

Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde: percepções dos profissionais sobre a oferta dos serviços na região metropolitana de Goiânia

Pedro Henrique Brito da Silva¹ (Orcid: 0000-0003-3552-0439) (pedrobryto@gmail.com)

Ellen Synthia Fernandes de Oliveira¹ (Orcid: 0000-0002-0683-2620) (ellen@ufg.br)

¹ Universidade Federal de Goiás. Goiânia-GO, Brasil.

Resumo: Embora políticas públicas vigentes em âmbito federal e estadual instituíam as Práticas Integrativas e Complementares no rol dos serviços ofertados na Atenção Primária à Saúde, ainda não sabemos como elas são implementadas na região metropolitana de Goiânia. Nesse sentido, este estudo objetiva compreender as percepções dos profissionais de saúde que ofertam Práticas Integrativas e Complementares sobre a utilização desses serviços de Atenção Primária à Saúde na região metropolitana de Goiânia. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com 20 profissionais e, em seguida, transcritas e tratadas com a análise de conteúdo temática. Compreendemos que a oferta das Práticas Integrativas e Complementares depende dos profissionais, os quais têm sofrido com a falta de apoio da gestão e desarticulação do seu trabalho perante a equipe, bem como com a ausência de infraestrutura adequada e despadronização do registro nos prontuários dos usuários. Concluímos que a oferta de Práticas Integrativas e Complementares tem sofrido as consequências de uma integração parcial e precária na Atenção Primária à Saúde.

► **Palavras-chave:** Terapias complementares. Pessoal de saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde Coletiva.

Recebido em: 23/10/2021 Revisado em: 17/05/2022 Aprovado em: 29/07/2022

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333027>

Editora responsável: Tatiana Wargas Pareceristas: Charles Tesser e Gleyce Moreno Barbosa

Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) receberam muita atenção nas últimas duas décadas no Brasil e no mundo (CAVALCANTI *et al.*, 2014). Indubitavelmente, a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e suas subsequentes atualizações (BRASIL, 2006; 2017; 2018) foram grandes marcos para a oferta das PICS no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o principal local para o desenvolvimento das PICS, uma vez que ambas possuem conceitos de objeto, meio e fins de trabalho bastante similares, como a valorização de saberes e práticas não biomédicas, a dialogicidade e a democratização das relações entre profissionais e usuários. Ademais, podemos destacar o potencial de autocura, em situações iniciais menos complexas e graves, comuns à APS; a fuga à iatrogenia; e a capacidade interpretativa viabilizada por várias PICS para abordagem dos sofrimentos difusos e mal enquadráveis pela compreensão biomédica (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

No entanto, apesar dessas afinidades, a implementação dessas práticas ainda é incipiente. Estudo baseado em dados do Inquérito Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) analisou a oferta de PICS na Estratégia de Saúde da Família (ESF) brasileira e constatou que estavam presentes em apenas 1,2% dos municípios goianos (BARBOSA *et al.*, 2020). De acordo com o PMAQ, a oferta era encontrada em 4,4% das cidades do estado de Goiás, sendo este um indicativo de que os profissionais são os principais responsáveis pela oferta, não recebendo, portanto, suporte institucional para implementação das práticas.

Esses dados também parecem indicar que, mesmo com a aprovação da Lei nº 16.703 (GOIÁS, 2009), que institui a Política Estadual de PICS em todos os níveis da rede pública estadual de saúde, o oferecimento de racionalidades médicas diferentes da biomedicina mantém-se bem discreto em Goiás. Além disso, mesmo amparadas por documentos oficiais em níveis federal e estadual, ainda é desconhecido como as PICS estão sendo implantadas e implementadas na região metropolitana de Goiânia (RMG), o que motivou o desenvolvimento de um projeto de pesquisa intitulado “Práticas Integrativas e Complementares nos serviços de Atenção Primária à Saúde – região metropolitana de Goiânia”, com a finalidade de compreender o modo como

os profissionais de saúde estão ofertando as PICS na APS. Salientamos que a capital goiana também promulgou a Lei Complementar nº 195, a qual estabeleceu as PICS no âmbito municipal (GOIÂNIA, 2009), conferindo ainda mais relevância para o presente estudo.

Nessa lógica, questionamos: quais são as percepções dos profissionais que ofertam as PICS na APS sobre a utilização desses serviços? Como objetivo, estabelecemos compreender as percepções dos profissionais de saúde que ofertam PICS sobre a sua utilização nos serviços de APS na RMG.

Percurso metodológico

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, que contempla parte dos resultados da dissertação de mestrado intitulada “Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: percepções dos profissionais sobre a oferta dos serviços na região metropolitana de Goiânia”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás.

Foi realizado um censo com os gerentes dos serviços de APS dos municípios da RMG para caracterizar as PICS oferecidas e identificar quais profissionais as ofertavam. No segundo semestre de 2017, identificamos 23 serviços, nos quais 29 profissionais eram ofertantes de alguma PICS, em cinco cidades na RMG. Deste total, sete profissionais não participaram do estudo: uma se recusou a participar; três não foram contatados e três haviam encerrado a oferta das PICS. Excluímos os profissionais de saúde que, por motivo de licença de qualquer natureza, não estavam em exercício profissional no período de coleta de dados, ou seja, entre os meses de janeiro e agosto de 2018. Assim, duas profissionais foram excluídas, pois estavam de licença-prêmio. Por fim, a pesquisa contou com a participação de 20 profissionais, de 14 serviços, de três municípios na RMG.

Por telefone, agendamos a entrevista com o profissional na própria unidade básica de saúde (UBS). Utilizamos um roteiro de entrevista previamente elaborado, contendo perguntas como: ‘A oferta de PICS neste serviço de APS mudou a forma de organização do trabalho? Como? Por quê?’ ‘A oferta de PICS neste serviço de APS mudou alguma coisa nas relações entre os profissionais? Como? Por quê?’.

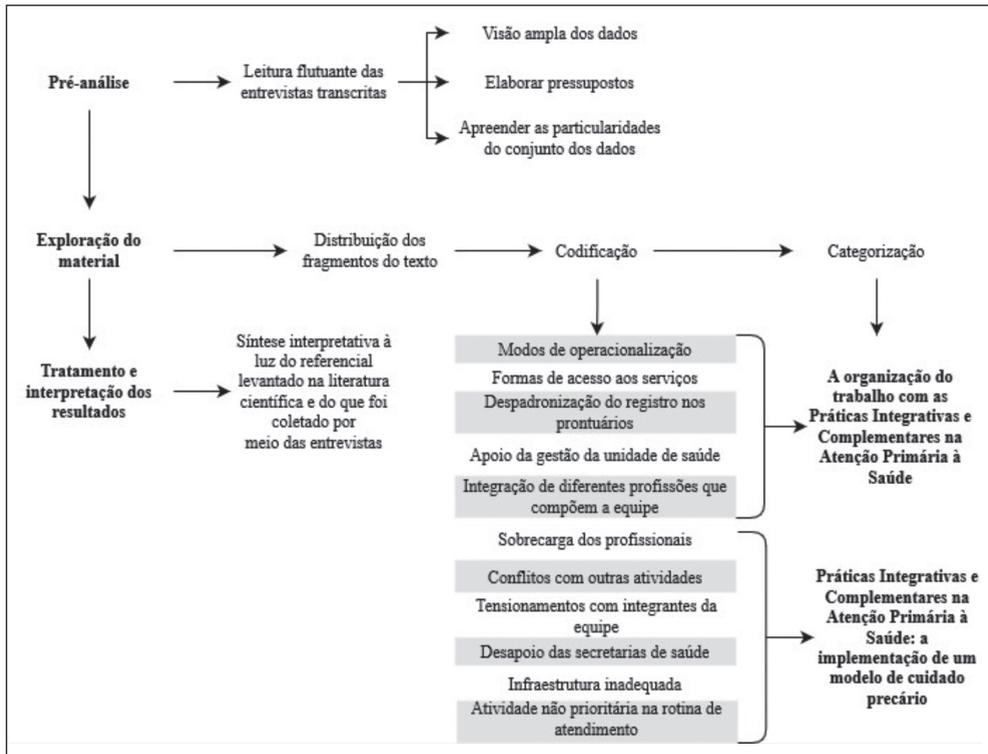
As entrevistas semiestruturadas permitem ao entrevistado discorrer sobre determinado assunto de forma livre e possibilitam uma delimitação específica na temática com maior profundidade (TRIVIÑOS, 2017). Essa estratégia metodológica foi adotada por ser bem conhecida no processo de trabalho de campo de pesquisas qualitativas (MINAYO, 2014) e nos estudos envolvendo as percepções dos profissionais sobre as PICS (OLIVEIRA, 2018; PADILHA; OLIVEIRA, 2012; SOUSA; VIEIRA, 2005;).

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, realizamos entrevistas com os participantes do estudo, cada qual com duração média de 45 minutos. Elas foram realizadas em ambiente reservado, conforme conveniência do profissional (no local/área onde ocorre a PICS ou no consultório da UBS), audiogravadas e transcritas na íntegra.

Utilizamos as duas primeiras entrevistas para verificar possíveis inconsistências, complexidade das questões, ambiguidades ou linguagem inacessível. Não houve a necessidade de adaptação do instrumento, pois observamos que as entrevistas previam tempo satisfatório e permitiam apreender as informações necessárias para responder nossas perguntas de investigação.

A seguir, a Figura 1 ilustra a trajetória de análise de conteúdo temática baseada na proposta de Bardin (2016). O processo de organização e sistematização dos dados foi facilitado com o auxílio do *software* NVivo para análise de dados qualitativos. Para preservar o anonimato dos entrevistados, identificamos os trechos das narrativas pela letra “P”, seguida de uma numeração (1 a 20) correspondente à ordem de realização do convite. O estudo cumpriu os requisitos das Resoluções nº 466/2012 e nº 513/2016, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, parecer nº 2.057.783.

Figura 1. Fluxo da análise de conteúdo temática



Fonte: Elaboração própria.

Resultados e Discussão

A organização do trabalho com as Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde na região metropolitana de Goiânia

Foram entrevistados 20 profissionais de saúde, sendo a maioria do sexo feminino; brancas; católicas; de nível superior, principalmente enfermeiras; ofertantes de várias PICS, em maior frequência a auriculoterapia (20%) (Tabela 1). Constatamos três modos como os profissionais da RMG operacionalizam as PICS em seus processos de trabalho: (1) incorporadas ao cuidado biomédico, sem local e horário específico para implementação, ou realizadas nos grupos comuns à APS, como de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), gestantes, crescimento e desenvolvimento infantil, idosos, Saúde Mental, cessação de tabagismo e obesidade; (2) existência

de espaço e horário determinado na agenda dos profissionais, com marcação de retorno e/ou continuidade do exercício da prática pelos usuários atendidos; e (3) um combinado das duas anteriores.

Tabela 1. Perfil dos profissionais entrevistados nos serviços de APS que ofertam PICS na região metropolitana de Goiânia, entre janeiro e agosto de 2018. Goiânia-GO.

Características	Frequência (Porcentagem)
Sexo	
Feminino	18 (90)
Masculino	02 (10)
Faixa etária	
21 a 30 anos	02 (10)
31 a 40 anos	08 (40)
41 a 50 anos	03 (15)
51 a 60 anos	07 (35)
Raça/cor	
Amarela	01 (05)
Branca	09 (45)
Parda	08 (40)
Preta	02 (10)
Religião	
Católica	08 (40)
Espírita	05 (25)
Protestante	04 (20)
Não declarada	03 (15)
Escolaridade	
Ensino superior completo	18 (90)
Ensino médio	02 (10)

continua...

Características	Frequência (Porcentagem)
Prática Integrativa ofertada	
Acupuntura	02 (4,65)
Arteterapia	02 (4,65)
Auriculoterapia	09 (20,9)
Reiki	03 (6,97)
Shantala	01 (2,32)
Terapia Comunitária	03 (6,97)
Função	
Agente de saúde	01 (05)
Assistente social	02 (10)
Cirurgião-dentista	01 (05)
Enfermeira	06 (30)
Farmacêutico	02 (10)
Fisioterapeuta	02 (10)
Nutricionista	02 (10)
Psicólogo	02 (10)
Técnico de enfermagem	01 (05)
Terapeuta ocupacional	01 (05)
Total	20 (100)

Fonte: Elaboração própria.

Identificamos que as PICS estavam sendo desenvolvidas pelos mesmos profissionais que fazem o cuidado geral dos usuários nas equipes de ESF. Por realizarem tanto PICS quanto a biomedicina, são considerados trabalhadores híbridos, ou seja, não se dedicam exclusivamente a uma conduta profissional convencional ou não (SCHVEITZER, 2015). As PICS também têm sido desempenhadas por profissionais atuantes em equipes de suporte, como o NASF e a Academia da Saúde.

A inserção das PICS via profissionais da ESF foi o tipo mais comum encontrado na APS dos municípios estudados por Sousa e Tesser (2017). Isso se justifica pelo protagonismo dos profissionais praticantes (SOUSA; VIEIRA, 2005) e pelas PICS

estarem mais alinhadas com a ampliação do cuidado, reconhecendo o pluralismo terapêutico, no qual coexistem diferentes sistemas e práticas de cura, crenças e terapêuticas (SCHVEITZER, 2015). A inserção das PICS por meio dos profissionais das equipes de apoio também foi identificada em Recife (SOUSA; TESSER, 2017). Esse modelo pode ser estratégico para implementação dessas práticas pelo contato assíduo, presencial e personalizado com os profissionais e usuários da ESF.

Para Tesser, Sousa e Nascimento (2018), PICS exercidas por profissionais da ESF e do NASF constituem as formas ideais de operacionalização no SUS, uma vez que a necessidade de contratação de recursos humanos para realizar o atendimento restritamente às PICS impõe limites à sua expansão, tendo em vista a composição e o financiamento das equipes da ESF atualmente reduzidos.

Schweitzer (2015), em revisão sistemática envolvendo estudos com profissionais que desenvolvem PICS na APS, também sugere um modelo de oferta semelhante, no qual o usuário seja acolhido por um profissional híbrido. Neste caso, o profissional deve oferecer tanto as PICS como a medicina convencional; ter contato com diferentes racionalidades; e ser humanizado, disposto a ouvir, respeitando os valores e escolhas dos indivíduos. Posteriormente, é preciso encaminhar esse usuário às práticas de cuidado, independentemente de serem integrativas/complementares ou não. Para que isso ocorra, é primordial a atenção multidisciplinar, em que os profissionais conversem entre si, referenciando e discutindo os casos dos usuários e das famílias. Diante disso, consideramos esta a opção mais adequada para a implementação das PICS no SUS. A Medicina Contemporânea Ocidental e as PICS devem, portanto, caminhar juntas, de forma a atender satisfatoriamente às necessidades dos usuários de modo satisfatório.

A execução de racionalidades médicas e práticas terapêuticas revela a importância do NASF para que sejam oferecidas aos usuários circunscritos no território da UBS. O NASF foi criado pelo governo federal em 2008, com o intuito de “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008, p. 1). Entretanto, o incentivo financeiro desse programa de saúde brasileiro foi recentemente esmorecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), o que dificultou a continuidade do serviço e, conseqüentemente, a oferta das PICS nesses locais corre o risco de ser descontinuada.

No que diz respeito às maneiras como os usuários chegam até a oferta, Habimorad (2020) e Muller (2016) evidenciam o modo informal. Segundo eles, a participação do usuário nessas atividades se dava de forma aberta, e a divulgação dependia dos próprios profissionais e cartazes fixados na recepção dos serviços. Na RMG, para que os usuários pudessem tomar parte sobre as PICS, os profissionais adotavam as seguintes estratégias de acesso: (1) quando desenvolvidas em conjunto com a alopática, a oferta dependia da iniciativa dos profissionais e/ou usuários, em comum acordo; (2) quando direcionadas aos grupos temáticos da UBS, naquele lugar e horário, era facultativo ao usuário utilizar a prática ou não; e (3) a oferta acontecia paralela aos demais cuidados, porém a realização ou continuidade da prática era agendada para o horário reservado às PICS. Isto posto, essas situações reafirmam que as PICS têm sido oferecidas de forma descontínua, com nenhum ou pouco conhecimento dos usuários, ou seja, restritas às pessoas que costumam frequentar a UBS.

Com relação aos gestores das UBS, embora tentassem prestar algum suporte para a execução das PICS, estas ainda eram limitadas:

A gestão local faz um esforço para conseguir. Um espaço, o material. Então assim, a gestão local eu sinto mais apoio, mas não depende deles, às vezes. (P3)

Eles [gestores] apoiam, assim, apoio moral sim, eles gostam, acham bom, divulga, elogia, eles apoiam nesse sentido. (P7)

Esse apoio gerencial, mesmo que tímido e embrionário, pode favorecer a institucionalização e a estabilidade das PICS nesses serviços. Porém, estudos têm revelado baixo conhecimento dos gestores das UBS com relação à PNPIC, assim como ausência de reconhecimento de sua oferta na APS (BARROS *et al.*, 2020; PLÁCIDO *et al.*, 2019; SILVA; FEITOSA, 2018). O papel desempenhado pelo gestor da UBS acerca das PICS na RMG revela-se um tanto quanto limitado, pois as secretarias municipais de saúde exigem a execução das atividades oferecidas prioritariamente pela ESF. Assim, provavelmente, ele não tenha tanta autonomia ou poder para suplantiar serviços que fogem do escopo de atividades básicas da APS, no sentido de consolidar, fortalecer e ampliar as PICS na UBS.

Notamos ainda uma despadronização dos registros de prontuários envolvendo as PICS na APS na RMG, sendo realizados de diversas maneiras. Os mais recorrentes eram registrados em cadernos, agendas, livros-ata e prontuários físicos que continham, geralmente, informações pessoais dos usuários. Alguns serviços de saúde dispunham de prontuário eletrônico para discriminar a realização da PICS

e identificamos uma profissional que não realizava o registro, a qual justificou e reconheceu a consequência desta medida:

[...] porque, até então, eu estava fazendo [a prática] para ajudar o outro, mas não estava registrando [...]. Até no prontuário eletrônico, não estava jogando os atendimentos, e aí eu vou fazer isso agora. Mas eu não registrei nada, nada, nada. (P17)

Essa inconsistência do registro das PICS nas fontes de informação foi relatada em outras pesquisas (HABIMORAD, 2020; SOUSA *et al.*, 2012; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018; OLIVEIRA, 2018). Entretanto, a ausência de um padrão no registro da oferta pode ser também atribuída à desorganização estrutural das UBS, de modo que, independentemente da presença das PICS, outros serviços prestados também sofrem com esse desalinhamento. De fato, um ponto fundamental para a organização das PICS seria o acompanhamento dos registros das atividades anotadas nos prontuários dos usuários, considerados importantes fontes de dados em saúde, além de um considerável meio de comunicação entre profissionais. Tal acompanhamento favorece a coordenação do cuidado, pois o prontuário é um documento único, elaborado e atualizado por todos os trabalhadores que atendem os usuários. Nesse sentido, deve conter informações confiáveis e qualificadas com relação à saúde, inclusive sobre as alterações e evoluções dos usuários durante o período de atendimento (OLIVEIRA, 2018).

Ademais, estudar as PICS pode suscitar importantes discussões a respeito das relações de trabalho estabelecidas entre os profissionais no âmbito do SUS e, paralelamente, a oferta dessas práticas nos serviços pode incrementar a integração de diferentes profissões. Tais percepções vêm, especialmente, daqueles profissionais dos NASF e da Academia da Saúde que, geralmente, se sentem mais integrados à ESF, tal como revelam as seguintes narrativas:

Às vezes existia muita frustração em torno dos casos por ter sucesso ou não. Com relação às Práticas e os profissionais das equipes da Saúde da Família, vejo que abriu portas para nós, podendo prestar [apoio] em outros sentidos, trazendo resultados mais rápidos. (P2)

Agora com as equipes apoiadas eu creio que a gente conseguiu proximidade. O NASF era um serviço que reunia bastante, a gente discutia, mas eu acho que as equipes sentiam um pouco a necessidade de algo que viesse a “resolver” algumas situações que eles tinham, e a Auriculoterapia eu entendo que ajuda um pouco nesse aspecto. (P9)

O benefício de maior integração do trabalho em equipe facilitada pelas PICS foi relatado por Barros, Spadacio e Costa (2018). Eles ainda atribuíram à oferta

de PICS maior satisfação no ambiente laboral e interação ampliada entre as práticas e saberes dos trabalhadores e destes com os usuários. Corroborando esses achados, essa conexão entre profissionais ofertantes de PICS e a equipe de saúde é identificada através da articulação das diferentes práticas e saberes na resolução das necessidades dos usuários circunscritos nas UBS. As PICS constituem, portanto, uma maneira de estreitar os laços das equipes na APS e podem colaborar para as horizontalizações dos poderes, opostas às relações hierárquicas no processo de trabalho das equipes, que ainda é um dos maiores empecilhos para a consolidação da interprofissionalidade. Ademais, cooperam para maior comunicação, com a tomada de decisões compartilhadas, a escuta atenta e valorização de uma dinâmica de aprender com o outro, sobre o outro e para o outro (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018).

Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: a implementação de um modelo de cuidado complementar precário

Por outro lado, a organização do trabalho com as PICS pode acarretar prejuízos para outros serviços tidos como prioritários. Nessa perspectiva, a sua implementação provocaria tensionamentos para a realização das demais atividades, como destacado no trecho abaixo:

Uma pessoa que faz a Terapia Comunitária, ela tem que dar conta dos atendimentos individuais, de triagem, acolhimento, tudo aquilo que todo mundo faz. Então, se eu quero fazer Terapia Comunitária é porque eu quero. Porque o meu trabalho tinha que ser aqui nas quatro paredes. (P5)

Os profissionais também se sentiam sobrecarregados, pois não era possível abandonar a realização de atividades básicas do processo de trabalho da APS. Uma das entrevistadas afirmou, inclusive, que essa situação dificultava a oferta:

Assim estava ficando um pouco difícil, porque até a gestora veio conversar: “olha, tem os outros grupos”. Geralmente, eu tenho o grupo de gestante, de CD [Crescimento e Desenvolvimento da Criança], de prevenção. Então eu tenho vários grupos, aí como estavam querendo que aumentasse a quantidade de eu pôr os pontinhos [a Auriculoterapia], eu falei assim “não, não dá, não é?” (P14)

Assim como encontrado no estudo de Barros, Spadacio e Costa (2018), as PICS eram consideradas atividades não prioritárias na rotina de atendimento da equipe no serviço. Tais compreensões ficaram evidentes, sobretudo, nas narrativas das

enfermeiras, que mesmo desempenhando papel de destaque nos serviços de APS, enfrentavam tensionamentos na UBS:

A Auriculoterapia é uma coisa assim mais... É uma afinidade que você precisaria ficar um tempinho com aquela paciente até sem interromper. Às vezes tenho até que tirar o paciente daqui [do consultório de enfermagem] para atender uma intercorrência que eu preciso atender [...]. (P14)

Essas situações sinalizam o enfrentamento de conflitos nas relações entre o profissional das PICS e os demais integrantes das equipes de saúde, pois não são consideradas atividades primordiais nas UBS. Identificamos que os nossos entrevistados precisavam fazer uma espécie de negociação com o gerente da UBS e os demais membros da equipe de saúde para ofertá-las. Como as PICS estão fundamentadas em outros paradigmas e os indivíduos arraigados em uma cultura institucional que dificulta a integração de quaisquer práticas que fogem do convencional, os profissionais que tentam implementá-las costumam enfrentar dificuldades (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; NAGAI; QUIEROZ, 2011; SOUSA; VIEIRA, 2005). Adotar outra racionalidade médica dentro dos serviços de saúde que primam pelo modelo biomédico hegemônico, voltado para o assistencialismo fragmentado, pode resultar em coibição, desarmonizando o trabalho em equipe.

Evidenciamos ainda a nítida falta de apoio institucional para a inclusão das PICS, com vistas ao fortalecimento do trabalho integrado e colaborativo. As iniciativas isoladas e individuais (que devem ser respeitadas e dignas de menção honrosa na realidade goiana) são importantes para o trabalho em equipe, mas, na prática, as normativas institucionais acentuam as discrepâncias de poder por não permitirem ou priorizarem novas configurações de trabalho em saúde. Assim, enquanto esse cenário se mantiver, enfrentaremos dificuldades para avançar em direção a uma cultura colaborativa no setor saúde (PARADIS; WHITEHEAD, 2017).

A oferta das PICS na APS destaca a assimetria de poder institucional, com a manutenção de relações corporativas e socialmente hierarquizadas, o que prejudica as equipes e impõe um obstáculo a mais para o trabalho coletivo. Prova disso é que os profissionais que indicam ou divulgam as PICS têm pouco diálogo com os que as executam, conforme revela o trecho a seguir:

A gente conversava quando o paciente estava aqui, quando ele encaminhava, mas depois a gente não conversava mais a respeito. Acho que por conta do processo do trabalho, mesmo. Por falta de tempo e pelas outras demandas do serviço. (P11)

Geralmente, esses profissionais discutem se o usuário chegou até o serviço, mas não o caso em si. Assim, em meio a diferentes tarefas dentro da UBS, isso acaba sendo feito superficialmente ou simplesmente não acontece. Dessa forma, perdem por não realizar o que é preconizado na APS, de modo interprofissional, limitando-se a organizar essas práticas de maneira fracionada e isolada do funcionamento do serviço (SCHVEITZER, 2015). Ao mesmo tempo, essa evidência pode também revelar que o profissional da biomedicina, hegemônico, reconhece no profissional das PICS um colega em condições de discutir os casos que chegam até a UBS. Mesmo que seja em um período breve, isso indica o estabelecimento de uma relação interprofissional em potencial. Por conseguinte, há uma integração entre biomedicina e PICS, podendo levar a uma possível mudança do modelo assistencial praticado na UBS.

O desafio destes profissionais, juntamente com a equipe multiprofissional, reside em constituir uma comunicação interprofissional, que oportunize o efetivo debate dos problemas do dia a dia e das necessidades de saúde, com a consequente tomada de decisão compartilhada por todos os componentes da equipe (BARROS; SPADACIO, COSTA, 2018). Pereira, Rivera e Artmann (2013) realçam que o trabalho em conjunto e articulado requer comunicação fluida, sendo uma das condições para que as equipes potencializem sua capacidade de cuidar e solucionar os problemas de saúde dos usuários.

Essa desarticulação com os demais serviços da APS também foi evidenciada nos sistemas de saúde dos Estados Unidos (SCHWARTZ *et al.*, 2021), do Canadá (HOLLENBERG; MUZZIN, 2010), do Reino Unido (SHARP *et al.*, 2018) e da Nova Zelândia (ROBERTS *et al.*, 2020; ROBERTS *et al.*, 2021). De modo geral, tal dificuldade pode estar relacionada a fatores como desvalorização de conhecimentos de saúde não biomédicos; aceitação de evidências restritas; e criação de uma visão de mundo monolítica biomédica.

Os nossos entrevistados, praticamente a totalidade deles, relataram ausência de apoio ou incentivo das Secretarias de Saúde para a oferta da PICS:

Da Secretaria [Municipal da Saúde], eu não via esse apoio, não. Até porque essa questão, até de pensar muito em número e essas coisas, acho que agora está começando devagar. (P2)

Eu acho que é indiferente. Nunca chegou nada aqui dizendo se é para fazer ou não [a Auriculoterapia]. Mas também, a gente não tem apoio. (P4)

Contudo, não mencionaram posicionamento contrário da gestão central para o atendimento das PICS realizadas, tal como identificado por Muller (2016) e Padilha

e Oliveira (2012). Isso reforça a hipótese de que elas estão sendo implementadas, sobretudo, pela vontade de alguns profissionais realizarem outra prática no cotidiano de trabalho. Ademais, esse desapoio ou desinteresse pode ser mais uma consequência da ausência de recurso indutor por parte do governo federal para implementação das PICS no SUS. Vale ressaltar que essas evidências indicam a necessidade de ações e planejamento dos gestores nas esferas estadual e municipal que respaldem a importância da implantação, inclusão e expansão dessas práticas no SUS.

Nossos entrevistados também expuseram um sentimento de exclusão, de estarem à parte, de não pertencerem àquele local. Sentiam-se inviabilizados de narrar o valor e a eficácia das PICS, tal como expresso no seguinte fragmento:

Uma coisa que é bem assim afastadora é achar o que acontece no serviço não tem nada a ver com a Terapia [Comunitária]. É como se a Terapia Comunitária não pertencesse ao serviço. (P5)

Como as UBS foram construídas com base no modelo de atenção centrado no atendimento clínico, com salas pequenas e sem espaços adequados para a realização de atividades em grupos, a Terapia Comunitária e Arteterapia, quando não realizadas nos auditórios existentes, ocorriam em áreas cedidas pelas igrejas no território da comunidade atendida pela APS. Já as práticas de uso individual, como Auriculoterapia, Acupuntura e Reiki, eram realizadas nos consultórios médicos, salas de procedimentos ou até mesmo nos corredores e na recepção das UBS, tal como revela a narrativa a seguir:

A gente não tem assim um local apropriado e a gente tem muito pouco apoio da Secretaria [Municipal de Saúde] nesse sentido. Porque o Reiki, por exemplo, tem que ter um ambiente, uma sala. Eu preciso de um local calmo, tranquilo. Então tem toda essa especificidade da terapia mesmo e que a gente não encontra, não encontra esse apoio. (P3)

Outra situação frequente foi a ausência de recursos para a implementação, cabendo aos profissionais a aquisição dos insumos e materiais necessários para a sua implementação. Verdadeiramente, essa não é uma condição exclusiva das PICS, pois os serviços de saúde, em geral, sofrem com a precarização em seus ambientes de trabalho. As narrativas abaixo explicitam essa condição encontrada em praticamente todos os serviços, embora essa percepção tenha sido mais destacada pelos profissionais que ofertam a Auriculoterapia, por demandar a utilização de agulhas e sementes:

Então, se a gente quiser trazer a Auriculoterapia para o serviço, a gente tem que comprar semente, a gente tem que comprar todo o material de Auriculoterapia para gente poder estar realizando. (P9)

Desde maio [de 2017] até hoje todas as sementes que foram usadas, a gente que comprou, álcool, algodão, tudo, é a gente que compra e usa. Então não tem apoio institucional, nenhum, na minha visão. (P7)

A carência de insumos básicos e a estrutura física inadequada e precária foram percebidas pelos gerentes dos serviços de saúde na RMG no estudo de Barros et al. (2020), pelos terapeutas comunitários em Santa Catarina, no Sul do Brasil (PADILHA; OLIVEIRA, 2012), e pelas agentes comunitárias ofertantes de Liang Gong, na região metropolitana de Campinas (OLIVEIRA, 2018). Vale lembrar que, geralmente, as estruturas físicas das UBS são insatisfatórias e planejadas com base em um modelo de saúde individual, hierarquizado e desconfortável. Portanto, a inexistência de estrutura física é um problema para a implementação das PICS porque não há ambientes que possam ser partilhados e faz-se necessária a adoção de uma outra lógica/modelo de atenção à saúde para comportar esses serviços de maneira apropriada.

A falta de espaço físico apropriado para realização de uma prática não protocolar no serviço de Saúde também foi verificada em Israel, em estudo que denominou esse fenômeno como “marginalização espacial”. Levantou-se que as PICS eram realizadas afastadas do ambiente hospitalar, nos fundos do centro físico do estabelecimento de saúde ou até mesmo em espaços fora do complexo do hospital. Dessa forma, os profissionais ofertantes de PICS, embora admitidos no âmbito do hospital, permaneciam na periferia do seu espaço social e geográfico, protagonizando um *status* imaginário de seres de outro mundo (MIZRACHI; SHUVAL; GROSS, 2005).

A implementação das PICS no SUS se dá “de forma frágil, fragmentada e desarticulada na rede assistencial e, até mesmo nas situações nas quais os serviços estão estruturados, elas funcionam de maneira isolada, à parte dos demais programas” (ESTRELA, 2013, p. 203). Desse modo, os profissionais que se interessem em aplicar alguma prática de cuidado diferente da racionalidade biomédica, com o objetivo de transformar a organização do trabalho, podem ficar em situações desfavoráveis, como forma de constrangimento praticado pelos outros trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; PARADIS; WHITEHEAD, 2017).

Assim, as PICS assumem uma “integração precária”, pois podem evidenciar uma separação entre os profissionais “de dentro”, vinculados à biomedicina, e os “de fora”, que desenvolvem práticas não protocolares. Conflitos entre a sua realização

com outras atividades tidas como mais importantes nos serviços de saúde, o acúmulo de funções pelos profissionais que as ofertam e o elevado número de usuários atendidos nos grupos de PICS por apenas um profissional (o que pode comprometer a qualidade do atendimento) ilustram a precariedade do trabalho com as PICS na APS (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018). Padilha e Oliveira (2012) analisaram a prática da Terapia Comunitária relatada por 27 profissionais do SUS de Santa Catarina e alertaram para a sobrecarga do trabalho, falta de apoio da gestão e dos demais profissionais e ausência de espaço apropriado como alguns elementos que dificultam a execução dessa PICS entre terapeutas comunitários.

No último quadriênio, uma importante iniciativa educacional do governo federal permitiu a expansão das PICS no SUS. O Ministério da Saúde disponibilizou uma capacitação semipresencial em Auriculoterapia em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (BOTELHO *et al.*, 2017). No entanto, apesar do curso estar disponível aos profissionais de todos os municípios brasileiros, os gestores municipais e estaduais não assumiram a compra de insumos e equipamentos, embora fossem de baixo custo e fácil aplicação, para a realização da Auriculoterapia (SILVA *et al.*, 2021). Este é mais um exemplo de que as políticas nacional, estadual e municipal não vêm sendo cumpridas.

Para Oliveira (2018), as instrutoras de Lian Gong dos serviços de APS na região metropolitana de Campinas estavam imersas nessa “integração precária”, pois não conseguiram estabelecer uma comunicação entre o lugar que lhes pertencia e as práticas de cuidado na APS em virtude da reprodução de conhecimento e do constrangimento imposto pela hierarquia de profissionais da biomedicina. Embora possuíssem concessão para operar seus conhecimentos nas PICS, apresentavam pouca ou nenhuma capacidade de falar e agir de maneira independente nas UBS, de modo que não conseguiam se expressar e compartilhar com a equipe os resultados positivos dos seus trabalhos.

Nesse sentido, os resultados deste estudo possibilitam traçar um quadro parcial das dificuldades encontradas para implementação das PICS na APS da RMG. Podemos afirmar que, para os profissionais, elas são consideradas uma responsabilidade individual e personalizada daqueles que as oferecem e não uma parte da APS. Elucidamos tensionamentos contínuos entre a oferta de PICS *versus* “manutenção do funcionamento do atendimento da unidade”, PICS *versus* “demandas principais”, PICS *versus* “práticas biomédicas”, PICS *versus* “assistência” etc.

Dessa forma, elas permanecem reduzidas a um modelo de cuidado complementar precário, pois, apesar de inseridas na UBS, continuam sendo vistas como algo a mais, deslocadas, não integradas às demais atividades, fluxos, atendimentos, práticas de cuidado. É como se estivessem “alocadas no centro de saúde” na condição de uma atividade adicional, extra, opcional, o que reforça o carácter exclusivo do monopólio da biomedicina que está no cerne da antiga disputa epistemológica moderna entre as formas científicas e não científicas de verdade.

Para Santos (2007), o pensamento moderno ocidental é um sistema de distinções visíveis e invisíveis, estabelecidas por linhas radicais que dividem a realidade social em dois universos distintos: o universo “deste lado da linha” e o universo “do outro lado da linha”. A característica fundamental do pensamento abissal é a impossibilidade da presença dos dois lados na mesma linha, de modo que a visibilidade é gerada mediante a invisibilidade das formas que não se encaixam nas formas científicas ou eruditas do conhecimento, tais como os saberes populares, plebeus, camponeses ou indígenas, colocados do outro lado da linha. Assim, elas desaparecem como conhecimentos relevantes ou comensuráveis, por se encontrarem para além do universo do verdadeiro e do falso.

Nesse sentido, as PICS são implementadas como modelo de cuidado complementar precário. Complementar porque permanecem invisibilizadas, marginalizadas, em um cenário que reproduz a divisão e estigmatização entre práticas de saúde “de dentro”, associadas à biomedicina, e as “do lado de fora”, que se relacionam a saberes e experiências sociais plurais. Precário porque estão associadas à produção do que Souza (2006) nomeia de *Habitus Precário*, uma espécie de subcidadania vinculada a políticas públicas que reforçam a desigualdade e sua naturalização. Trata-se de um tipo de personalidade e de disposição de comportamento que não satisfaz aos que são reconhecidos como produtivos e úteis em uma sociedade moderna e competitiva. Esse processo de naturalização da desigualdade social, com consequente produção de subcidadania, representa a forma, especificamente moderna, por meio da qual instituições de países periféricos como o Brasil constroem distinções sociais e, em seguida, as legitimam e perpetuam (SOUZA, 2006).

Considerações finais

As narrativas dos profissionais nos permitiram compreender como as PICS têm sido inseridas na APS, com seus avanços e desafios. Tanto a inserção como a

integração destas práticas estão sendo realizadas na ESF por intermédio e iniciativa dos próprios profissionais que as desenvolvem simultaneamente com a oferta do cuidado geral. Nesse sentido, esses trabalhadores estão desempenhando um papel de destaque na APS da RMG.

Paralelamente, a gestão municipal tem fornecido apoio no sentido de reconhecer sua importância, porém sem destinação de incentivo financeiro capaz de potencializar a sua oferta. Por isso, uma das principais dificuldades relatada foi a falta de insumos, sendo necessário que os próprios profissionais assumam esse gasto. Dessa forma, a oferta de PICS é colocada em uma lógica de não superação da estrutura precária dos serviços de APS e acumulação de inúmeras tarefas prioritárias do cuidado biomédico.

Cabe ressaltar que a PNPIC completou 16 anos de promulgação em maio de 2022, e o escopo de PICS ofertadas pelo SUS foi expandido justamente durante a nossa coleta de dados. Consideramos esta uma limitação temporal do estudo, pois outros sentidos da oferta das PICS poderiam ter sido investigados e descobertos. Nesse sentido, sugerimos o desenvolvimento de novas pesquisas avaliar se o cenário e a organização do trabalho dos profissionais, bem como o processo de implantação e implementação das PICS, sofreram alguma alteração nesse período de ampliação dos serviços na APS.

O que podemos afirmar é que, até o momento atual, não houve qualquer repasse financeiro para induzir a implementação das PICS, mesmo com a existência de uma coordenação nacional própria no Ministério da Saúde. Nesse contexto, sem financiamento público, dificilmente a realidade desses profissionais sofrerá alterações significativas em seus espaços de trabalho, correndo o risco de continuarem a exercer serviços precarizados. A ausência de recurso financeiro indutor faz com que o trabalho com as PICS seja implementado com dificuldades e de maneira precarizada. Por conseguinte, elas continuam sendo vistas como uma responsabilidade individual e personalizada dos profissionais que as oferecem, o que contribui para um embate contínuo entre o oferecimento da PICS e a continuidade inabalável do funcionamento da UBS.

Essa falta de integração e reconhecimento é ilustrada pela oferta dessas práticas em espaços improvisados e inadequados, nos “fundos ou fora” da UBS. Outra importante constatação foi a falta de padronização do registro, inclusive com profissionais que sequer anotavam essa informação nos prontuários dos usuários. Nessas condições, podemos afirmar que as PICS estão incluídas teoricamente no sistema de saúde, mas, na prática, permanecem “marginalizadas”.

Ainda assim, os profissionais expressaram maior aproximação entre a ESF e o NASF, o que constitui um achado importante, considerando o princípio de integralidade preconizado pelo SUS. As práticas assistenciais integradas mediante as PICS mostram o quanto elas podem ser favoráveis para organização dos processos de trabalho na APS.

Chamamos atenção para a frágil situação em que o NASF se encontra, em virtude do enfraquecimento e do desestímulo financeiro por parte do Ministério da Saúde, podendo resultar na redução da oferta de PICS na APS. Assim, sugerimos o desenvolvimento de estudos para avaliar os impactos desta medida do Ministério da Saúde ao desestimular as ações desenvolvidas por essas equipes.

Entretanto, alertamos para a insuficiência dos governos federais, estaduais e municipais apenas instituírem as PICS, sem, todavia, garantir que sejam implantadas e implementadas. Para que elas possam adquirir legitimidade, não é suficiente dizer que são juridicamente verdadeiras e eficientes, pois é necessário assegurar condições reais para que se estabeleçam e desenvolvam na APS. Para tanto, a organização dessas práticas de modo compartilhado com os gerentes dos serviços e os gestores das SMS é fundamental para qualificação destes processos de trabalho.

Entendemos que a responsabilização exclusiva dos municípios pela aquisição de insumos e organização dos serviços em um país tão diversificado e discrepante cultural e economicamente como o nosso é difícil. Assim, contar com a participação e articulação com o Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde torna-se imprescindível para que as PICS sejam percebidas, valorizadas e aceitas por esses gestores locais, mesmo com pouco apoio financeiro e institucional. Com o devido financiamento, será possível potencializar o acesso dos usuários às PICS e a organização dos processos dos profissionais que desejam oferecer esses serviços nos seus cotidianos laborais, fazendo com que sejam resolutivas, equânimes e realizadas de forma adequada no SUS.¹

Referências

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

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

BARROS, N. F.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, n. esp. 1, p. 163-173, 2018.

BOTELHO, L. J. *et al.* *Formação em Auriculoterapia para profissionais de Saúde da Atenção Básica*. Relatório Final. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154, de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 849, de 27 de março de 2017*. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 702, de 21 de março de 2018*. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS*. Brasília, 2020.

CAVALCANTI, F. *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: histórico, avanços, desafios e perspectivas. In: BARRETO, A. F. *Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação*. Recife: UFPE; 2014.

ESTRELA, W. L. Políticas de Saúde e processo de institucionalização das Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares. In: NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I. *Intercâmbio solidário dos saberes em Saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares*. São Paulo: Hucitec, 2013.

GOIÂNIA. *Lei complementar nº 195. Implantação das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde*. 2009. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/algo/g/goiania/lei-complementar/2009/19/195/lei-complementar-n-195-2009-implantacao-de-praticas-integrativas-e-complementares-no-sistema-unico-de-saude.html>. Acesso em: 16 nov. 2018.

GOIÁS. Lei nº 16.703. *Institui a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares na rede pública estadual de Saúde*. 2009. Disponível em: http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_leis.php?id=9078. Acesso em: 16 nov. 2018.

GRANDO, M. K.; DALL'AGNOL, C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia Saúde da família. *Escola Anna Nery*, v. 14, n. 3, p. 504-510, 2010.

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

- HOLLENBERG, D.; MUZZIN, L. J. Epistemological challenges to integrative medicine: an anti-colonial perspective on the combination of complementary/alternative medicine with biomedicine. *Health Sociology Review*, v. 19, n. 1, p. 34-56, 2010.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MULLER, T. L. *Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde do município de Porto Alegre, RS: Desafios Atuais*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016.
- MIZRACHI, N.; SHUVAL, J. T.; GROSS, S. Boundary at work: alternative medicine in biomedical settings. *Sociology of Health & Illness*, v. 27, n. 1, p. 20-43, 2005.
- NAGAI, S. C.; QUEIROZ, M. S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de Saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 1793-1800, 2011.
- OLIVEIRA, M. C. S. *As (in)visibilidades do Lian Gong na Atenção Primária em Saúde*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil, 2018.
- PADILHA, C. S.; OLIVEIRA, W. F. Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. *Interface (Botucatu)*, v. 16, n. 43, p. 1069-1086, 2012.
- PARADIS, E.; WHITEHEAD, C. R. Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles 1954-2013. *Medical Education*, v. 49, n. 4, p. 399-407, 2017.
- PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface (Botucatu)*, v. 17, n. 45, p. 327-340, 2013.
- PLÁCIDO, A.L. *et al.* Percepção dos gestores das unidades básicas de saúde sobre as práticas integrativas e complementares. *Id Online Revista de Psicologia*, v.13, n.43, p.865-872, 2019.
- ROBERTS, K. *et al.* Why are we hiding? A qualitative exploration of New Zealand acupuncturists views on interprofessional care. *Complementary Therapies in Medicine*, v.52, p.102419, 2020.
- ROBERTS, K. *et al.* Navigating the path: a qualitative exploration of New Zealand general practitioners' views on integration of care with acupuncturists. *Acupuncture in Medicine*, v. 39, n. 4, p. 334-342, 2021.
- SANTOS, B. S. Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v. 78, p. 3-46, 2007.
- SCHVEITZER, M. C. *Concepções de Saúde e de cuidado de práticas integrativas e complementares e humanizadoras da atenção básica: uma revisão sistemática*. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2015.

SILVA, A. S. P.; FEITOSA, S. T. Revisão sistemática evidencia baixo nível de conhecimento acerca da política nacional de práticas integrativas e complementares por parte de gestores e profissionais da saúde. *VITTALLE*, v.30, n.1, p.105-14, 2018.

SCHWARTZ, M. R. *et al.* Complementary and Integrative Health Knowledge and Practice in Primary Care Settings: A Survey of Primary Care Providers in the Northwestern United States. *Global Advances in Health and Medicine*, v.10, p.1-9, 2021.

SHARP, D. *et al.* 'Trying to put a square peg into a round hole': a qualitative study of healthcare professionals' views of integrating complementary medicine into primary care for musculoskeletal and mental health comorbidity. *BMC Complementary Alternative Medicine*, v.18, n.1, p.290, 2018.

SILVA, P. H. B. *et al.* A formação profissional em Práticas Integrativas e Complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.26, n.2, p.399-408.

SOUSA, I. M. C. *et al.* Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, 2012.

SOUSA, I. M. C.; VIEIRA, A. L. S. Serviços públicos de Saúde e medicina alternativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, supl., p.255-266, 2005.

SOUSA, I. M. C.; TESSER, C. D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a Atenção Primária. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 1, e00150215, 2017.

SOUZA, J. *A invisibilidade da desigualdade brasileira*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2006.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, v.42, n. esp. 1, p. 174-188, 2018.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 2017.

Nota

¹ P. H. B. da Silva e E. S. F. de Oliveira: concepção, análise e interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação final da versão a ser publicada; responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Abstract

Complementary and alternative medicine in Primary Health Care: professionals' perceptions about the provision of services in the metropolitan region of Goiania, Brazil

Although public policies in force at the federal and state levels establish Integrative and Complementary Practices in the list of services offered in Primary Health Care, we still do not know how they are implemented in the metropolitan region of Goiania. In this sense, this study aims to understand the perceptions of health professionals who offer Integrative and Complementary Practices on the use of these Primary Health Care services in the metropolitan region of Goiania. This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted with 20 professionals and then transcribed and treated with thematic content analysis. We understand that the offer of Integrative and Complementary Practices depends on professionals, who have suffered from the lack of support from the management and the disarticulation of their work with the team, as well as the absence of adequate infrastructure and non-standardization of registration in the users' medical records. We conclude that the offer of Integrative and Complementary Practices has suffered the consequences of a partial and precarious integration in Primary Health Care.

► **Keywords:** Complementary therapies. Health personnel. Primary Health Care. Public Health.

