de medicamentos¹⁷.

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

Essas informações corroboram os achados deste estudo, em que metade dos municípios com convergência de oferta entre gestores e profissionais tem de 81% a 100% de cobertura da ESF, sendo

esses municípios, em sua maioria, com até 20 mil habitantes. Esse cenário nos leva a supor que quanto maior a cobertura da ESF, maiores são os investimentos nesse nível de atenção, mais qualificadas e diversificadas são as opções de cuidado e, conseqüentemente, maior a probabilidade de inserção das PICS. No entanto, é necessário investigar município a município para afirmar ou refutar as suposições supracitadas.

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

Ao analisar o tipo de PICS ofertada, a alta oferta de plantas medicinais e fitoterapia pode ser considerada como reflexo de um contexto histórico-social em que o uso de plantas para fins terapêuticos acompanha o desenvolvimento e a evolução do ser humano. Estima-se que 82% da população brasileira utiliza, nos cuidados em saúde, produtos à base de plantas medicinais, por meio do uso popular, transmitido oralmente entre gerações, pelo conhecimento tradicional de indígenas, quilombolas e demais comunidades tradicionais ou por meio das diversas possibilidades dentro do SUS¹⁸. Ações e serviços de fitoterapia eram desenvolvidos de maneira autônoma por estados e municípios décadas antes da publicação da PNPIC.

Por ser uma prática de abordagem intersetorial que envolve meio ambiente, agricultura, indústria farmacêutica, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), entre outros, diversas portarias, decretos e leis foram publicados, antes mesmo da publicação da PNPIC, com o intuito de fortalecer e expandir a fitoterapia no SUS, além de ser uma alternativa para diminuição de recursos financeiros dispendidos na compra de medicamentos alopáticos. Experiências exitosas com plantas medicinais e fitoterapia são realizadas e difundidas por todo território nacional com aceitação dos usuários e profissionais^{19,20}.

O quantitativo de municípios com oferta de acupuntura pode estar atrelado ao seu reconhecimento e inserção dentro no SUS, por meio de diversas Resoluções e Portarias publicadas bem antes da PNPIC. Em 1988, por meio da *Resolução nº 05* da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), ficaram estabelecidas normas e diretrizes para a implantação dos atendimentos em acupuntura, homeopatia e outras práticas integrativas no SUS. Em 1999, consultas médicas em acupuntura e homeopatia foram incluídas na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)¹, porém o cadastramento de serviços de acupuntura teve início a partir de 2006, assim como os demais serviços com oferta de PICS, pois antes disso não havia registro no CNES. Segundo Sousa et al.¹², entre 2007 e 2011, o número de serviços cadastrados em acupuntura aumentou de 93 para 484.

A categoria “outros” figurou como a prática mais ofertada em todas as regiões que participaram do PMAQ, o que demonstra o sincretismo e a heterogeneidade do entendimento do que seria uma PICS. Gestores de unidades de saúde de Campinas (São Paulo), ao serem questionados sobre quais PICS eram ofertadas, citaram como exemplos os seguintes: artesanato, grupos terapêuticos e de prevenção (diabetes, hipertensos, obesos, idosos)¹². De acordo com Sousa et al.¹² (p. 2149), “*atividades como grupos de caminhadas ou de ginástica para idosos ou obesos estão relacionadas a fatores de risco de natureza biomédica e não deveriam ser consideradas práticas integrativas e complementares*”.

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

De um modo geral, as práticas corporais também apresentaram oferta significativa nos municípios. Tal cenário é observado em outros estudos. De acordo com dados do CNES, de 2011, 2.064 serviços públicos de saúde estavam cadastrados com oferta de práticas corporais, o equivalente a 66% de todos os serviços com cadastro de alguma PICS¹². Em estudo realizado nas cidades de Campinas, Florianópolis, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo, os dados dos sistemas de informações demonstraram que, em todos os municípios, a maior oferta de PICS era referente a práticas corporais¹⁶.

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

Isso nos leva a questionar: por que, mesmo sem apoio da gestão, os profissionais continuam implantando e desenvolvendo as PICS nas EqSF? Considerando que a formação no campo da saúde é pautada na racionalidade biomédica, tal investimento desses profissionais logra mais estudos, pois há possibilidades de existir uma potência para o trabalho na APS ainda não explorada. Além disso, estudos têm apontado, tanto na produção científica ²¹ quanto na prática clínica dos médicos, abertura para sistemas complexos ²². É o caso do uso das PICS pelos enfermeiros ²³ que, em conjunto com dentistas e médicos, são os principais executores da clínica na APS.

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

Considerações finais

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

As principais consequências para a não institucionalização são a fragilidade e a instabilidade da oferta, além da dificuldade de realizar o adequado monitoramento e avaliação para garantir segurança e qualidade. Quando a prática é implantada, financiada e desenvolvida pelos profissionais, sem apoio da gestão, no momento em que esse profissional deixa o serviço ou por algum motivo interrompe a oferta, a prática deixa de ser ofertada, caracterizando uma política de “pessoas” e não de Estado.

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

Colaboradores

F. E. S. Barbosa participou da concepção do artigo, redação e análise em todas as etapas. M. B. L. Guimarães e C. R. Santos participaram da análise dos dados e revisão inicial e final. A. F. B. Bezerra e C. D. Tesser participaram da revisão inicial e final. I. M. C. Sousa participou da redação, análise dos dados e revisão final.

Informações adicionais

ORCID: Fernanda Elizabeth Sena Barbosa (0000-0003-4336-8174); Maria Beatriz Lisboa Guimarães (0000-0001-8554-600X); Carlos Renato dos Santos (0000-0001-8367-7006); Adriana Falangola Benjamin Bezerra (0000-0002-5278-3727); Charles Dalcanale Tesser (0000-0003-0650-8289); Islandia Maria Carvalho de Sousa (0000-0001-9324-4896).

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Coordenação Nacional da Política de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde.

Referências

1. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
2. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. Tesser CD, Sousa IMC. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saúde Soc* 2012; 21:336-50.
4. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy: delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med* 2015; 372:2177-81.
5. Contatore OA, Barros NF, Durval MR, Barrio PCCC, Coutinho BD, Santos JA, et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2015; 20:3263-73.
6. Gale N. The sociology of traditional, complementary and alternative medicine. *Sociol Compass* 2014; 8:805-22.
7. Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares crescem na rede SUS de todo o Brasil. http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2205 (acessado em 19/Jun/2016).
8. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
9. Sousa IMC, Bezerra AFB, Guimarães MBL, Silva GKF, Barbosa FES, Guerra MEC, et al. Relatório de pesquisa do CNPq – Avaliação dos Serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS em todo o Brasil e a efetividade dos serviços de plantas medicinais e Medicina Tradicional Chinesa/práticas corporais para doenças crônicas em estudos de caso no Nordeste. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2016.
10. De Simoni CL, Benevides I, Barros NF. As práticas integrativas e complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. *Rev Bras Saúde Fam* 2008; 9(n. esp):70-6.
11. Nagai SC, Queiroz MS. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16:1793-800.
12. Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, Santos FAS, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:2143-54.

13. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – 2 Ciclo. http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo (acessado em 08/Mai/2018).
14. Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares, Coordenação-Geral de Áreas Técnicas, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Informe PICS. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_PICS.pdf (acessado em 07/Mai/2017).
15. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da atenção primária à saúde para populações rurais e urbanas na região Norte do Brasil. *Saúde Debate* 2018; 42:81-99.
16. Sousa IMC, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00150215.
17. Cruz PLB, Sampaio SF. O uso de práticas complementares por uma equipe de saúde da família e sua população. *Rev APS* 2012; 15:486-95.
18. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
19. Lima DF, Pereira DL, Franciscon FF, Reis C, Lima VS, Cavalcanti PP. Conhecimento e uso de plantas medicinais por usuários de duas unidades básicas de saúde. *Rev Rene* 2014; 15:383-90.
20. Machado DC, Czermainski SBC, Lopes EC. Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. *Saúde Debate* 2012; 36:615-23.
21. Sturmberg JP, Martin CM, Katerndahl DA. Systems and complexity thinking in the general practice literature: an integrative, historical narrative review. *Ann Fam Med* 2014; 12:66-74.
22. Moré AO, Tesser CD, Min LS. Integrating acupuncture into primary health care: the experience of an educational model implemented within the Brazilian Unified Health System in Florianópolis. *Acupunct Med* 2016; 34:476-481.
23. Kurebayashi LFS, Freitas GF, Oguisso T. Nurses' perception about diseases that are treated by acupuncture. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43:930-6.
24. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Histórico de cobertura da saúde da família. http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php (acessado em 01/Set/18).
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=10&uf=00> (acessado em 10/Mai/2017).

Abstract

The article analyzes the supply of Integrative and Complementary Health Practices in the Family Health Strategy (FHS), based on the agreement between answers by administrators and health professionals. This was a quantitative descriptive-exploratory study using two databases, the National Survey on Integrative and Complementary Practices in Health in the Unified National Health System (SUS) and the National Program for Improvement of Access and Quality of Basic Care (PMAQ). According to the administrators, the supply of Integrative and Complementary Health Practices was present in the FHS in 26.7% of the municipalities participating in the National Survey, compared to 25.5% of the municipalities according to the health professionals in the PMAQ. Of the 1,478 municipalities that participated in both surveys, in 8.6% there was an agreement of answers on the supply of Integrative and Complementary Health Practices in the FHS. The municipalities with the greatest agreement in the supply were those with small populations and greater coverage of basic care. The small proportion of municipalities with this supply according to both administrators and health professionals supports the hypothesis that the health professionals are the main force responsible for the expansion of Integrative and Complementary Health Practices in the SUS, as compared to initiatives by administrators. This scenario reflects the need for administrators to take greater stock of what is developed in the FHS to strengthen Integrative and Complementary Health Practices and to mobilize the institutional resources for their maintenance and expansion.

Primary Health Care; Complementary Therapies; Family Health Strategy

Resumen

El artículo presenta un análisis de la oferta de Prácticas Integradoras y Complementarias en Salud (PICS), dentro la Estrategia Salud de la Familia (ESF), a partir de la convergencia en la respuesta de gestores y profesionales. Se trata de una investigación cuantitativa descriptiva-exploratoria, utilizando dos bancos de datos: la Encuesta Nacional de Prácticas Integradoras y Complementarias de Salud en el SUS y el Programa Nacional de Mejora de Acceso y Calidad de la Atención Básica (PMAQ). De acuerdo con los gestores, la oferta de PICS estuvo presente en la ESF de un 26,7% de los municipios participantes en la Encuesta Nacional y en un 25,5% de los municipios del PMAQ, según los profesionales. De los 1.478 municipios que participaron en las dos investigaciones, en un 8,6% de ellos hubo convergencia de la oferta de PICS en la ESF. Los municipios con mayor convergencia en la oferta son de pequeño porte poblacional y con mayor cobertura de atención básica. La pequeña cantidad de municipios con oferta reconocida por gestores y profesionales refuerza la presuposición de que son los profesionales los principales responsables de la expansión de las PICS en el SUS, en detrimento de iniciativas de la gestión. Este escenario caracteriza la necesidad de apropiación por parte de los gestores de lo que se desarrolla en la ESF, para el fortalecimiento de las PICS y la movilización de recursos institucionales para su mantenimiento y ampliación.

Atención Primaria de Salud; Terapias Complementarias; Estrategia de Salud Familiar

Recebido em 30/Out/2018
Versão final reapresentada em 04/Jun/2019
Aprovado em 08/Jul/2019