

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

FERNANDA DE JESUS MENDONÇA

**ESTRUTURA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE: um estudo a partir do
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-
AB – 2º Ciclo)**

BELO HORIZONTE

2019

FERNANDA DE JESUS MENDONÇA

**ESTRUTURA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE: um estudo a partir do
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-
AB – 2º Ciclo)**

Dissertação apresentada ao Programa de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Epidemiologia).

Orientadora: Prof. Dr.º: Antônio Thomaz Gonzaga da
Mata Machado

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a: Flávia Bulegon Pilecco

BELO HORIZONTE

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora

Prof^ª. Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor

Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Fábio Alves

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Mário Campos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretora

Prof^ª. Alamanda Kfoury Pereira

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^ª. Eli Iola Gurgel Andrade

Subcoordenadora

Prof^ª. Luana Giatti Gonçalves

Colegiado

Profª. Eli Iola Gurgel Andrade (titular)

Profª. Luana Giatti Gonçalves (titular)

Profª. Lidyane do Valle Camelo (suplente)

Profª. Sandhi Maria Barreto (titular)

Prof. Antônio Luiz Pinho Ribeiro (suplente)

Profª. Mariângela Leal Cherchiglia (titular)

Profª. Ilka Afonso Reis (suplente)

Profª. Waleska Teixeira Caiaffa (titular)

Profª. Amélia Augusta Frihce (suplente)

Profª. Ada Ávila Assunção (titular)

Profª. Adriane Mesquita de Medeiros (suplente)

Representantes Discentes

Thais Piazza de Melo – Doutorado (titular)

Nathália Pacífico de Carvalho – Mestrado (suplente)

Mendonça, Fernanda de Jesus.

M539e Estrutura das unidades básicas de saúde e práticas integrativas e complementares em saúde [recurso eletrônico]: um estudo a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB – 2º Ciclo). / Fernanda de Jesus Mendonça. - - Belo Horizonte: 2019.

80f.: il. Formato: PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Antônio Thomaz Gonzaga da Mata Machado. Coorientador (a): Flávia Bulegon Pilecco.

Área de concentração: Epidemiologia.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. 3. Estrutura dos Serviços. 4. Terapias Complementares. 5. Saúde Pública. 6. Humanização da Assistência. 7. Dissertação Acadêmica. I. Machado, Antônio Thomaz Gonzaga da Mata. II. Pilecco, Flávia Bulegon. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WB 880



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

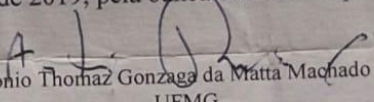
FOLHA DE APROVAÇÃO

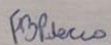
ESTRUTURA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UM ESTUDO A PARTIR DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

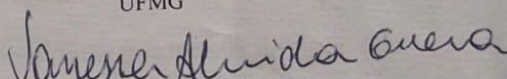
FERNANDA DE JESUS MENDONÇA

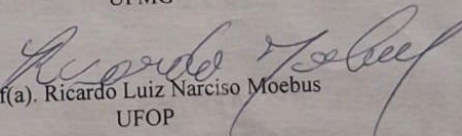
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração EPIDEMIOLOGIA.

Aprovada em 25 de fevereiro de 2019, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado - Orientador
UFMG


Prof(a). Flávia Bulegon Pilecco
UFMG


Prof(a). Vanessa de Almeida Guerra
UFMG


Prof(a). Ricardo Luiz Narciso Moebus
UFOP

Belo Horizonte, 25 de fevereiro de 2019.

*À pequena Lavínia, ser divino e ilustre...
luz para meus dias.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, ser supremo que rege e guia a minha caminhada por esta experiência terrestre, com gratidão a tudo que vivo, vivi até aqui e viverei, ciente de que foi e será necessário.

À Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), pelo acolhimento com oportunidades de qualificação, espaços de reflexão, diálogo e construção individual e coletiva.

À Prof^ª. Dr^ª. Flávia Bulegon Pilecco, pela disponibilidade, atenção, conselhos, sugestões, conversas sinceras, paciência diante das minhas limitações, dedicação no processo de orientação do mestrado e colaboração em minha formação.

À Prof^ª. Dr^ª. Alaneir de Fátima dos Santos e ao Prof Dr. Antônio Thomaz da Matta Machado, pelas contribuições valiosas durante a trajetória do mestrado e desenvolvimento da dissertação.

Aos demais professores, mestres e doutores que cruzaram minha caminhada desde o início da minha vida acadêmica, por partilharem seus conhecimentos e vivências e aos demais funcionários dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública (Faculdade de Medicina).

A todos militantes que tive a honra de conhecer, por estarem na linha de frente por uma sociedade mais justa, inclusiva e equitativa.

À Lavínia, filha amada, por me tornar mais forte, compreender minhas ausências, acalantar minhas dores e renovar minhas forças. Agradeço o acolhimento e amor, mesmo após meus longos períodos de ausência.

Ao meu pai (*in memoriam*) e minha mãe Terezinha, pelo exemplo de persistência, fé e esperança.

A todos meus avós, tios, irmãos, cunhados, sobrinhos e primos, que direta ou indiretamente me fortaleceram.

Às minhas amigas de infância e as demais que conviveram comigo em Rondônia, que me inspiraram a estudar.

A todos que cuidaram da minha pequena para que eu realizasse esse sonho, em especial a Jaque e Elane.

Às minhas amigas do plantão (Dani, Poly, Quel e Malu), que vivenciaram toda a luta.

Às demais poucas e boas amigas que fiz em Belo Horizonte e que tanto compartilharam e somaram.

À minha xará Fernanda Garrides que tanto me auxiliou.

Às minhas amigas do mestrado (Ana, Anacele, Taís e Day), por terem compartilhado as dúvidas e incertezas.

E às demais pessoas que fazem ou fizeram parte da minha vida nesse período e que de alguma forma contribuíram.

A todos, Gratidão!

Sozinha eu jamais conseguiria.

“ Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana’.

(Carl G. Jung)

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem, ao longo dos últimos anos, ampliado o escopo de oferta na Atenção Primária em Saúde (APS). Observa-se um crescimento significativo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na APS. Esta pesquisa buscou analisar a associação entre a estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a oferta de PICS pelas Equipes de Atenção Básica (EqAB) no Brasil. Através de um estudo transversal, foram analisadas 29.778 EqAB que participaram do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) nos anos de 2013 - 2014. Para isto, foram elaboradas duas tipologias: a tipologia de PICS nas UBS, baseada na oferta e no tipo de PICS, e a tipologia de estrutura das UBS, baseada em aspectos estruturais, materiais e de insumos. Ambas foram categorizadas em três níveis: alto, médio e baixo. Para estimar associação entre os níveis da tipologia de estrutura e da tipologia de oferta de PICS, foi realizada uma Regressão Logística Multinomial com a estrutura amostral em clusters bruta e ajustada por região do país e estrato do PMAQ-AB. Das 29.778 avaliadas, 5.666 (19.0%) ofertam PICS. A maioria dos serviços classificados no nível alto de estrutura se encontravam na região Sul e demonstraram maior oferta em todos os níveis de PICS, comparada às demais. Observou-se associação entre a estrutura das UBS e a oferta de PICS, visto que as EqAB de UBS com níveis médio e alto de estrutura demonstraram chance de 2,34 e 16,23 vezes em ofertar o nível alto de PICS comparadas às de estrutura baixa, respectivamente. Tal associação manteve-se após ajustes por regiões geográficas/estratos do PMAQ-AB. As PICS caminham lado a lado com a melhoria da qualidade e organização da APS. Dessa forma, a sua implantação nas regiões periféricas e ermas do país pode acontecer continuamente, na medida em que a APS for homoganeamente se estruturando e conquistando melhor qualidade dos serviços ou reconhecendo e fortalecendo saberes ancestrais.

PALAVRAS CHAVE: Atenção Primária em Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Estrutura dos Serviços. Práticas Integrativas e Complementares.

ABSTRACT

Recently, the Brazilian Public Health System (SUS) has expanded the primary care offer. There is a significant increase in the Integrative and Complementary Practices in Primary Care. This research aimed at analyzing the association between the structure of Primary Health Care Units and the offer of Integrative and Complementary Practices (PICS) by the Primary Care Teams in Brazil. Through a cross-sectional study, 29,778 primary care teams participated in the second cycle of the Program for Improving Access and Quality in Primary Care PMAQ-AB in the years 2013-2014. In order to do so two typologies were elaborated: the PIC typology in the Basic Health Units, based on the supply and type of practices offered, and the type of structure of the units, based on structural, material and basic material. In order to estimate the association between the levels of the typology of structure and the typology of PIC supply, a Multinomial Logistic Regression with the sample structure in clusters was performed. Of the 29,778 teams evaluated, 5,666 (19.0%) offer PICS. Indeed, most of services that were better classified in structure are in the South region and they also demonstrated greater supply in all the levels of PICS, when compared to the other ones. It could be seen an association between the structure of the basic health units and the supply of PICS, once the teams of units with medium and high levels of structure demonstrated a chance of 2.34 and 16.23 times in offering the high level of PICS compared respectively. This association was maintained after adjustments by PMAQ-AB geographic / stratum regions. It was also noted that there is an association between Integrative and Complementary Practices and better structured health units. Thus, its implementation in the peripheral regions and desolate places of the country can happen continuously, to the extent that APS is homogeneously structuring itself and conquering better quality of the service or recognizing and strengthening ancestralknowledge.

KEYWORDS Primary Health Care. Evaluation of Health Services. Structure of Services. Integrative and Complementary Practices.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1- Comparação das racionalidades médicas	19
Quadro 2 - Institucionalização das PICS no sistema de Saúde Brasileiro.....	26
Quadro 3 - Estratos de classificação dos municípios e posterior certificação das equipes participantes do PMAQ-AB.....	35
Quadro 4 - Variáveis - tipologia de PICS – Módulo II, 2º ciclo PMAQ-AB.....	47
Figura 1 – Subdimensões para certificação das equipes.....	32
Figura 2 Subdimensões de estrutura das Unidades Básicas de Saúde - Módulo I (2º ciclo do PMAQ-AB	46

ARTIGO

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1 Subdimensões de estrutura das Unidades Básicas de Saúde - Módulo I (2º ciclo do PMAQ-AB	62
Quadro 1 Variáveis - tipologia de PICS – módulo I, 2º ciclo do PMAQ-AB.....	62
Quadro 2 Estratos de classificação dos municípios e posterior certificação das equipes participantes do PMAQ-AB.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da tipologia de Estrutura das UBS por região.....	63
Tabela 2 Distribuição da tipologia de PICS entre as EqAB ofertantes.....	65
Tabela 3 Proporção das EqAB que ofertavam PICS contempladas pela PNPIC à época	65
Tabela 4 Regressão logística multinominal da tipologia de PICS e da tipologia de Estrutura, ajustados por Região e Estrato de certificação do PMAQ-AB	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

*p	Probabilidade de Significância
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
EqAB	Equipe de Atenção Básica
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
Esf	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IEP's	Instituições de Ensino e/ou Pesquisa
MA	Medicina Antroposófica
MAC	Medicina Alternativa e Complementar
MI	Medicina Integrativa
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	ODDS RATIO
PAB	Piso de Atenção Básica
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PIB	Produto Interno Bruto
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
PPGSP	Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

QUI	Energia Vital na Medicina Tradicional Chinesa
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SGDAB	Sistema de Gestão da Atenção Básica
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
STATA	Statistic Data Analysis.
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	16
1.1 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: nomenclatura.....	16
1.2 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no mundo	16
1.3 Sistemas de cura e racionalidades médicas	17
1.4 Evidências científicas	21
1.5 Institucionalização das PIC no Sistema de Saúde Brasileiro.....	23
2 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA	30
2.1 Estrutura das Unidades Básicas de Saúde no Brasil	37
2.2 Práticas Integrativas e Complementares e PMAQ – AB.....	40
3 JUSTIFICATIVA	43
4 OBJETIVOS.....	44
4.1 Objetivo geral.....	44
4.2 Objetivos específicos	44
5. METODOLOGIA.....	45
5.1 Tipos de estudo.....	45
5.2 Coleta de dados	45
5.3 Variáveis utilizadas	45
5.4 Análise Estatística.....	48
6 ARTIGO.....	49
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado insere-se na linha recém-iniciada em estudos referentes à Atenção Primária em Saúde (APS), do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), e foi desenvolvida através de dados do Programa Nacional Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ-AB, segundo ciclo, realizado entre os anos de 2013 e 2014.

Esta dissertação preenche um requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Saúde Pública com área de concentração em Epidemiologia. Foi investigada a associação entre a estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) pelas Equipes de Atenção Básica (EqAB), mensuradas na linha de base do PMAQ-AB. Os resultados são apresentados no formato de artigo científico e esta formatação está de acordo com o regulamento do PPGSP da UFMG.

Este volume contém:

- (1) Considerações Iniciais;
- (2) Apresentação do PMAQ-AB;
- (3) Justificativa;
- (4) Objetivos;
- (5) Metodologia;
- (6) Artigo;
- (7) Considerações Finais;
- (8) Referências Bibliográficas.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: nomenclatura

A nomenclatura utilizada para se referir ao nosso objeto de pesquisa varia amplamente na literatura internacional. Assim, são usados termos como Medicina Tradicional (MT), Medicina Alternativa e Complementar (MAC) e Medicina Integrativa (MI) (OMS, 2001). A Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza o termo Medicina Tradicional (MT), definido como:

[..] a soma total de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências nativas de diferentes culturas, explicáveis ou não, usadas na manutenção da saúde, bem como para a prevenção, nos diagnósticos e no tratamento de adoecimento físicos e mentais (OMS, 2001).

No Brasil, o termo atualmente utilizado é Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), e foi cunhado com o objetivo de fortalecer a identidade e visibilidade desses serviços (CANTOTORE *et al.* 2015).

Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2006) define, em relação às PICS que:

[..] tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade”. (BRASIL, 2006)

1.2 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no mundo

A integração das PICS nos sistemas públicos de saúde teve início no final dos anos 1970, com a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma Ata 1978), na qual expressou a necessidade de promover a saúde de todos os povos do mundo. A partir dessa conferência, a OMS firmou o compromisso em vários documentos e resoluções em incentivar os Estados-membros a formularem políticas públicas para uso racional e integrado dos serviços de Medicina Tradicional nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como desenvolverem estudos científicos para melhor conhecimento da segurança, eficácia e qualidade dessas práticas (OMS, 2001).

Em defesa desses serviços, a OMS elaborou diversos documentos, entre eles, o mais atual, nomeado como *Traditional Medicine Strategy 2014–2023*, no qual demonstrou

crescimento no uso de PICS no mundo e sua concentração em serviços de Atenção Primária em Saúde (APS), e indicou que tal fato vem sendo relacionado a diversas questões, em especial ao aumento dos custos dos serviços convencionais de saúde, ao crescimento da prevalência das doenças crônicas degenerativas, à insatisfação dos usuários dos serviços ao modelo biomédico e ao ressurgimento do interesse por um cuidado mais preventivo, holístico e que favoreça a qualidade de vida quando a cura não é possível. (OMS, 2014).

O documento supracitado informa que os motivos responsáveis pelo crescimento da utilização desses serviços no mundo diferem entre os países, e um fato considerado importante nessas questões trata-se da economia local, visto que, nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, esse crescimento relaciona-se principalmente a questões culturais, acesso facilitado e ao reconhecimento popular de sua eficácia. Por outro lado, nos países desenvolvidos, seu uso é favorecido por mudanças na concepção de saúde por parte dos usuários dos serviços de saúde (OMS, 2014).

Ainda nesse documento, a OMS salienta que, aos poucos, essa forma de cuidado à saúde torna-se mais relevante nos cuidados à saúde mundial, conquistando interesse de governos, agências internacionais e entidades sanitárias, e avança em número de usuários. Na Europa, por exemplo, são mais de 100 milhões de usuários de algum tipo de PICS. Já regiões como África, Ásia, Austrália e Estados Unidos (apesar de não citar medidas relativas em relação a população) acreditam que superam esse quantitativo. Tal fato influencia o crescimento de gastos com essas terapêuticas no mundo. Apesar da complexidade em estimar a dimensão econômica do gasto em produtos utilizados para o desenvolvimento desses serviços, o documento mencionado relata que nos Estados Unidos, por exemplo, há um consumo de aproximado de 14,8 bilhões de dólares anuais em produtos utilizados nesse ramo de cuidado (OMS, 2014).

1.3 Sistemas de cura e racionalidades médicas

De maneira geral, os antropólogos foram os primeiros a estudar os tipos de medicina existentes no mundo. O Brasil seguiu esse mesmo caminho e contou com a socióloga Madel Terezinha Luz como precursora de estudos nesse ramo de conhecimento, juntamente com o grupo de pesquisas da Universidade Federal do Rio de Janeiro nomeado “Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde”. Esse grupo teceu considerações importantes sobre as diferentes racionalidades médicas no campo da saúde, alicerçadas em visões filosóficas, antropológicas e sócio-históricas, (LUZ, 2007).

Luz e Barros (2012) definem racionalidade médica como um conjunto estruturado e integrado de práticas e saberes, composto por cinco dimensões inter-relacionadas: a morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose (diagnóstico), um sistema terapêutico (terapêutica) e uma doutrina médica (explicativa do que é doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura). Essas cinco dimensões são embasadas por uma sexta, implícita ou explícita, a cosmologia, que consiste na forma em que cada cultura aprende e representa sua realidade em saúde. Tais dimensões, quando presentes e estruturadas, tipificam uma racionalidade médica e, logo, permitem diferenciar sistemas médicos complexos, assim como as PICS, que por sua vez fundamentam-se em diferentes racionalidades médicas.

Nesse sentido, Luz e Barros (2012) agruparam as racionalidades médicas em cinco vertentes: Medicina Ocidental Contemporânea (ou Biomedicina), Medicina Homeopática, Medicina Tradicional Chinesa (MTC), Medicina Ayurvédica e Medicina Antroposófica (MA) (LUZ e BARROS, 2012).

No Brasil, a racionalidade médica predominante é a Medicina Ocidental Contemporânea. Esta, por sua vez, divide o organismo em sistemas e utiliza-se da semiologia, anamnese e exames complementares para determinar o processo de adoecer, baseado na causalidade, com tratamentos voltados para processos medicamentosos e cirúrgicos. Além dessa, outras duas racionalidades médicas se destacam: a Medicina Homeopática e a MTC. A Medicina Homeopática se utiliza tanto da Medicina Tradicional quanto da Medicina Ocidental Contemporânea, e, apesar de tratar a doença com “medicamentos” homeopáticos, baseia-se da teoria da energia vital, na qual as doenças são consideradas desequilíbrios energéticos, com diagnóstico baseado na anamnese do desequilíbrio individual (LUZ e BARROS, 2012).

A MTC, por sua vez, também se baseia na teoria do equilíbrio da energia vital do corpo (Qui), que percorre por canais presente no organismo, denominados meridianos. Nesse sentido, são utilizadas duas vertentes, a primeira alicerça no conhecimento de que essa energia vital dá origem a uma dualidade energética conhecida como Yin-Yang (energias vitais opostas presentes no organismo) e que as doenças são resultado do seu desequilíbrio. A segunda, baseia na teoria dos cinco elementos que compõe a natureza (madeira, fogo, terra, metal e água) que se relacionam com os órgãos, vísceras e tecidos do organismo e quando estão em desequilíbrio afetam o sistema como um todo. A terapêutica dessa racionalidade é realizada através de artes marciais, meditação, dietética, acupuntura, entre outras (LUZ e BARROS, 2012), conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1- Comparação das racionalidades médicas

Racionalidades Médicas	Cosmologia	Doutrina médica	Morfologia	Dinâmica vital	Sistema diagnóstico	Sistema terapêutico
Medicina Ocidental Contemporânea	Física Newtoniana (clássica) implícita	Teoria da causalidade da doença e seu combate	Morfologia dos sistemas (macro e micro) orgânicos	Fisiopatologia e fisiologia dos sistemas	Semiologia; Anamnese; exames complementares	Medicamentos, cirurgia, higiene
Medicina Homeopática	Cosmologia Ocidental Tradicional (alquímica) e clássica (Newtoniana) implícita	Teoria da energia ou força vital e seus desequilíbrios nos sujeitos individuais	Organismo material (sistemas) força (ou energia) vital animadora	Fisiologia energética (implícita); Fisiologia dos sistemas; Fisiopatologia do medicamento e adoecimento	Semiologia; Anamnese do desequilíbrio individual. Diagnóstico do remédio e da enfermidade individual	Medicamentos, higiene
Medicina Tradicional Chinesa	Cosmogonia Chinesa (geração do microcosmo a partir do macrocosmo)	Teoria do “Yin-Yang” e dos cinco elementos e seu equilíbrio (harmonia) nos sujeitos individuais	Teoria dos “canais”, meridianos e dos pontos de acupuntura (corpo sutil); Teoria dos órgãos e das vísceras (corpo orgânico)	Fisiologia dos “sopros vitais” (Qi); Fisiologia dos órgãos; Dinâmica yin-yang no organismo e com o meio ambiente	Semiologia; Anamnese do desequilíbrio yin-yang; diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos	Higiene; Exercícios (artes marciais, meditação, etc); dietética, fitoterapia chinesa e acupuntura
Medicina Ayurvédica	Cosmologia indiana (geração do micro-organismo a partir do macro-organismo)	Teoria dos cinco elementos e das constituições humorais (tridosha) nos sujeitos individuais	Teoria dos vários corpos (denso e sutil); Teoria da constituição dos tecidos vitais, dos órgãos e dos sentidos	Fisiologia “energética” (circulação do prana e das demais energias nos “corpos”; Equilíbrio “Tridosha”	Semiologia; Anamnese do desequilíbrio Tridosha, sistema de observação dos oito pontos; Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos	Dialética; Técnicas de eliminação e purificação; Exercícios (Yoga, meditação, etc); Massagens, fitoterapia, medicamentos (vegetais, minerais e animais)
Medicina Antroposófica	Holismo; vitalismo; espiritualismo; setênios; sete astros	Teoria do equilíbrio da vitalidade, sendo resultante do funcionamento integrado das dimensões que compõe a pessoa	Complexidade em níveis de organização dos sistemas e dimensões (trimebração – plano corporal, anímico e espiritual), com complexas funções indissociáveis da dinâmica vital	Lei da polaridade; sete processos da dinâmica vital (respiração, aquecimento, alimentação, segregação, manutenção, crescimento e reprodução); movimento oscilatório; 12 sentidos	Exames físicos e laboratoriais, anamnese, traçar processos de desarmonia, análise dos setênios e do fluxo dos 4 elementos	Intervenção: medicamentos, fitoterapia, massagem rítmica, terapias artísticas e pedagógicas, nutrição, exercícios e meditação, aconselhamento biográfico

Além disto, para compreender a inclusão das PICS nos sistemas de saúde, se torna necessário compreender o termo “Paradigmas em Saúde”. Segundo Kuhn (2011), paradigma em saúde é um aglomerado de princípios, conceitos, teorias e metodologias que norteiam a investigação e a prática científica nessa área; e nesse sentido, de uma forma mais direta, são elementos compartilhados cientificamente e que orientam as práticas em saúde. Os paradigmas em saúde não se tratam de algo estático, e a mudança para um novo geralmente ocorre quando algo no paradigma predominante deixou de funcionar adequadamente.

Na atualidade, as racionalidades médicas citadas anteriormente agrupam-se em dois paradigmas acerca do binômio saúde doença: o Vitalista e o Biomecânico. Esses diferem entre si em conceito e forma de tratar a saúde. O vitalista tem como foco o sujeito doente e a sua relação com o ambiente, na lógica da existência de uma energia vital e da doença advir de seu desequilíbrio. Nessa abordagem, o ser humano é visto de maneira pluridimensional, incluindo abordagens física, vital, emocional, mental e espiritual. Já no modelo, Biomecânico ou Biomédico, o principal foco é a lesão orgânica e seu tratamento, o centro da terapêutica na maioria das vezes é a doença. Neste contexto, na maioria das vezes, o ser humano é segmentado/fragmentado em partes de análises, pesquisas e classificações, a fim de poder atuar de maneira direta, mecânica, através de medicamentos específicos, procedimentos cirúrgicos e/ou investigativos de alta complexidade (CARILLO, 2008).

Segundo Tesser e Barros (2008), os caminhos trilhados pelo modelo Biomédico atual podem levar a diversas consequências, entre elas, o processo de “medicalização social ou iatrogenia cultural”, no qual ocorre um déficit no potencial cultural e autonômico das pessoas em relação ao processo de saúde-doença. Esse déficit é advindo principalmente do fato de que essa racionalidade médica possui “normas” muitas vezes impostas aos usuários através de condutas muitas vezes autoritário-controladoras, atribuídas à visão prática da saúde como ausência de doença e, ainda, abordagens individuais com foco principal no processo de adoecimento. Esse modelo, quando age dessa forma, se contrapõe ao objetivo da saúde pública, alicerçada nos determinantes sociais da saúde, com foco na promoção em aspecto amplo e coletivo.

Para Luz (2007), a saúde na atualidade vivencia um momento de crise, no contexto das desigualdades sociais, atrelados a diversas consequências, entre elas maior prevalência das doenças crônico-degenerativas e diversos mal-estares coletivos, como a violência, acompanhados por ansiedade, depressão, dores, etc. Os cuidados à saúde dos indivíduos,

assim como a sociedade, sofrem constante transformações, neste contexto, as práticas de promoção de saúde, nível ao qual as PICS também estão inseridas, representam construções importantes, com abordagens ampliada de saúde, favorecendo na qualidade de vida dos usuários.

As PICS têm como foco a saúde e não a doença. Com isto, o sujeito é visto de forma singular, considerando sua totalidade biopsíquica. Os profissionais envolvidos buscam atuar de forma humanizada e vitalista, fortalecendo a autonomia dos usuários quanto à terapêutica. Em relação aos tratamentos utilizados, há uma busca constante por meios terapêuticos simples e menos tecnológicos, que atendam com eficácia às situações mais comuns de adoecimento. Dessa forma, as PICS colaboram com um sistema de saúde mais humano, democrático e integral (LUZ, 2007).

1.4 Evidências científicas

A OMS salienta que o uso das PICS no mundo vem crescendo mais do que as pesquisas que comprovam sua validação. Com isso, ela ratifica a importância de buscar estratégias para o equilíbrio destas questões e ressalta principalmente a necessidade de pesquisas avaliativas, que valorizem a eficácia comparativa, padrões e outros fatores qualitativos, considerando que as PICS são um campo ímpar da ciência, e que reforcem, assim como tal, a sua comprovação (WHO, 2014).

Essa falta de evidências, é justamente uma das barreiras que limita a expansão das PICS no Brasil. Isso se fundamenta no modelo hegemônico de saúde, que valoriza mais as evidências científicas quantitativas, com estudos focados em sintomas e patologias, e não em pessoas e no processo singular de adoecimento e cuidado, que seria ideal nesse caso (CANTATORE *et al*, 2015). Adicionalmente, outra barreira enfrentada para a expansão das PICS é a resistência generalizada para implantação de políticas de saúde menos medicalizantes (LUZ, 2007), que também se relaciona à valorização do modelo biomédico curativista.

Assim, com o objetivo de superar o desafio da falta de evidências, Souza e Luz (2011) analisaram criticamente as formas e diretrizes para pesquisas na área das PICS e questionaram se os desenhos atuais são satisfatórios para analisar e validar esse ramo de cuidado. Salientam, os autores, que não desmerecem o valor da ciência ou método atual, mas que colocam em questão limites observados para esse campo da saúde e ratificam a

importância de estudos que analisem formas mais fidedignas para a análise dessas abordagens, que a cada dia estão mais presentes nos sistemas de saúde.

Com objetivo de aprofundar os conhecimentos a respeito dessas questões, Cantatore *et al.* (2015), realizaram uma revisão bibliográfica sobre PICS, encontrando 180 publicações sobre o assunto, entre os anos de 2002 e 2011. Dentre essas, mais da metade foram realizadas no continente europeu, sendo que 47 foram desenvolvidas na Inglaterra, 31 na América Latina (22 publicações brasileiras), 27 na América do Norte, 15 na África e 09 na Ásia. Ao fim do estudo, observou-se que 101 estudos eram relacionados à acupuntura e que, destes, a maioria (59,4%) utilizava uma abordagem quantitativa, o que em seu ver, provavelmente levou à dificuldade em obter resultados mais conclusivos, nesse sentido, grande parte dos trabalhos, orientaram novos estudos para validação dos resultados encontrados.

Neste sentido, Zoorob (2014), realizou uma revisão sistemática de estudos americanos sobre fitoterápicos, yoga, acupuntura e imagens guiadas (uma técnica de relaxamento que envolve a visualização de resultados positivos para reduzir a reação de uma pessoa a provocar ansiedade ou experiências dolorosas). E ao término do seu estudo, defendeu forte evidências da yoga para lombalgia, da acupuntura para dores crônicas (com destaque as dores nas costas, ombros, pescoço e cabeça) e o uso do fitoterápico Erva de São João para depressão maior (com resultados e efeitos colaterais semelhantes aos antidepressivos encontrados no mercado).

Ainda neste sentido, Tesser e colaboradores (2018) analisaram a situação das PICS na APS brasileira através de três aspectos: fomento à pesquisa, grupos/linhas de pesquisas, e publicações. Estes autores observaram um crescimento na diversidade de grupos de pesquisa na área. Contudo, a produção científica nacional ainda é pequena, utilizando-se como referência os artigos constantes na base de dados Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). De 7.243 publicações científicas sobre PICS entre os anos de 2006 e 2016, destas, 69% tinham como descritor “atenção primária em saúde”, ratificando a potente relação das pesquisas em PICS com a APS. Contudo, apenas 285 (3%) destas publicações têm afiliação institucional brasileira. Os autores salientam, adicionalmente, que as PICS concentram em si o importante e estratégico desafio de romper com o monopólio tecnológico da farmacoterapia no cuidado terapêutico da APS, excessivamente medicalizador e iatrogênico, sendo capazes de diversificar as abordagens sobre muitos problemas trazidos

pelos usuários aos profissionais da APS. Com isso são de suma importância estudos na área para ampliar conhecimentos e consequentemente a oferta.

1.5 Institucionalização das PIC no Sistema de Saúde Brasileiro

No contexto mundial, a APS passou a ganhar força, principalmente após a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, no Cazaquistão, em 1978, na qual, ao final do evento, foi redigido um documento conhecido como “Declaração de Alma Ata”, que enfatiza a saúde enquanto direito humano e retifica a grande relevância dos serviços de APS no mundo (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Da mesma forma, as primeiras recomendações para a implantação das PICS nos sistemas de Saúde foram feitas pela OMS por ocasião da Conferência de Alma Ata, quando também criou o “Programa de Medicina Tradicional”, como era chamado à época, na busca de formulação de políticas em defesa desses conhecimentos, com foco na APS (WHO, 2001).

A PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) é um instrumento normativo que visa à reorganização da APS no Brasil, juntamente à outras políticas, entre elas, a de Promoção da Saúde. Na Política de promoção da Saúde (PNPS), o elemento principal é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que busca a expansão, qualificação e consolidação dos cuidados primários. Para isso, alicerçam na reorientação do processo de trabalho, baseada nos princípios, diretrizes e fundamentos da APS, com objetivo de ampliar a resolutividade e impactar positivamente na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Para alcançar essas metas, o ponto chave é o estabelecimento de uma Equipe de Atenção Básica (EqAB) multiprofissional (Equipe de Saúde da Família – eSF) com área de abrangência pré-estabelecidas de acordo com a população, composta por: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico enfermagem e agentes comunitários de saúde, e pode ser acrescida de outros profissionais: como de Saúde Bucal (cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico de saúde bucal) e ainda, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2012).

O NASF representa uma composição de equipe multiprofissional que busca atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das eSF, EqAB e populações específicas, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como a

resolubilidade e a integralidade do cuidado aos usuários do SUS. Todo município brasileiro pode requerer esse suporte assistencial, desde que tenha ao menos uma eSF, o que vai variar de um município para o outro é a modalidade a ser implantada, de acordo com a quantidade de EqAB a serem assistidas e quantidade de horas de trabalho necessário por parte dos profissionais. Diversos profissionais poderão compor os NASF: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico especialista em Clínica Médica, Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissionais especialistas em saúde pública ou coletiva. Essa composição é definida pelos gestores municipais e eSF e deve considerar os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades do território e das EqAB que serão apoiadas (BRASIL, 2012).

A promoção de Saúde constitui um conjunto de propostas, idéias e práticas, que partem de uma ampla concepção do processo saúde doença e dos determinantes sociais, e propõe a articulação de saberes técnicos, populares e a mobilização de recursos comunitários e institucionais (públicos e privados) para enfrentamento e resolução. Esse modelo é visto como de ótimo custo/benefício para o sistema e a cada dia ganha mais visibilidade na saúde pública (BUSS, 2000). De acordo com a OMS, as PICS devem ocorrer preferencialmente na APS e estão diretamente relacionadas com a PNPS, e a oferta desses serviços para os usuários do SUS compreende um contexto muito favorável, com a ampliação do acesso e a qualificação da assistência, envolvendo a humanização e a integralidade de atenção à saúde dos indivíduos, com o direito de escolha pela terapêutica preferida por parte do usuário (SANTOS; TESSER, 2012). No Brasil, a institucionalização e a legitimação das abordagens dos cuidados tradicionais à saúde tiveram início na década de 1980, com seu principal marco na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que em seu relatório final orientou que o sistema de saúde a ser criado contemplasse a “Introdução de Práticas Alternativas de Assistência à Saúde” no âmbito dos serviços, possibilitando ao usuário o acesso democrático e a possibilidade de escolher a terapêutica” (BRASIL, 2006).

Dessa forma, a visibilidade dessas práticas começara a ganhar espaço após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. Como resultado, diversos relatórios, portarias, documentos e eventos nacionais contribuíram na trajetória de implantação das PICS no

SUS, destacando os esforços de regularizar a homeopatia, a acupuntura e a fitoterapia (BRASIL, 2006).

Nos anos seguintes à criação do SUS, com a incansável influência da população, grupos de trabalhadores e diversos atores sociais, a visibilidade cresceu ainda mais e iniciou-se um processo de inserção desses serviços “regularizados” na tabela de procedimentos e serviços no sistema de informação do SUS. Neste intuito, expandiram-se convênios com instituições envolvidas no assunto e cresceram as reuniões entre diversos grupos empenhados em elaborar projetos e políticas para a área (BRASIL, 2006).

Na 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996, ocorreu a incorporação das práticas de acupuntura, homeopatia e fitoterapia ao SUS, descritas em seu relatório final, já em 2003, na ocasião da 12ª Conferência Nacional de Saúde, ocorreu uma discussão e proposição das de uma política específica para esse tipo de cuidado em saúde. No entanto, foi apenas em 2006 que, através da portaria 971/2006, consolidou-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), sob responsabilidade do Departamento de Atenção Básica (DAB). Esta política teve por objetivo formalizar essas práticas, que já vinham acontecendo no sistema de saúde, e atender às necessidades da população brasileira, de acordo com as orientações da OMS (BRASIL, 2015). Com a aprovação da PNPIC, alicerçada pela PNAB, foram formalizados no SUS os seguintes serviços: a MTC, a Homeopatia, a MA, a Fitoterapia e o Termalismo Social ou Crenoterapia (BRASIL, 2006).

A história de integralização das PICS no SUS é semelhante a história do próprio sistema de saúde e ainda da APS. A APS por sua vez, é considerado o nível mais importante de assistência e alvo de grande interesse público, nesse sentido, o MS na busca de melhorias desse nível assistencial, elaborou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que, por sua vez, contribuiu com diversas informações, entre elas, a descoberta de outras modalidades de PICS na APS, além das definidas pela PNPIC. Nesse contexto, com objetivo de formalizar essas ações, em 2017 foi promulgada a portaria 849/2017, na qual incluía a oferta de outras quatorze PICS à PNPIC (BRASIL, 2017a) e, no ano seguinte, a portaria 702/2018, que inseriu outras dez práticas à PNPIC (BRASIL, 2018). A síntese que abrange os processos de inserção das PICS no SUS está sintetizada no quadro a seguir:

Quadro 2 Institucionalização das PICS no SUS

ANO	ACONTECIMENTO
1978	Em Alma-Ata a OMS foi criado o Programa de Medicina Tradicional, com objetivo de formular políticas em defesa dos conhecimentos tradicionais em saúde.
1986	Ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco para a visibilidade das PICS no SUS, visto que resultou em seu relatório final na recomendação da "Introdução de Práticas Alternativas de Assistência à Saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica".
1990	Criação do SUS.
1996	Ano da 10ª Conferência Nacional de Saúde que aprovou em seu relatório final a incorporação ao SUS das "Terapias Alternativas e Práticas Populares", que incorporavam a fitoterapia, acupuntura e homeopatia.
1999	Inclusão das consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA - SUS).
2003	Ano da 12ª Conferência de Saúde que em seu relatório final delibera a efetiva inclusão das PICS no SUS (documento importante para a elaboração da atual PNPIC).
2006	Publicação das portarias 971/2006, instituindo a PNPIC e a inclusão de algumas práticas na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES de Informações do SUS.
2017	Publicação da portaria nº 849/2017, que insere outras 14 práticas à PNPIC, sendo elas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga.
2018	Publicação da portaria 702/2018, que insere outras 10 PICS à PNPIC: aromoterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia, terapia de florais e ampliação das diversas formas de medicina antroposófica e termalismo social/ crenoterapia, práticas já inseridas em 2006.

Fonte: Elaborado pela autora com base em BRASIL, 2006; BRASIL, 2017a; BRASIL, 2018.

A PNPIC veio com o objetivo de formalizar as PICS no SUS. Contudo, ainda manteve diversas lacunas que podem contribuir negativamente quanto à visibilidade e expansão desses serviços, entre elas uma vaga definição dos profissionais aptos a ofertar

os serviços, e, ainda, a ausência de definição de financiamento individualizado para boa parte deles (BRASIL, 2006). O MS definiu repasses específicos para os serviços de acupuntura no bloco da Média e Alta Complexidade. Em contrapartida, os demais procedimentos ofertados não geram recursos por produção e o pagamento é realizado pelo Piso de Atenção Básica (PAB) municipal, no qual fica a cargo do gestor local aplicá-los de acordo com a demanda e prioridade (BRASIL, 2016).

Após dez anos da PNPIC, em 2018, o Ministério da Saúde sistematizou o “Manual de Implantação de Práticas Integrativas e Complementares”, com o objetivo de sugerir aos gestores do SUS um modelo de plano de implantação dessa modalidade assistencial. Esse manual é dividido em três capítulos: Fases de implantação e desenvolvimento das PICS no SUS; e Avaliação, Monitoramento e Financiamento, com o objetivo de facilitar o desenvolvimento dessas práticas de cuidado. Há ainda uma descrição dos passos necessários para o cadastramento desses serviços. O manual não se trata de um modelo rígido e obrigatório, mas sim de um direcionamento, e os municípios poderão ajustá-lo às suas necessidades, especificidades e realidade do território. Quanto ao financiamento e à capacitação profissional, perduraram-se as lacunas. Mantém um financiamento específico apenas para os serviços de acupuntura e acrescenta que os procedimentos de consulta médica ou de profissional de nível superior (exceto médico) são financiados como “consultas”, que os medicamentos fitoterápicos que constam na Relação Nacional de Medicamentos (Rename), e que todos os medicamentos homeopáticos podem ser financiados a partir do componente da assistência farmacêutica básica, segundo a Portaria/533, de 28 de março de 2012 (BRASIL, 2018).

Monteiro (2012), em uma revisão sistemática sobre PICS no Brasil entre os anos de 2000 e 2012, com objetivo de contribuir com a divulgação dessas práticas, demonstrou que apesar do interesse que elas vêm despertando na sociedade, e de ser uma área que beneficia a qualidade de vida e a promoção da saúde, ainda são poucos os serviços que oferecem esse tipo de atenção, os investimentos em estudos e pesquisas são limitados, a formação de profissionais se dá na maioria das vezes por uma busca pessoal e a informação e divulgações são limitadas ao ambiente de exercício das práticas.

Conforme já citado, de acordo com a OMS, a oferta de PICS vem crescendo em todo mundo (OMS, 2014). No entanto, o conhecimento da oferta de PICS pelas EqAB/ serviços no Brasil, através do SUS foi limitado. Assim, quando disponíveis, os estudos restringiam-se a análises realizadas em municípios/ estados específicos. No entanto, em relação aos estabelecimentos de saúde, foi encontrado um estudo nacional desenvolvido

por Souza e colaboradores (2012) através de dados do CNES. Esse estudo demonstrou que pouco mais de 450 estabelecimentos públicos ofertavam PICS em 2007 e que esse número teve um crescimento expressivo quatro anos após: em 2011 já eram mais de 3.100 estabelecimentos em todo o país. Em dados recentes do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) e do CNES, em 2016, 8.200 (19,0%) UBS ofertavam PICS no país, distribuídas em mais de três mil municípios. Assim, foram realizados mais de dois milhões de atendimentos individuais e mais de duzentos mil coletivos nesse referido ano, com destaque para algumas questões específicas, de acordo com os usuários, como o controle de hipertensão e tosse, reabilitação física e restabelecimento/ manutenção da saúde mental (BRASIL, 2017b).

Com objetivo de conhecer a situação das PICS, seus problemas e estratégias de enfrentamento, Tesser e colaboradores (2018) realizaram um estudo no qual analisaram bancos de dados, legislação, normas e relatórios governamentais, confrontando-os com o primeiro inquérito telefônico nacional independente sobre oferta de PICS, realizado em 2015. Este inquérito foi dirigido aos gestores municipais do SUS. Nele, foram contatados 95% dos municípios do país, dos quais 1.617 responderam. Como resultado, 432 municípios ofertavam PICS entre 2015 e 2016, 80% ocorriam na APS; as práticas corporais, uso de plantas medicinais, acupuntura e homeopatia eram as mais utilizadas. Contudo, o estudo destacou que há pouca regulamentação nacional da formação e prática em PIC e que a maioria dos praticantes são profissionais convencionais da APS, que buscaram formação por iniciativa própria, desempenhando papel de destaque na (pouca) expansão das práticas. Este estudo faz também uma crítica aos dados oficiais, que indicam que as PICS estão presentes em cerca de 20% das EqAB, em 56% dos municípios, uma vez que o inquérito telefônico encontrou oferta em apenas 8% deles.

Na busca de compreender a inserção das PICS no SUS e a integração com a APS, Souza e Tesser (2017) realizaram um estudo, baseado em dados institucionais, artigos indexados e estudos de caso de cinco municípios brasileiros: São Paulo, Campinas (São Paulo), Florianópolis (Santa Catarina), Recife e Rio de Janeiro; e observaram quatro tipos de inserção desses serviços no SUS, que podem ser associados ou não: Tipo 1 (Integrada) – práticas que são desenvolvidas na APS via profissionais das EqAB; Tipo 2 (Justaposta), realizadas via profissionais de exercício exclusivo como acupunturistas e homeopatas; Tipo 3 (Matriciada) – desenvolvidas por equipes de NASF; e Tipo 4 (sem integração) – realizada em serviços especializados. Baseados nos achados, ao final do estudo salientaram

que a combinação de oferta viável para o crescimento e a integração desses serviços na APS trata-se da união de equipes Integradas e Matriciadas (SOUSA; TESSER, 2017).

Em estudo de Azevedo e Pelicioni (2012) com objetivo de conhecer as experiências com a formação de profissionais nessa área com perfil para atuarem no SUS, indicou que os profissionais viam as PICS como uma estratégia de revitalização do sistema de saúde e de mudança no padrão biologizante e medicalizante do cuidado e da promoção da saúde. Eles consideravam também, no entanto, que há um certo despreparo político e técnico dos profissionais da saúde para atuarem com PICS no SUS. Nesse sentido, o estudo reforçou que é necessário fomentar um processo educativo que forme profissionais das PICS em sintonia com as diretrizes do SUS e com os princípios da Saúde Coletiva.

Neste sentido, o MS iniciou um processo de fortalecimento e formação dos profissionais da estratégia Saúde da Família considerando a necessidade de ampliar e fortalecer a oferta de PICS nos serviços de saúde. Dessa forma, segundo dados do DAB, no período de 2014-2016, foram ofertadas cerca de 17.500 vagas em processos formativos, com destaque para as áreas de fitoterapia e MTC, especialmente a auriculoterapia (BRASIL, 2017b).

2 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

O PMAQ-AB foi instituído pela Portaria nº 1.654/ 2011 e trata-se de um programa nacional e estratégico do MS cujo objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS oferecida aos cidadãos, através da observação e verificação de documentos das UBS e entrevistas com profissionais de saúde e usuários dos estabelecimentos avaliados. Os serviços de saúde podem aderir ao programa de forma voluntária. No decorrer do processo as EqAB são analisadas na busca de estabelecer parâmetros de comparação entre elas. Após essa avaliação, são estipuladas metas e instituídos pagamentos por cumprimento das mesmas, de forma a incentivar gestores e EqAB na busca por melhorias constantes da assistência. O processo de avaliação é cíclico e está subdividido em quatro etapas: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2012b).

Na primeira etapa, os gestores municipais, em conjunto com os gestores locais e os trabalhadores, contratualizam as EqAB que vão aderir ou não ao programa, e estabelecem metas e compromissos a serem cumpridos (BRASIL, 2015).

Fato importante para o andamento da segunda fase do programa, ocorre então o desenvolvimento de ações conjuntas que visam a alcançar mudanças na gestão do cuidado, a ser implementado pelas EqAB e pelos gestores municipais, estaduais e pelo MS. O desenvolvimento das ações dessa fase é transversal e envolve todo ciclo de avaliação, e conta com quatro eixos importantes para sua composição:

- 1) Autoavaliação: nesse eixo, as EqAB devem promover processos para avaliarem sua própria prática assistencial, e para isso podem optar por utilizar o instrumento padrão desenvolvido pelo MS ou outro à sua escolha, podendo inclusive desenvolver o seu próprio instrumento de autoavaliação. O objetivo desse processo é estabelecer a cultura da avaliação e do reconhecimento pelas EqAB da importância de pontos positivos e negativos de sua atuação, buscando o estímulo à melhoria contínua;
- 2) Monitoramento: consiste em um processo contínuo de acompanhamento e avaliação dos parâmetros dos indicadores contratualizados, garantindo que as informações produzidas a partir das práticas das EqAB possam subsidiar a sua tomada de decisão para o planejamento das ações de cuidado. Com isso, nesse eixo, destaca-se a necessidade e importância da implantação de ferramentas de gestão da

informação, para que as EaAB tenham como registrar as atividades desenvolvidas e para que tenham condições de, mais à frente, utilizá-las no planejamento;

- 3) Educação permanente: compreendida como um processo com objetivo além de pedagógico, a educação permanente é uma estratégia de apoio à gestão do cuidado pelas EqAB, na medida em que se orienta pelas demandas e necessidades dos profissionais e busca garantir a aquisição e o aprimoramento de conhecimentos e habilidades que estejam relacionados com o cotidiano das EqAB e suas necessidades;
- 4) Apoio institucional: visa a fornecer suporte gerencial junto às EqAB, atuando para a melhoria de processos, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Nesse processo existe a figura do apoiador institucional, que tem como função principal aproximar os profissionais responsáveis pela assistência ao usuário e a gestão, no qual considera o propósito de avaliação integrada para melhoria do acesso e da qualidade. O apoio institucional é importante na medida em que auxilia as EqAB no planejamento, fornecendo apoio técnico, visando alcançar as metas contratualizadas e a promover melhoria contínua da assistência prestada aos usuários (BRASIL, 2011).

Já a terceira fase, denominada de avaliação externa, por sua vez é realizada pelo DAB e pelas instituições de ensino e/ou pesquisa (IEPs) de todo o país. Nessa etapa, um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados pelos IEPs, irá aplicar, in loco, instrumentos para a verificação de padrões de acesso e de qualidade alcançados pela gestão e EqAB. São realizadas observações de condições de funcionamento e infraestrutura das UBS, entrevistas com os profissionais e usuários e verificação de documentos e informações alimentadas previamente no módulo eletrônico. Essa etapa tem um peso muito importante na certificação de desempenho das EqAB. A avaliação externa é estruturada em quatro módulos de avaliação:

- Módulo I - Observação na UBS, objetiva avaliar as características estruturais e de ambiência, bem como os equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis.
- Módulo II - Entrevista com o profissional da EqAB e verificação de documentos na UBS, objetiva verificar as ações para a qualificação dos profissionais das EqAB, assim como obter informações sobre processos de trabalho e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

- Módulo III - Entrevista com o usuário na UBS, visa a verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere a sua utilização e seu acesso.
- Quando as UBS possuem equipes de NASF ou Saúde Bucal, realizam uma avaliação adicional, os módulos I, II e II foram adaptados em outros dois instrumentos para essa análise específica.
- Módulo eletrônico: um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III. Essas informações são importantes para o processo e devem ser respondidas pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica – SGDAB (BRASIL, 2015b).

O instrumento que compreende todas as etapas da avaliação externa é constituído por 893 itens, denominados padrões de qualidade, que avaliam múltiplos aspectos da APS. Esses padrões de qualidade serão, posteriormente, agrupados em uma matriz de pontuação, dividida em cinco dimensões, compostas por 34 subdimensões. A escolha da composição de cada uma das subdimensões, bem como a relevância do item para avaliação e a consequente pontuação, foi feita por técnicos do MS e pelos conselhos de saúde, tendo como base a relevância técnica, estratégica e política (BRASIL, 2011).

Figura 1 – Subdimensões para certificação das EqAB

DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES		RELEVÂNCIA	PERCENTUAL DA CERTIFICAÇÃO
DIMENSÃO I – Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica (Peso = 10)	I.1	Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe	1	1,8
	I.2	Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica	3	5,3
Subtotal	-	-	4	7,0
DIMENSÃO II – Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS (Peso = 15)	II.1	Funcionamento da Unidade de Saúde	1	0,8
	II.2	Características Estruturais, Ambiência e Sinalização da UBS	2	1,5
	II.3	Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na UBS	3	2,3
	II.4	Informatização, Conectividade e Telessaúde	2	1,5
	II.5	Medicamentos Componentes da Farmácia Básica	3	2,3
	II.6	Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde	2	1,5
	II.7	Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde	1	0,8
Subtotal	-	-	14	10,5
DIMENSÃO III – Valorização do Trabalhador (Peso = 15)	III.1	Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica	2	1,9
	III.2	Educação Permanente	3	2,9
	III.3	Gestão do Trabalho: Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo	3	2,9
	III.4	Plano de Carreira e Remuneração Variável	3	2,9
Subtotal	-	-	11	10,5
DIMENSÃO IV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho (Peso = 50)	Gestão do Processo de Trabalho e Acesso			
	IV.1	População de Referência da Equipe de Atenção Básica	2	1,9
	IV.2	Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica	2	1,9
	IV.3	Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica	2	1,9
	IV.4	Organização dos Prontuários na unidade básica de saúde	2	1,9
	IV.5	Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade	3	2,9
	Subtotal		11	10,5
	Atenção à Saúde			
	IV.6	Acolhimento à Demanda Espontânea	4	3,8
	IV.7	Saúde da Mulher e da Criança	2	1,9
	IV.8	Condições Crônicas (Obesidade, Tuberculose e Hanseníase)	4	3,8
	IV.9	Saúde Mental	4	3,8
IV.10	Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	4	3,8	
IV.11	Promoção da Saúde	2	1,9	
DIMENSÃO V – Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário (Peso = 10)	IV.12	Participação do Usuário e Controle Social	2	1,9
	Subtotal		22	21,9
	Áreas Específicas (Soma-se à Atenção à Saúde)			
	IV.13	População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas	3	0,9
	IV.14	Programa Saúde na Escola	3	0,9
	IV.15	Práticas Integrativas e Complementares	6	1,8
Subtotal		12	3,5	
Subtotal	-	-	45	35,5
DIMENSÃO V – Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário (Peso = 10)	V.1	Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde	4	1,3
	V.2	Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado	4	1,3
	V.3	Acolhimento à Demanda Espontânea	2	0,7
	V.4	Saúde da Mulher e da Criança	4	1,3
	V.5	Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)	4	1,3
	V.6	Satisfação e Participação do Usuário	3	1,0
Subtotal	-	-	21	7,0
TOTAL	-	-		70,0

Fonte: Brasil (2015)

Após definir as pontuações, a etapa seguinte é a certificação das EqAB, sendo que para isso são considerados três componentes:

- Implementação de processos auto-avaliativos (10%);
- Avaliação dos indicadores contratualizados (30%);
- Avaliação externa (60%) (BRASIL, 2015).

O processo de certificação das EqAB tem importância fundamental para o PMAQ-AB e para saúde pública no geral pois, além de ser um marcador do nível de acesso e qualidade da assistência prestada ao usuário, também tem relação direta com o repasse financeiro atribuído às EqAB participantes do programa. Em relação ao repasse financeiro, ao se inscreverem no PMAQ-AB os municípios passam a receber o chamado PAB Variável, que pode ser incrementado em função da classificação das EqAB na certificação do programa (BRASIL, 2011).

No processo de certificação, as EqAB são diferenciadas entre quatro grupos:

I - Desempenho insatisfatório: serão classificadas nesse nível quando a EqAB não cumprir com os compromissos referentes ao PMAQ-AB, previstos na Portaria GM/MS nº 1.645, de 01 de outubro de 2015, e assumidos no Termo de Compromisso firmado no momento da contratualização ao programa e com as diretrizes e normas da PNAB, previstas na Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Ou ainda, quando o resultado alcançado for menor do que - 1 (menos um) desvio padrão da média do desempenho das EqAB contratualizadas em seu estrato. As EqAB com tais características são desclassificadas e deixam de receber o Componente de Qualidade;

II - Desempenho regular: quando o resultado alcançado pelas EqAB for menor do que a média e maior ou igual a - 1 (menos um) desvio padrão da média do desempenho das EqAB em seu estrato; e recebem 20% do Componente de Qualidade;

III - Desempenho bom: quando o resultado alcançado pelas EqAB for maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das EqAB em seu estrato. As EqAB aqui enquadradas ampliam o recebimento do Componente de Qualidade para 60%;

IV - Desempenho ótimo: quando o resultado alcançado pelas EqAB for maior do que +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das EqAB em seu estrato, com um desempenho muito acima da média, no que ampliam o recebimento do Componente de Qualidade para 100% (BRASIL, 2015).

Em relação aos estratos utilizados para certificação, acima citados, estes referem-se a um procedimento de estratificação dos municípios considerando aspectos sociais, econômicos e demográficos, com objetivo de amenizar as desigualdades existentes entre eles e assim garantir maior comparabilidade entre as diversas EqAB participantes do PMAQ-AB no processo de certificação. Para isso, foi elaborado um índice variável de zero a seis, composto pelos seguintes indicadores de nivelamento:

- 1 - Produto Interno Bruto (PIB) per capita (peso 2),
- 2 - Percentual da população com plano de saúde (peso 1),
- 3 - Percentual da população com Bolsa Família (peso 1),
- 4 - Percentual da população em extrema pobreza (peso 1),
- 5 - Densidade demográfica (peso 1) (BRASIL, 2012b).

Após a estratificação dos municípios, o resultado foram seis estratos de classificação dos municípios, conforme apresentado abaixo:

Quadro 3 Estratos de classificação dos municípios e posterior certificação das EqAB participantes do PMAQ-AB:

Estrato	Crítérios da Estratificação
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Após o processo de certificação, ocorre a reconstrução, com base na avaliação de desempenho de cada EqAB; nessa etapa, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados já alcançados. O processo busca ainda identificar tendências que nortearão a construção de novas estratificações que levem em consideração a realidade das regiões, a área de localização das UBS e outras questões que aumentarão a possibilidade de comparações mais equitativas. Ao mesmo tempo, o desempenho das EqAB poderá ser comparado não somente com as demais, mas também com a sua evolução, assegurando que o esforço empreendido pelos gestores e trabalhadores possa ser considerado no processo de certificação.

O PMAQ-AB conta com dois ciclos de avaliação finalizados, nos quais foram avaliadas as EqAB, incluindo as eSF, Equipes de Saúde Bucal e NASF. O primeiro ciclo ocorreu entre 2011 e 2012, e avaliou 17.482 EqAB, já o segundo ciclo ocorreu entre 2013 e 2014, e avaliou 29.779 EqAB; o terceiro ciclo ocorreu em 2017 – 2018 e foram homologadas 42.978 EqAB (BRASIL, 2012). O banco de dados do terceiro ciclo ainda está em fase de construção.

As PICS se fizeram presentes nos dois ciclos do PMAQ-AB; no primeiro ciclo, eram ofertadas por 3.209 (18,4%) das EqAB avaliadas e no segundo ciclo por 5.666 (19%). Foram abordadas de diferentes formas: o módulo I do programa contém informações relativas às UBS (estrutura/ ambiência) e seus insumos e materiais para realização das PICS; o módulo II contém informações sobre oferta e a descrição desses serviços, ações das EqAB em educação popular junto à comunidade e desenvolvimento de ações de educação permanente pela gestão (BRASIL, 2013).

A ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, social e profissional e de relações interpessoais do serviço de saúde, com o objetivo de proporcionar uma atenção de qualidade, integrativa, acolhedora, resolutiva e humana. Dessa forma, a APS exige compromisso com a ambiência e seus três eixos norteadores. O primeiro eixo visa conforto e abrange elementos que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, tais como a cor, o cheiro, o som e a iluminação, que, em equilíbrio, podem criar ambiências acolhedoras aos usuários e trabalhadores, contribuindo significativamente no processo de produção de saúde. O segundo eixo visa a produção de subjetividades e envolve o encontro de sujeitos – usuários, trabalhadores e gestores, os quais se utilizam do espaço físico para refletir e agir sobre o processo de trabalho e estabelecer ações a partir da

integralidade e da inclusão. Já o terceiro e último eixo visa a uma estrutura física eficaz tanto para os profissionais, bem como para os usuários, considerando-a uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho e assistência (BRASIL, 2013). O PMAQ-AB se tornou referência para avaliação da APS, com destaque para análise de questões relacionadas a condições de ambiência/estrutura, este que, por sua vez, realiza uma ampla avaliação nacional dessas questões, do processo de trabalho e dos resultados na APS, na busca de contemplar todos os serviços ofertados nesse nível, assim como os serviços de PICS (BRASIL, 2012b).

Lemos *et al* (2014) ressalta, após uma análise de revisão sistemática sobre o uso de PICS no trabalho de parto, a necessidade de estruturas físicas adequadas, assim como insumos necessários para o desenvolvimento e crescimento dessas atividades nos serviços de saúde. Contudo, não foram encontrados estudos que relacionem a oferta dessa modalidade assistencial à estrutura dos serviços.

2.1 Estrutura das Unidades Básicas de Saúde no Brasil

De acordo com Donabedian (1988), uma boa estrutura dos serviços pode aumentar a chance de um bom processo de trabalho dos profissionais de saúde e, por conseguinte, de resultados mais positivos à saúde dos usuários. Contudo, pouco se sabe sobre essas relações e sobre a qualidade dos serviços de APS no Brasil.

O Ministério da Saúde lançou em 2008 o ‘Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde’ nomeado ‘Saúde da Família 7’, o qual tem como objetivo orientar os profissionais e gestores municipais de saúde no planejamento, programação construção e ampliação das UBS e até mesmo a escolha de imóveis para aluguel neste sentido. Este manual propõe que a estrutura física das UBS não seja um fator que dificulte as mudanças das práticas em saúde por parte das EqAB; e que possam acolher as demandas das comunidades, garantido assim a continuidade dos cuidados na perspectiva da ambiência. Esse manual – 7 – segue os princípios da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 50/ANVISA/fevereiro/2008, que dispõe sobre a regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS). O Manual 7 define que a estrutura física mínima (para uma EqAB) é composta por mais de vinte compartimentos estruturais, conforme pode ser consultado no mesmo (BRASIL, 2008).

Após o lançamento do PMAQ-AB, que trouxe a análise de estrutura, estudos nessa área tiveram um importante crescimento. Entre eles, o estudo de Bousquat e colaboradores (2017), no qual utilizaram de dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB com objetivo de avaliar a estrutura das UBS. Nesse sentido, elaboraram uma tipologia, utilizando 29 variáveis agrupadas em cinco dimensões, na qual foram consideradas essenciais para uma atenção resolutiva, acessível e de qualidade: tipo de EqAB, elenco profissional, turnos de funcionamento, serviços disponíveis e infraestrutura. Após devidas pontuações, com base na tipologia, as UBS foram agrupadas de acordo com o seu escore final, em cinco grupos, da melhor para a pior situação de estrutura: A, B, C, D, E (referência, regular, restrita, rudimentar e reprovada). Os resultados mostram que apenas 4,8% das UBS do país obtiveram o escore máximo, classificadas como unidades A (referência), as únicas que não demonstraram carência de equipamentos e insumos. E ainda, que as unidades classificadas como D e/ou E respondem por quase um terço das unidades da Região Norte. E que dois terços das unidades A estão situados no Sul e Sudeste.

Nesse sentido, estudo de Cavalcanti e colaboradores (2015) buscou analisar os cinco principais desafios na APS brasileira, na visão das gestões municipais de saúde, através de dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB. Esses autores demonstraram que, entre esses desafios, encontra-se a baixa qualidade de estrutura, visto que a maioria das UBS demonstraram não possuir padrões elementares para um bom funcionamento, com poucos ambientes de acordo com o que é recomendado pelo MS. Apesar de ratificarem a importante ampliação na AB nos últimos tempos, ressaltam que ainda há um longo caminho a ser percorrido para resolver as questões observadas, com destaque para as unidades classificadas nos estratos menos favorecidos do PMAQ-AB.

Estudo realizado por Tomasi e colaboradores (2015) utilizou-se de dados do PMAQ-AB (2012 – 2013), na busca de descrever e analisar a prevalência de estrutura adequada nas UBS brasileiras e o processo das EqAB na prevenção de câncer de colo do útero na APS do Brasil. De 38.812 UBS e 17.202 EqAB, a prevalência da adequação de estrutura foi de 49% e 30 %, respectivamente. Sendo que a melhor estrutura e o melhor processo de trabalho estiveram associados aos municípios de maior porte populacional, índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e número de eSF.

Nesse sentido, Neves e colaboradores (2018) realizaram um estudo através dos Ciclos I e II do PMAQ-AB, com objetivo de estudar/descrever a estrutura necessária ao atendimento às pessoas com diabetes mellitus na APS. Foram utilizadas variáveis relacionadas à estrutura física, materiais patrimoniais e medicamentos disponíveis. As UBS

foram pontuadas em sim ou não, recebendo a nota máxima as UBS que disponibilizassem todos os quesitos solicitados. E concluíram que houve um avanço na estrutura das UBS entre os dois ciclos, porém foram encontradas baixa prevalência de UBS com estruturas adequadas. E ainda, observaram uma maior prevalência de UBS com estruturas adequadas em municípios com mais de 300 mil habitantes e melhor IDH.

Outros estudos sobre a estrutura das UBS podem ser encontrados na literatura, como o estudo de Turci e colaboradores (2015), realizado em Belo Horizonte entre enfermeiros e gerentes das UBS com objetivo de avaliar o desempenho da APS através dos atributos de saúde; para isso utilizou um questionário nomeado de PCATool (Primary Health Care Assessment Tool). Como resultados, observaram que os fatores associados à melhor performance da APS, ao final do estudo, foram: disponibilidade de equipamentos e outros insumos, formação dos profissionais em saúde da família, presença do médico por mais de 30 horas semanais e quatro ou mais EqAB por UBS. Estes dados revelaram a importância das questões estruturais (sistemas logísticos adequados, formação da eSF) e organizacionais (médico em tempo integral, número de eSF por UBS) na melhoria da performance da APS e na melhoria da qualidade dos serviços.

Estudo realizado por Pedrosa e colaboradores (2011), realizado em Cuiabá, Mato Grosso, com objetivo de analisar a influência da infraestrutura nas práticas assistenciais dos enfermeiros que atuam na APS, através de entrevistas abertas e gravadas, concluiu que os enfermeiros consideram que as deficiências na estrutura física comprometem suas práticas, visto que limitam a realização de ações além das preconizadas pelo modelo biomédico, desrespeitam o usuário e inviabilizam a realização de uma assistência com resolutividade. Os equipamentos adequados e com uma correta manutenção influenciam boas práticas do enfermeiro, visto que o desgaste gerado por contínuas cobranças aos gestores para sua manutenção e reposição atrapalha o andamento dos serviços; a falta de materiais e insumos impedem o desenvolvimento de cuidados clínicos adequados. Dessa forma, fica notória a necessidade de adequação da estrutura física e de melhoria na disponibilidade e manutenção de equipamentos e insumos para uma assistência de qualidade aos usuários.

Ainda neste contexto, estudo realizado por Modes e Gaíva (2013) em Cuiabá - Mato Grosso, com objetivo de conhecer a estrutura das UBS que atendiam crianças menores de um ano de idade, na ótica de médicos e enfermeiros, onde foram aplicados questionários aos profissionais de forma aleatória, demonstrou como resultado uma avaliação negativa por parte deles às estruturas físicas das UBS, como a falta de espaços

adequados e materiais de uso diário para cuidado em saúde, afetando assim a resolubilidade do serviço.

É possível encontrar ainda estudos que analisam a estrutura através de outras vertentes, como o realizado por Neto e colaboradores (2016) na busca de compreender o contexto de infraestrutura em que atuam os profissionais do programa Mais Médicos; para isso utilizou-se uma escala pré-estabelecida para análise de infraestrutura de UBS através de seis níveis de complexidade, observando assim que 65,2% das UBS que receberam os médicos do programa encontravam-se em uma estrutura considerada mediana, e ainda que a correlação indica que há uma tendência de que municípios com baixo IDH municipal tenha UBS mais precárias. Por meio de regressão inferiram que o fator que mais contribui para o aumento do indicador de infraestrutura das UBS é a renda média municipal. Por outro lado, o fator que afeta negativamente a infraestrutura das UBS é o fato de estar localizada na região Norte ou Nordeste.

2.2 Práticas Integrativas e Complementares e PMAQ - AB

As PICS se fizeram presente nos dois ciclos do PMAQ-AB. No primeiro ciclo, eram ofertadas por 3.209 (18,4%) das EqAB avaliadas e no segundo ciclo por 5.666 (19,0%). As abordagens ocorreram de diferentes formas entre os módulos: o módulo I do programa contém informações relativas às UBS e seus insumos e materiais para realização das PICS; já o módulo II, no qual são abordadas as EqAB, contém informações sobre oferta e a descrição desses serviços, ações das EqAB em educação popular com a comunidade e desenvolvimento de ações de educação permanente pela gestão (BRASIL, 2013).

Entre os estudos sobre PICS e PMAQ-AB, encontra-se o estudo realizado por Teixeira e colaboradores (2014), no objetivo de analisar as práticas de promoção de saúde no Brasil a partir de dados do PMAQ-AB no ano de 2012. Foram estudadas 17.202 EqAB por quatro diferentes eixos: Ações Comunitárias; Ambientes Saudáveis; Habilidades Pessoais e Reorientação de Serviços (nesse último encontravam as PICS). E demonstrou-se que 19,0 % das EqAB ofertavam as PICS, com maior proporção na região sudeste (25%).

Estudo realizado por Fausto e colaboradores (2014) buscou analisar a posição da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de APS, na perspectiva das eSF (16.566) e usuários participantes do PMAQ-AB -2012 (62.505). E demonstrou-se que as eSF atuam cada vez mais como porta de entrada dos serviços, atendendo à demanda da população, e

servem como filtro para a atenção especializada. Contudo, persistem importantes barreiras organizacionais para um melhor resultado da estratégia, destacando-se questões relacionadas ao acesso, à ordenação dos fluxos, à integração da APS à rede e um elo entre a coordenação da APS e à atenção especializada. As equipes de NASF, por exemplo, especializadas em oito diferentes áreas, entre elas as PICS, destaca-se entre os municípios com maior porte populacional, variando de 33,7% para 86,9%, entre municípios com até 10 mil habitantes e com mais de 500 mil habitantes, respectivamente.

Em estudo realizado por Uchôa e colaboradores (2016) utilizando dados da avaliação externa do PMAQ-AB - 2012, com objetivo de analisar a influência de indicadores socioeconômicos de saúde no desempenho dos municípios, no que tange ao acesso potencial à APS no Brasil e, ainda, em discutir a contribuição do trabalho da enfermagem nesse acesso, observou-se diferenças estatisticamente significativas entre os municípios em termos de territorialização, disponibilidade, coordenação do cuidado, integração e oferta, visto que os municípios que compõem o estrato 6 tendem a ter melhor performance em todas essas dimensões, e que os municípios com estratos 4, 5 e 6 apresentam melhor desempenho em todas as dimensões analisadas e, também, o papel preponderante do enfermeiro no acesso potencial à APS no Brasil. Nesse sentido, demonstrou-se ainda que aproximadamente 50,0% das 3.209 EqAB que ofertavam PICS encontravam-se no estrato de número 6, e que os profissionais mais presentes eram os enfermeiros (75,6%), porém proporcionalmente eram o segundo a mais ofertarem PICS (22,2%), atrás dos profissionais médicos (38,6%).

Outro estudo realizado com dados do segundo ciclo do PMAQ-AB trata-se do realizado por Losso e Freitas (2015), em Florianópolis, no objetivo de desenvolver um modelo de avaliação para implantação das PICS nos 293 municípios e nas 1470 EqAB do estado de Santa Catarina. O modelo deste estudo contemplou quatro dimensões: assistência, recursos humanos, recursos materiais e gestão, e seis indicadores para análise das PICS: oferta e capilaridade dos serviços, atividades de educação em saúde na área, material para procedimento em MTC/ Acupuntura, medicamentos fitoterápicos e educação permanente sobre temas relacionados para as EqAB. Nos 293 municípios avaliados, o valor final foi medido em graus de implantação, sendo 35 municípios (11,9%) com baixo grau de implantação (implantação incipiente), 46 (15,7%) com médio grau de implantação (parcialmente implantados) e 50 (17,1%) com alto grau de implantação (implantados). Apresentou-se ainda 162 (55,3%) municípios sem oferta de PICS. Esses resultados indicam

que a implantação das PICS em Santa Catarina está avançada, com a somatória do alto e médio grau de implantação relativa a 56,3% do estado.

Há ainda, na literatura, o estudo de Caccia-bava e colaboradores (2017), no qual realizam abordagem das PICS utilizando dados do PMAQ-AB (2012) com objetivo de descrever a utilização e a disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas UBS do Estado de São Paulo, através da análise de 4.249 UBS, distribuídas entre os 645 municípios do Estado. Dentre as UBS analisadas, em 467 (11%) foi constatada a disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e/ou plantas medicinais. Dentre os 645 municípios paulistas, em 104 (16,1%) havia ao menos uma UBS disponibilizava tais fármacos. Observaram ainda que a disponibilidade da fitoterapia é maior em municípios mais populosos e com melhores condições sociais e econômicas. Além disso, foi constatado que medicamento fitoterápico industrializado tem sido mais utilizado do que a droga vegetal ou medicamento fitoterápico manipulado.

Ademais, como demonstrado anteriormente, o PMAQ-AB traz informações individualizadas por EqAB, ampliando as possibilidades de monitoramento da PNPIC. Haja vista que o programa avalia a estrutura física das UBS e a oferta de PICS pelas EqAB, a utilização desse banco de dados possibilitará analisar se uma boa estrutura física tem influência sobre a oferta de PICS.

3 JUSTIFICATIVA

Há um escasso contingente de estudos sobre PICS no Brasil e no mundo, o que muitas vezes dificulta a expansão desses serviços (TESSER *et al.*, 2018). Neste contexto, não foram encontrados na literatura estudos que relacionem de uma maneira geral a estrutura dos serviços com a oferta dessa modalidade assistencial.

A OMS associa a presença dos serviços de PICS no mundo à insatisfação com o modelo biomédico, ao ressurgimento do interesse por um cuidado mais preventivo, holístico e que favoreça a qualidade de vida, quando a cura não é possível, e a mudanças na concepção de saúde pela população. Com isso, aos poucos, essa forma de cuidado à saúde se torna cada vez mais relevante à APS mundial, conquistando interesse de governos, agências internacionais e entidades sanitárias (WHO, 2014).

No Brasil, a presença destes serviços na APS vem sendo relacionada a diversos fatores, entre eles: questões administrativas individuais dos serviços, como o interesse do gestor público (SANTOS; TESSER, 2012), e questões organizacionais como a presença de equipes de NASF (SOUZA; TESSER, 2017).

Nesse contexto de oferta de serviços à saúde, um assunto muito debatido é a ambiência, que se refere ao tratamento dado ao espaço físico, social e profissional e de relações interpessoais do serviço de saúde, com objetivo de proporcionar maior atenção a uma qualidade integrativa, acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2013).

Portanto, através dos dados do PMAQ-AB foi possível realizar estudos analisando a influência da estrutura para a oferta de diversos serviços de saúde e, ainda, a análise da distribuição dessas ofertas nas diferentes regiões do Brasil e grupos em diferentes contextos social e econômico (estratos).

Diante do exposto, investigar a relação da estrutura e a PICS das diferentes regiões geográficas do país e os estratos, no qual consideram questões de desigualdades, é particularmente fecundo, considerando a grande diversidade assistencial da APS do país. Revelar igualdade ou desigualdades em saúde quanto à oferta de serviços é dialogar com o Estado Democrático de Direito e com os princípios doutrinários do sistema de saúde universal, integral e equitativo instituído no país, contribuindo para identificar os distintos aspectos que impulsionam possíveis desigualdades de oferta, gerando conhecimento útil para orientar formuladores de políticas e ações, prevenir e corrigir danos e promover equidade em saúde.

OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Verificar a associação entre os níveis de oferta de PICS pelas EqAB e os níveis de estrutura das UBS.

4.2 Objetivos específicos

- Construir uma tipologia para análise de estrutura das UBS a partir das notas utilizadas para certificação das EqAB no segundo ciclo do PMAQ-AB;
- Descrever o índice de estrutura das UBS por região geográfica;
- Construir uma tipologia para análise da oferta das PICS para as EqAB ofertantes desses serviços, utilizando dados do segundo ciclo do PMAQ-AB;
- Caracterizar a oferta de PICS por região geográfica e estrato do PMAQ-AB;
- Classificar e descrever a oferta das PICS abarcadas pelas PNPIC à época do estudo.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipos de estudo

Trata-se de um estudo transversal, observacional, envolvendo análise descritiva e inferencial.

5.2 Coleta de dados

Estudo realizado a partir de dados do 2º ciclo do PMAQ-AB - (Módulos I e II). Os dados do PMAQ foram coletados através de formulários eletrônicos, aplicados por entrevistadores vinculados às instituições de ensino parceiras do Ministério da Saúde em visitas às EqAB em suas UBS na fase de avaliação externa do programa, no período de 2013 - 2014.

O universo do estudo compreende as 29.778 EqAB que participaram de todo o ciclo de avaliação; dessas, 5.666 ofertam PICS (19.0%).

5.3 Variáveis utilizadas

As variáveis que constituíram a análise encontram-se nos módulos I e II do programa. Em relação ao módulo I, “Observação nas Unidades Básicas de Saúde”, foram utilizadas sete variáveis de análise da estrutura das UBS, utilizadas posteriormente para compor as notas de certificação das EqAB. Para compreender o processo de certificação das EqAB do PMAQ-AB, foram analisadas cinco dimensões distintas, sendo elas: “Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica”; “Valorização do trabalhador”; “Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho”; “Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário”; e “Estrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde”.

A dimensão utilizada para avaliar a estrutura neste estudo foi a intitulada “Estrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde”, esta que por sua vez é composta por sete variáveis (figura 2), e cada uma delas possui uma matriz variável de questões que alternam entre cinco a cinquenta e dois itens para pontuação. As

questões podem ser consultadas no Manual de Nota Metodológica do 2º Ciclo do PMAQ-AB. Nesse contexto, foi construído um índice para análise da estrutura em três níveis (baixo, intermediário e alto) com todo o universo estudado (BRASIL, 2015).

O somatório da pontuação de toda dimensão II, “Estrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde”, representa cerca de 10,0 % do total da nota de certificação das EqAB, conforme demonstrado abaixo:

Figura 2 Subdimensões de estrutura das UBS - Módulo I (2º ciclo do PMAQ-AB):

DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES		RELEVÂNCIA	% CERTIFICAÇÃO
DIMENSÃO II - Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS (Peso = 15)	II.1	Funcionamento da Unidade de Saúde	1	0,8
	II.2	Características Estruturais, Ambiente e Sinalização da UBS	2	1,5
	II.3	Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na UBS	3	2,3
	II.4	Informatização, Conectividade e Telessaúde	2	1,5
	II.5	Medicamentos Componentes da Farmácia Básica	3	2,3
	II.6	Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde	2	1,5
	II.7	Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde	1	0,8
Subtotal	-	-	14	10,5

Fonte: Brasil (2015)

Para formular o índice de estrutura, somaram-se o total das notas atribuídas a cada um dos itens das 07 sub-dimensões. Assim, o menor valor encontrado foi zero e o maior, 12,383.

Com o objetivo de categorizar o índice, foram escolhidos como ponto de corte os percentis 25 e 75, três níveis de estrutura (baixo, intermediário e alto). Desta forma, optou-se em considerar para o estrato de nível baixo de estrutura as UBS com a soma igual ou abaixo do percentil 25 ($\leq 5,312$), e para o estrato de nível intermediário aquelas que alcançaram notas acima do percentil 25 (P25), mas abaixo do percentil 75 (P75) ($> 5,312$ e $< 8,165$). E por fim, o estrato de nível alto de estrutura foi composto pelas UBS que alcançaram notas superiores ao percentil 75 ($> 8,165$) na pontuação. Importante salientar que o banco de estrutura precisou ser modificado, visto que as UBS se encontravam duplicadas para as EqAB correspondentes, no entanto as devidas exclusões foram realizadas.

Com relação ao desfecho, a tipologia de oferta de PICS foi elaborada utilizando-se o módulo II, “Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de documentos na Unidade de Saúde”. Caso a EqAB respondesse afirmativamente à questão II.25.1 – “A EqAB oferece serviços de PICS para os usuários do território?” –, ela

seria considerada ofertante de PICS. Assim, ela receberia um escore, baseado em sua resposta às questões ilustradas a seguir:

Quadro 4 - Variáveis - tipologia de PICS – Módulo II, 2º ciclo PMAQ-AB:

Variáveis	Pontuação para resposta
	01: 05 pontos;
II.25.2 Quais serviços de PICS contemplados pela PNPIC são ofertados?	02: 10 pontos ≥3: 15 pontos
	01: 05 pontos
II.25.3 A equipe realiza quais PICS não contemplados pela PNPIC de 2008?	02: 10 pontos ≥3: 15 pontos
II.25.4 A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em PICS para a equipe?	Sim - 05 pontos Não – Não pontua
II.25.5 A equipe registra procedimentos/ atividades em PICS realizados?	Sim - 05 pontos Não – Não pontua
II.25.6 A equipe realiza atividades de educação em saúde abordando PICS?	Sim - 05 pontos Não – Não pontua
Total Pontos:	45 Pontos

Fonte: BRASIL, 2013

Os valores pontuados em cada variável foram somados resultando em um escore total e cada EqAB poderia alcançar entre cinco e quarenta e cinco pontos. Entre EqAB que ofertavam alguma PICS (n=5.666), 5,7% alcançaram o score de 10 pontos; 13,7% de 15

pontos; 24,9% de 20 pontos; 26% de 25 pontos; 15,6% de 30 pontos; 9,2% de 35 pontos; 3,5% de 40 pontos; e 1,3% alcançaram score total, de 45 pontos.

Da mesma forma que em relação à estrutura, o escore atribuído à oferta de PICS foi categorizado de acordo com os percentis 25 e 75, correspondentes, respectivamente, a 15 pontos e 30 pontos. Assim, a tipologia de PICS adotada (considerando os percentis) foi a seguinte:

- nível baixo: EqAB com scores de 10 ou 15 pontos;
- nível intermediário: EqAB com scores de 20 ou 25 pontos;
- nível alto: EqAB com scores de 30 ou mais pontos

5.4 Análise Estatística

Inicialmente, os níveis de oferta de PICS e de estrutura foram descritos em frequência absoluta e relativa (n e %) de acordo com sua distribuição por região do país e por estrato do PMAQ-AB. A diferença nas distribuições das variáveis analisadas por região e estrato do PMAQ-AB foi avaliada com o uso do teste de qui-quadrado de Pearson. Para o banco de estrutura (UBS), foi levado em consideração o agrupamento de dados realizado.

Em seguida, para estimar associação entre os níveis da tipologia de estrutura (variável preditora) e da tipologia de oferta de PICS (variável efeito), foi realizado uma Regressão Logística Multinomial com a estrutura amostral em clusters (EqAB agrupadas em UBS, visto que se encontravam em unidades de medidas diferentes – UBS e EqAB, respectivamente). Foram consideradas associadas ao desfecho as variáveis cujo $p < 0,05$ na análise ajustada pelas variáveis independentes relacionadas às regiões e estratos do PMAQ-AB. Os resultados do modelo foram apresentados como Razão de Chances (odds ratio) e o intervalo de confiança foi de 95%. A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico Stata, versão: 13.0.

6 ARTIGO

ESTRUTURA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE: um estudo a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

STRUCTURE OF BASIC HEALTH UNITS AND COMPLEMENTARY THERAPIES: a study with data from the National Program to improve access and quality of primary health care in Brazil.

Fernanda de Jesus Mendonça¹, Flávia Bulegon Pilecco², Alaneir de Fátima Dos Santos³, Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado⁴.

RESUMO: O Sistema Único de Saúde (SUS) tem, ao longo dos últimos anos, ampliado o escopo de oferta na Atenção Primária em Saúde (APS). Observa-se um crescimento significativo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na APS. Esta pesquisa buscou analisar a associação entre a estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a PICS pelas Equipes de Atenção Básica à saúde (EqAB) no Brasil. Através de um estudo transversal, foram analisadas 29.778 EqAB que participaram do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) nos anos de 2013 - 2014. Para isto, foram elaboradas duas tipologias: a tipologia de PIC nas UBS, baseada na oferta e no tipo de PICS ofertadas, e a tipologia de estrutura das UBS, baseada em aspectos estruturais, materiais e de insumos. Ambas foram categorizadas em três níveis: alto, médio e baixo. Para estimar associação entre os níveis da tipologia de estrutura e da tipologia de oferta de PIC, foi realizada uma Regressão Logística Multinomial com a estrutura amostral em clusters bruta e ajustada por região do país e estrato do PMAQ. Das 29.778 EqAB avaliadas, 5.666 (19.0%) ofertam PICS. A maioria dos serviços classificados no nível alto de estrutura se encontravam na região Sul e demonstraram maior oferta em todos os níveis de PICS, comparada às demais. Observou-se associação entre a estrutura das UBS e a oferta de PICS, visto que as EqAB de UBS com níveis médio e alto de estrutura demonstraram chance de 2,34 e 16,23 vezes em ofertar o nível alto de PICS comparadas às de estrutura baixa, respectivamente. Tal associação

manteve-se após ajustes por regiões geográficas/estratos do PMAQ-AB. As PICS caminham lado a lado com a melhoria da qualidade e organização da APS. Dessa forma, a sua implantação nas regiões periféricas e ermas do país pode acontecer continuamente, na medida em que a APS for homoganeamente se estruturando e conquistando melhor qualidade dos serviços.

PALAVRAS CHAVE Atenção Primária em Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Estrutura dos Serviços. Práticas Integrativas e Complementares.

ABSTRACT Recently, the Brazilian Public Health System (SUS) has expanded the primary care offer. There is a significant increase in the Integrative and Complementary Practices in Primary Care. This research aimed at analyzing the association between the structure of Basic Health Units and the offer of Integrative and Complementary Practices (PICS) by the Primary Care Teams in Brazil. Through a cross-sectional study, 29,778 primary care teams participated in the second cycle of the Program for Improving Access and Quality in Primary Care PMAQ-AB in the years 2013-2014. In order to do so two typologies were elaborated: the PIC typology in the Basic Health Units, based on the supply and type of practices offered, and the type of structure of the units, based on structural, material and basic material. In order to estimate the association between the levels of the typology of structure and the typology of PIC supply, a Multinomial Logistic Regression with the sample structure in clusters was performed. Of the 29,778 teams evaluated, 5,666 (19.0%) offer PICS. Indeed, most of services that were better classified in structure are in the South region and they also demonstrated greater supply in all the levels of PICS, when compared to the other ones. It could be seen an association between the structure of the basic health units and the supply of PICS, once the teams of units with medium and high levels of structure demonstrated a chance of 2.34 and 16.23 times in offering the high level of PICS compared respectively. This association was maintained after adjustments by PMAQ-AB geographic / stratum regions. It was also noted that there is an association between Integrative and Complementary Practices and better structured health units. PICS go side by side with the improvements in quality and organization of APS. Thus, its implementation in the peripheral regions and desolate places of the country can happen continuously, to the extent that APS is homogeneously structuring itself and conquering better quality of the services.

KEYWORDS Primary Health Care. Evaluation of Health Services. Structure of Services. Integrative and Complementary Practices.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza o termo Medicina Tradicional (MT), definido como: “a soma total de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências nativas de diferentes culturas, explicáveis ou não, usadas na manutenção da saúde, bem como para a prevenção, nos diagnósticos e no tratamento de adoecimento físicos e mentais” (OMS, 2001). Contudo, essa nomenclatura varia amplamente na literatura internacional, assim, são usados termos MT, Medicina Alternativa e Complementar (MAC) e Medicina Integrativa (MI) (OMS, 2001). No Brasil, o termo atualmente utilizado é Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), e foi cunhado com o objetivo de fortalecer a identidade e visibilidade desses serviços (CANTOTORE *et al.* 2015).

A OMS recomenda que os sistemas de saúde adotem essas práticas com os seguintes objetivos: incluir a medicina tradicional no sistema nacional de saúde de todos países membros; promover o uso seguro e eficaz da medicina tradicional; aumentar o acesso a medicamentos tradicionais seguros e eficazes; promover a proteção e o uso sustentável da medicina tradicional e fortalecer a cooperação na geração e compartilhamento de medicamentos tradicionais, de conhecimentos e habilidades. (WHO, 2014).

O documento *Traditional Medicine Strategy 2014–2023* demonstrou crescimento no uso dos serviços de PICS no mundo e sua concentração em serviços de APS, fato que vem sendo relacionado a diversas questões, em especial o aumento dos custos dos serviços convencionais de saúde, a demanda advinda das doenças crônicas degenerativas, a insatisfação com o modelo biomédico e o ressurgimento do interesse por um cuidado mais preventivo, holístico e que favoreça a qualidade de vida quando a cura não é possível (WHO, 2014).

Em 2006, no Brasil, foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Essa política instituiu no Sistema Único de Saúde (SUS) abordagens de cuidado integral à população por meio de recursos terapêuticos, entre eles fitoterapia, acupuntura, homeopatia, medicina antroposófica e o termalismo social/ crenoterapia (Brasil, 2006). Em 2017 e 2018, ao todo, foram incorporadas 24 novas práticas à essa política (BRASIL, 2017). Apesar de a PNPIC incentivar a implantação dos serviços de PICS no sistema de saúde, ainda não definia claramente quais recursos e ações são

necessários para tal, tornando essa implantação um desafio para os gestores públicos municipais (BRASIL, 2006). Somente em 2018 o Ministério da Saúde sistematiza o processo de implantação das PICS através da publicação do manual de implantação de PICS, porém o financiamento continua sendo um desafio (Brasil, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), em 2017, 8.200 UBS ofertaram alguma das PICS, o que corresponde a 19% desses estabelecimentos. Essa oferta está distribuída em 3.018 municípios, estando presente em 100% das capitais, por iniciativa das gestões locais. Em 2016, foram registrados oferta em PICS em 2.203.661 atendimentos individuais e 224.258 atividades coletivas, envolvendo mais de 5 milhões de pessoas (BRASIL, 2017b). Com a oferta das PICS no SUS, as pessoas têm a possibilidade de escolher a forma como querem ser tratadas, em um contexto de ampliação da co-responsabilidade dos indivíduos pela sua saúde. Essas práticas fundamentam-se em escolhas culturais e terapêuticas que apontam para mudanças nas representações de saúde, doença, tratamento e cura presentes no processo de transformação da cultura (SOUZA; TESSER, 2012).

Estudo realizado em 2011 afirma que as PICS podem ser consideradas estratégias de revitalização do sistema de saúde e de mudança no padrão biologizante e medicalizante do cuidado e da promoção da saúde. No entanto, esse estudo evidencia o despreparo político e técnico de profissionais da saúde para atuar com PICS no SUS, advindo de condições desde a formação dos profissionais (AZEVEDO; PELICIONI, 2012).

Uma revisão sistemática sobre PICS no Brasil constata que há um longo caminho a ser percorrido para que as PICS sejam conhecidas e reconhecidas pela sociedade em geral, envolvendo questões relacionadas aos estudos na área, formação profissional e divulgação. (MONTEIRO, 2012). Estudo publicado em 2018 sobre PICS na APS conclui que há pouca regulamentação nacional da formação e prática em PICS; a inserção do tema no ensino é incipiente e há pesquisas na área, porém poucas publicações (TESSER *et al.*, 2018).

Outros aspectos são salientados para que a inclusão das PICS no SUS seja fortalecida, como a necessidade de estruturas físicas adequadas e de insumos necessários para o desenvolvimento dessas atividades (LEMOS *et al.* 2014).

Muitos levantamentos têm sido realizados pelo DAB e MS sobre a oferta e expansão das PICS, porém ainda se conhece pouco sobre questões que favorecem a implantação e disponibilização desses serviços no sistema de Saúde, assim como a abordagem de questões estruturais prevalentes em UBS ofertantes (BRASIL, 2006).

Com a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB), em 2011, foi possível conhecer a situação das PICS na

APS. Esses dados possibilitam avançar no conhecimento de aspectos que podem favorecer a implantação e disponibilização desses serviços. Este estudo se propõe a contribuir nesse aspecto, tendo como objetivo verificar a associação entre a estrutura das UBS e a oferta de PICS pelas EqAB.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, observacional, envolvendo análise descritiva e inferencial, realizado a partir de dados do 2º ciclo do PMAQ-AB - (Módulos I e II). Os dados do PMAQ foram coletados através de formulários eletrônicos, aplicados por entrevistadores vinculados às instituições de ensino parceiras do MS em visitas às EqAB em suas UBS na fase de avaliação externa do programa, no período de 2013 - 2014.

O universo do estudo compreende as 29.778 EqAB que participaram de todo ciclo de avaliação; dessas, 5.666 ofertam PICS (19.0%).

2.1 VARIÁVEIS UTILIZADAS

As variáveis que compuseram a análise encontram-se nos módulos I e II. Em relação ao módulo I, “Observação nas Unidades Básicas de Saúde”, foram utilizadas sete variáveis correspondentes às notas de certificação das EqAB para avaliar a estrutura das UBS. Para o processo de certificação das EqAB do PMAQ-AB, o MS analisou cinco dimensões distintas, sendo elas: “Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica”; “Valorização do trabalhador”; “Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho”; “Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário”; e “Estrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde”.

A dimensão utilizada para avaliar a estrutura neste estudo foi a intitulada “Estrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde”. Ela, por sua vez, é composta por sete variáveis (figura 2), e cada uma delas possui uma matriz variável de questões que alternam entre cinco a cinquenta e dois itens para pontuação. As questões podem ser consultadas no Manual de Nota Metodológica do 2º Ciclo do PMAQ-AB; nesse contexto, foi construído um índice para análise da estrutura em três níveis (baixo, intermediário e alto) com todo o universo estudado (BRASIL, 2015). O somatório da pontuação da dimensão II representa cerca de 10,5% do total da nota de certificação das EqAB (Figura 1).

Para formular o índice de estrutura, foi realizada a soma das notas atribuídas a cada um dos itens das 07 subdimensões. Assim, o menor valor encontrado foi zero e o maior 12,383.

Com o objetivo de categorizar o índice, foram escolhidos como ponto de corte os percentis 25 e 75, resultando em três níveis distintos de estrutura (baixo, intermediário e alto). Desta forma, optou-se em considerar para o estrato de nível baixo de estrutura as UBS com a soma igual ou abaixo do percentil 25 ($\leq 5,312$) e para o estrato de nível intermediário aquelas UBS que alcançaram notas acima do percentil 25 (P25), mas abaixo do percentil 75 (P75) ($> 5,312$ e $< 8,165$). E por fim, o estrato de nível alto de estrutura foi composto pelas UBS que alcançaram notas superiores ao percentil 75 ($> 8,165$) na pontuação.

Com relação ao desfecho, a tipologia de PICS foi elaborada a partir do módulo II, “Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de documentos na Unidade de Saúde”. Caso a EqAB respondesse afirmativamente à questão II.25.1 – “A EqAB oferece serviços de PICS para os usuários do território?”, ela foi considerada ofertante de PICS e recebeu um escore, baseado nessas respostas (Quadro 1).

Os valores pontuados em cada variável foram somados resultando em um escore total, e cada EqAB poderia alcançar entre cinco e quarenta e cinco pontos. Entre as EqAB que ofertavam alguma PICS ($n=5.666$), 5,7% alcançaram o score de 10 pontos; 13,7% de 15 pontos; 24,9% de 20 pontos; 26% de 25 pontos; 15,6% de 30 pontos; 9,2% de 35 pontos; 3,5% de 40 pontos; e 1,3% alcançaram score total, 45 pontos.

Da mesma forma que em relação à estrutura, o escore atribuído à oferta de PICS foi categorizado de acordo com os percentis 25 e 75, correspondentes, respectivamente, a 15 pontos e 30 pontos. Assim, a tipologia de PICS adotada (considerando os percentis), foi a seguinte:

- nível baixo: EqAB com scores de 10 ou 15 pontos;
- nível intermediário: EqAB com scores de 20 ou 25 pontos;
- nível alto: EqAB com scores de 30 ou mais pontos

2.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, os níveis de oferta de PICS e de estrutura foram descritos em frequência absoluta e relativa (n e $\%$) de acordo com sua distribuição por região do país e por estrato do PMAQ-AB. A diferença nas distribuições esperadas e encontradas das

variáveis analisadas por região e estrato do PMAQ foi avaliada com o uso do teste de qui-quadrado de Pearson. Para o banco de estrutura (UBS), foi levado em consideração o agrupamento de dados realizado.

Em relação aos estratos utilizados para certificação, acima citados, referem-se a um procedimento de estratificação dos municípios considerando aspectos sociais, econômicos e demográficos, com objetivo de amenizar as desigualdades existentes entre eles e assim garantir maior comparabilidade entre as diversas EqAB participantes do PMAQ-AB no processo de certificação. Para isso, foi elaborado um índice variável de zero a seis, composto pelos seguintes indicadores de nivelamento:

- 1 - Produto Interno Bruto (PIB) per capita (peso 2),
- 2 - Percentual da população com plano de saúde (peso 1),
- 3 - Percentual da população com Bolsa Família (peso 1),
- 4 - Percentual da população em extrema pobreza (peso 1),
- 5 - Densidade demográfica (peso 1) (BRASIL, 2012b).

Após a estratificação dos municípios, o resultado foram seis estratos de classificação dos municípios (Quadro 2).

Em seguida, para estimar associação entre os níveis da tipologia de estrutura (variável preditora) e da tipologia de oferta de PICS (variável efeito), foi realizada uma Regressão Logística Multinomial com a estrutura amostral em clusters (EqAB agrupadas em UBS, visto que preditor e desfecho se encontravam em unidades de medidas diferentes – UBS e EqAB, respectivamente). Foram consideradas associadas ao desfecho variáveis cujo $p < 0,05$ na análise ajustada pelas variáveis independentes relacionadas às regiões e estratos do PMAQ-AB. Os resultados do modelo foram apresentados como Razão de Chances (odds ratio) e o intervalo de confiança foi de 95%. A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico Stata, versão: 13.0.

3 RESULTADOS

A amostra total deste estudo compreendeu 29.778 EqAB agrupadas em 24.038 UBS, participantes do segundo ciclo de avaliação do PMAQ-AB.

Considerando a tipologia de estrutura elaborada, conforme observado na tabela 1, foram identificadas 28,3% das UBS no nível baixo, 52,6% no intermediário e 19,1% no alto. Proporcionalmente, a região Sul foi a que apresentou mais UBS no nível alto (42,8%), seguida pela região Sudeste (27,6%). No outro extremo, as regiões Norte (48,2%) e

Nordeste (32,8%) apresentaram uma maior proporção de UBS no nível baixo de estrutura (Tabela 1).

Com relação à tipologia elaborada para avaliar a oferta de PICS, 5,7% (n=1.686) das EqAB foram classificadas no nível alto, 9,7% (n=2.883) no nível intermediário, 3,7% no nível baixo (n=1.097) e 81,0% (n= 24.112) não ofertavam PICS. As regiões Sudeste e Sul apresentaram as maiores proporções de equipes no nível alto do Brasil, 11,1% e 5,2%, respectivamente (Tabela 2). Isso foi equivalente a 34,4% e 26,9% entre as EqAB que ofertavam PICS (Tabela 3).

Em relação ao nível baixo da tipologia de oferta de PICS, de forma geral, as unidades das regiões sudeste (5,9%) e sul (3,7%) representavam a maioria das equipes (Tabela 2). No entanto, considerando-se apenas as unidades que ofertavam algum tipo PIC, as regiões Centro-Oeste (25,6%) e Norte (26,0%) foram as que apresentaram as maiores proporções de oferta de PICs em nível baixo (Tabela 3). Essa aparente inconsistência entre as Tabelas 2 e 3 deveu-se principalmente ao maior quantitativo de unidades que ofertavam PICs nas regiões sudeste e sul.

No entanto, quando as regiões foram analisadas considerando apenas as EqAB que ofertavam PICS, as maiores proporções do nível baixo de oferta por região foram observadas nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, o que representou 26%, 25,6% e 20,8%, respectivamente. Foi observado ainda que a mesma tríade regional que apresentou a maior proporção de oferta no nível baixo da tipologia de PICS, representou também a maior proporção entre as EqAB não ofertante, representadas por 93,2 das EqAB da região Norte, 89,6% da região Nordeste e 88,0% da região Centro Oeste (Tabela 2 e Tabela 3).

Quanto aos tipos de PICS, do total de EqAB que ofertavam alguma prática, 80,8% (n=4.577) ofertavam práticas contempladas pela PNPIC à época da pesquisa e 19,2% (n=1.089) ofertavam práticas não contempladas (dados não apresentados). Dentre as EqAB que ofertavam PICS presente na PNPIC, 58,0% (n=3.284) ofertavam práticas de Medicina Tradicional Chinesa (MTC), 32,7% (n=1.854) Plantas Mediciniais e Fitoterapia, 21,6% (n=1.224) Homeopatia, 4,3% (n=242) Medicina Antroposófica e 1,2% (n=71) ofertavam Termalismo Social/Crenoterapia. É importante salientar que 33,6% das EqAB citadas acima ofertavam duas práticas ou mais (tabela 4).

Quanto à análise da associação entre o nível de estrutura das UBS e a oferta de PICS, os resultados indicam que quanto maior o nível de estrutura maior sua associação com a oferta de PICS, em todos os níveis (Tabela 5).

No modelo sem ajuste (Modelo 1) o nível de estrutura médio esteve associado à oferta de PICS em nível baixo (OR 1,30; IC95% 1,10-1,54), médio (OR 1,87; IC95% 1,64-2,13) e alto (OR 2,34; IC95% 1,87-2,94). Essa associação entre estrutura e oferta de PICS foi ainda mais elevada em UBS com nível de estrutura alto: a chance de uma UBS com alto nível de estrutura ofertar PICS em nível baixo foi 3,24 maior que daquelas com estrutura baixa (IC95% 2,70-3,88). Para a oferta em nível médio e alto, essa chance foi de, respectivamente, 6,72 (IC95% 5,87-7,70) e 16,23 (13,08-20,14). Mesmo após o ajuste para regiões do país (Modelo 2), estratos do PMAQ AB (Modelo 3) e ambos, regiões e estratos (modelo 4), essas associações se mantiveram.

Na análise não ajustada (Modelo 1), foi constatada associação entre a UBS pertencer às regiões centro-oeste (OR 1,86; IC95% 1,23-2,80), sul (OR 2,42; IC95% 1,68-3,47) e sudeste (OR 4,59; IC95% 3,27-6,44) e maior oferta de PICS em nível baixo, em relação à região norte. Já em relação à oferta de PICS em nível médio, todas as regiões apresentaram maior oferta em relação à norte. No nível alto, por sua vez, apenas a região centro-oeste não apresentou diferença, na oferta de PICS (OR 1,62; IC95% 0,99-2,66), em relação à norte, na análise bruta. Estes resultados se mantiveram na análise ajustada por estrutura e estrato (Modelo 4), com a exceção de que a região sul não apresentou diferença em relação à norte na presença de PICS, quando considerado o nível de oferta alto (OR 1,39; IC95% 0,92-2,12).

Por fim, na análise não ajustada (Modelo 1), os estratos 4, 5 e 6 do PMAQ-AB estiveram associados à maior oferta de PICS, em nível baixo, médio e alto, associação mantida na análise ajustada por estrato e região (Modelo 4). Ademais, no Modelo 4, tornou-se significativa a associação entre a oferta de PICS em nível baixo médio e alto com o estrato 6 do PMAQ-AB.

4 DISCUSSÃO

A estrutura dos serviços de saúde, de uma maneira geral, impacta positivamente na oferta de serviços na área da saúde (DONABEDIAN, 1988). Na APS está relacionada a melhor performance e qualidade dos serviços (TURCI et al. 2015). Foram encontrados estudos utilizando dados do PMAQ-AB, relacionando-a a uma maior oferta de serviços preventivos de câncer no colo do útero (TOMASI et al. 2015) e ainda como incentivo aos atendimentos de saúde necessários às pessoas portadoras de Diabetes Mellitus (NEVES et al. 2018).

Dessa forma, os resultados do presente estudo indicam que a estrutura das UBS tem influência sobre a oferta de PICS – quanto mais estruturadas forem as UBS, mais ofertarão esses serviços. Assim, mesmo após a análise de regressão logística multinomial em clusters ajustada, considerando as desigualdades regionais e por estratos do PMAQ-AB, observou-se uma influência estatisticamente importante relacionando uma boa estrutura das UBS a um melhor nível de oferta de PICS pelas EqAB.

Estudo de Lemos e colaboradores (2014), no qual realizaram uma revisão integrativa com análise de quatorze artigos brasileiros publicados entre 2007 e 2011 sobre PICS Não-Farmacológicas no Trabalho de Parto, concluiu se mostraram efetivas, seguras e de baixo custo. No entanto, ainda possuem a sua aplicabilidade deficiente, devido às estruturas físicas precárias para sua realização, uma vez que uma boa estrutura se mostrou favorável a maior oferta desses serviços (LEMOS *et al.*, 2014). Nesse sentido, o MS, no “Relatório de gestão em Práticas Integrativas e Complementares no SUS 2006/2010”, considera como desafio para implantação das PICS o fornecimento de insumos e a disponibilização de estrutura física adequada nos serviços da rede pública (BRASIL, 2011b).

Dados da literatura sugerem que alguns fatores influenciam a oferta de PICS, entre eles: questões relacionadas à abertura e conhecimento dos gestores, as políticas institucionais, os sujeitos envolvidos e suas competências, a cultura local e organizacional dos serviços, entre outros (SANTOS; TESSER, 2012). Além disto, a presença das PICS na APS é relacionada à presença de matriciamento (suporte realizado por profissionais e diversas áreas especializadas dado a uma equipe interdisciplinar), educação permanente e ação governamental de estímulos para a formação profissional (SOUZA; TESSER, 2017).

Outra questão importante é o perfil profissional, visto que a presença de profissionais que dispõe de educação continuada na área oferta mais PICS (SOUZA; TESSER, 2017). Ainda, é levantada como importante para a oferta desses serviços a presença de equipes de NASF (FAUSTO *et al.*, 2014; SOUSA; TESSER, 2017).

Estudo realizado por Losso e Freitas (2015), em Florianópolis, com o objetivo de apresentar um método de implantação das PICS na APS, demonstrou ainda que, entre os fatores que podem interferir para a implantação dos serviços, destacam-se o desconhecimento do gestor sobre a PNPIC e a ausência de financiamento específico por parte da política nacional, o que dificulta ao gestor municipal implementar e manter os serviços. Contudo, os autores salientam que o processo de implantação vem ocorrendo independente da gestão do SUS promover a capacitação e contratação de profissionais

habilitados nas diversas áreas de PICS, fato que pode ser associado a um fenômeno social que precede e transcende o âmbito das políticas públicas brasileiras.

De acordo com os dados analisados neste estudo, 19,0% das EqAB ofertaram os serviços de PICS. Segundo o MS, essa oferta é similar ao primeiro ciclo do programa, em 2011, quando 18,7% das EqAB estudadas ofertavam algum tipo de PICS (BRASIL, 2013). Em estudo de Losso e Freitas (2015) realizado no estado de Santa Catarina, demonstrou que a proporção de EqAB que ofertavam esses serviços nesse Estado era superior à média nacional, numa proporção de 29,1% EqAB.

Dentre as PICS ofertadas, este estudo encontrou que 49,2% refere-se à MTC, indo ao encontro do Documento do Departamento de Atenção Básica (DAB), que também afirma que as práticas de MTC são as mais ofertadas no Brasil, com um registro de 810.000 procedimentos individuais e coletivos no ano de 2017 (BRASIL, 2017b).

Ademais, os estudos mostram que a questão da oferta dos serviços, inclusive das PICS, sofre influência de diversos tipos de desigualdades. As UBS melhor estruturadas conforme os resultados deste estudo concentram-se nas regiões Sul e Sudeste. Diversos autores corroboram esta afirmação, demonstrando ainda que as regiões Norte, Centro Oeste e Nordeste possuem as UBS com estruturas mais precárias quando comparadas às regiões Sul e Sudeste (TOMASI *et al.*, 2015; BOUSQUAT *et al.* 2017). Ainda neste sentido, o achado de que as UBS classificadas com os melhores níveis de estrutura estão concentradas em regiões com melhor desenvolvimento socioeconômico, com destaque para a região Sul, indo de encontro com estudo de Bousquat e colaboradores (2017) e de Neto e colaboradores (2016). Consequentemente, estudo de Teixeira *et al* (2014) demonstra que a maior proporção de oferta de PICS concentra-se na região Sudeste, com 25,0% do total, achado condizente com este estudo no qual o Sudeste ofertava quase 60,0% das PICS (Tabela 3), dado algo subjetivo devido ao maior contingente populacional dessa região e consequentemente à presença de mais EqAB; contudo foram realizados testes qui-quadrado no objetivo de avaliar as proporções.

Estudos também demonstram que municípios com porte populacional maior que 300.000 habitantes e com melhor índice de Desenvolvimento Humano (IDH) apresentam as maiores prevalências de UBS com estruturas adequadas. Esses municípios, segundo os autores, possuem apoiador institucional da gestão, que facilita maior disponibilidade de recursos em nível organizacional, melhores condições econômicas e maior capacidade de investimento nos serviços de saúde, bem como capacitação das EqAB e a oferta de serviços (TOMASI *et al.*, 2015; NEVES *et al.* 2018). Fausto e colaboradores (2014) demonstraram

que a presença de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem ligação direta à oferta de PICS e essas, por sua vez, estão presentes em quase 86,9% das vezes em municípios com mais de 500 mil habitantes. Os estudos citados vão de encontro com o achado deste estudo, que demonstrou que quanto “melhor o estrato”, maior a oferta de PICS, com destaque ao estrato (número 6).

Corroborando com isso o estudo de Uchôa e colaboradores (2016), utilizando dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB, buscou compreender o acesso à APS no Brasil, e salientou que os municípios com melhores classificações quanto ao PIB per capita, percentual da população com plano de saúde, menor percentual da população com Bolsa Família, menor percentual da população em extrema pobreza e a maior densidade demográfica (classificados no estrato cinco e seis do PMAQ-AB), possuem desempenho estatisticamente melhores em termos de territorialização, coordenação do cuidado, melhor performance e disponibilidade dos serviços; entre eles, maior oferta de PICS, com destaque para maior oferta no estrato seis.

A oferta dos serviços de PICS, portanto, ocorreu de forma diferenciada entre as regiões geográficas e os estratos do PMAQ-AB, com predominância em locais considerados mais desenvolvidos, seja no quesito populacional ou de desenvolvimento socioeconômico, conforme observado nos resultados. Este fato pode retratar desigualdades assistenciais no que se refere aos princípios de equidade, acesso e direito universal à saúde, e questões intimamente relacionadas à capacidade dos sistemas de saúde de se organizarem e responderem positivamente às necessidades dos cidadãos (BARROS *et al.* 2016). Como limitação deste estudo, encontra-se o fato de que a adesão das EqAB ao PMAQ-AB aconteceu de forma voluntária. No entanto, a participação no programa é de grande importância, e além de gerar repasse financeiro federal para incentivo dos melhores estabelecimentos, proporciona comparações da assistência a nível nacional, e essa “concorrência” reflete em melhorias e motivação às EqAB. Contudo, essa adesão supera 90,0% das EqAB do país, vindo a ser considerado um censo (BRASIL, 2011).

Ressalta-se, ainda, a questão da inexistência de estudos semelhantes para comparações, e o fato de não terem sido consideradas outras variáveis no ajuste dos modelos, que podem explicar parte da associação observada, como a presença de equipes de NASF, de serviços de educação permanente e o estímulo do gestor local.

5 CONCLUSÃO

Este estudo é inovador, uma vez que, se trata de uma análise nacional pioneira das PICS, visto que verifica a distribuição real desses serviços, lançando mão de uma tipologia inédita para análise da qualidade dessa oferta.

No contexto de que 19,0% das EqAB ofertavam PICS, buscou-se compreender até que ponto sua implantação tem uma dinâmica distinta ou semelhante ao desenvolvimento da APS no país. Utilizou-se a estrutura das UBS como marcador capaz de expressar esse desenvolvimento. Como foi demonstrado, os resultados encontrados apontam para uma forte associação entre ambas, algo que deveria acontecer ao contrário, visto que essas práticas estão diretamente relacionadas a um contexto sociocultural da sociedade.

Podemos conjecturar as razões desta distribuição. Os resultados deste estudo, portanto, demonstraram que a oferta de PICS estão mais presentes e destacam em melhor nível na tipologia em UBS melhores estruturadas, em regiões mais desenvolvidas economicamente e acompanham o processo de estruturação de outras políticas de apoio a APS, como a de promoção de saúde. Esta constatação traz perspectivas interessantes para reavaliação das políticas de ampliação das PICS na rede pública brasileira.

Implantar PICS de uma forma geral, diante da revisão de literatura, está mais ligada a fatores qualitativos, tais como: conhecimento dos gestores, presença de equipes de NASF e processos de educação permanente, e na maioria delas não necessita de grandes questões estruturais, apenas. Contudo, os locais com melhor estrutura, indiretamente estão inseridas em um contexto mais favorável, envolvendo as questões mencionadas anteriormente e quando somadas a uma melhor estrutura pode resultar em maior oferta desses serviços, serviços os quais são geralmente mais baratos, relacionado a cultura da população e não requerem tantas questões físicas, contudo requer conhecimento das autoridades.

Contudo, diante deste trabalho, as PICS podem ser vistas pelo ângulo de “marcador de qualidade da APS”, no sentido de que caminham lado a lado com a melhoria da qualidade e organização desse nível assistencial, como um bônus ou “modinha” assistencial. Desta forma, a sua implantação nos rincões do país de forma contígua pode acontecer na medida em que a APS for homogeneamente se estruturando e conquistando melhor qualidade dos serviços ou a medida que o sistema de saúde entender a importância de resgatar e fortalecer esses cuidados integrais, naturais e intrínsecos das populações.

Figura 01 - Subdimensões de estrutura das UBS - Módulo I (2º ciclo do PMAQ-AB):

DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES		RELEVÂNCIA	% CERTIFICAÇÃO
DIMENSÃO II - Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS (Peso = 15)	II.1	Funcionamento da Unidade de Saúde	1	0,8
	II.2	Características Estruturais, Ambiência e Sinalização da UBS	2	1,5
	II.3	Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na UBS	3	2,3
	II.4	Informatização, Conectividade e Telessaúde	2	1,5
	II.5	Medicamentos Componentes da Farmácia Básica	3	2,3
	II.6	Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde	2	1,5
	II.7	Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde	1	0,8
Subtotal	-	-	14	10,5

Fonte: Brasil (2015)

Quadro 1 - Variáveis - tipologia de PICS – Módulo II, 2º ciclo PMAQ-AB:

Variáveis	Pontuação para resposta
II.25.2 Quais serviços de PICS contemplados pela PNPIC são ofertados?	01: 05 pontos; 02: 10 pontos ≥3: 15 pontos
II.25.3 A equipe realiza quais PICS não contemplados pela PNPIC de 2008?	01: 05 pontos 02: 10 pontos ≥3: 15 pontos
II.25.4 A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em PICS para as equipes?	Sim - 05 pontos Não – Não pontua
II.25.5 A equipe registra procedimentos/atividades em PICS realizados?	Sim - 05 pontos Não – Não pontua
II.25.6 A equipe realiza atividades de educação em saúde abordando PICS?	Sim - 05 pontos Não – Não pontua
Total Pontos:	45 Pontos

Fonte: BRASIL, 2013b

Quadro 2 - Estratos de classificação dos municípios e posterior certificação das EqAB participantes do PMAQ-AB:

Estrato	Crítérios da Estratificação
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Fonte: BRASIL, 2012.

Tabela 1 – Distribuição da tipologia de Estrutura das UBS por Região

<i>Tipologia de Estrutura por região</i>	Níveis de Estrutura				p-valor do Qui-quadrado
	Nível Baixo (%)	Nível Intermediário (%)	Nível Alto (%)	Total (%)	
Sudeste	1858 (26,0)	3320 (46,4)	1974 (27,6)	7152 (100)	0,001
Nordeste	3181 (32,8)	5836 (60,2)	682 (7,0)	9699 (100)	
Sul	460 (12,8)	1605 (44,5)	1542 (42,8)	3607 (100)	
Centro-Oeste	494 (26,3)	1091 (58,0)	297 (15,8)	1882 (100)	
Norte	819 (48,2)	792 (46,6)	87 (5,1)	1.698 (100)	
Brasil	6812 (28,3)	12644 (52,6)	4582 (19,1)	24038 (100)	

Fonte: Elaborado pela autora de acordo com banco de dados do PMAQ-AE – 2º ciclo. *p=0,001 - baseado em Proporção. Qui-quadrado de Pearson.

Tipologia de PICS					
por Região*					
Sudeste	592 (5,9)	1551 (15,4)	1122 (11,1)	6835 (67,7)	10100 (100)
Nordeste	232 (2,2)	630 (5,9)	256 (2,4)	9650 (89,6)	10768 (100)
Sul	166 (3,7)	468 (10,4)	233 (5,2)	3642 (80,8)	4509 (100)
Centro-Oeste	69 (3,1)	155 (6,9)	46 (2,1)	1971 (88,0)	2241 (100)
Norte	38 (1,8)	79 (3,7)	29 (1,3)	2014 (93,2)	2160 (100)
Brasil	1097 (3,7)	2883 (9,7)	1686 (5,7)	24112 (81,0)	29778 (100)
1					
2	85 (2)	174 (4,1)	47 (1,1)	3968 (92,8)	4274 (100)
3	96 (2)	223 (4,6)	88 (1,8)	4424 (91,6)	4831 (100)
4	167 (3)	371 (6,7)	114 (2,1)	4857 (88,2)	5509 (100)
5	225 (4,3)	479 (9,2)	204 (3,9)	4286 (82,5)	5194 (100)
6	457 (7,1)	1448 (22,4)	1180 (18,3)	3378 (52,3)	6463 (100)
Brasil	1097 (3,7)	2883 (9,7)	1686 (5,7)	24112 (81,0)	29778 (100)

Tipologia de PICS por região	Níveis de Oferta de PICS				p-valor do Qui-quadrado
	Nível Baixo (%)	Nível Intermediário (%)	Nível Alto (%)	Total (%)	
Sudeste	592 (18,1)	1551 (47,5)	1122 (34,4)	3265 (100,0)	0,001
Nordeste	232 (20,8)	630 (56,4)	256 (22,9)	1118 (100,0)	
Sul	166 (19,1)	468 (54,0)	233 (26,9)	867 (100,0)	
Centro-Oeste	69 (25,6)	155 (57,4)	46 (17,0)	270 (100,0)	
Norte	38 (26,0)	79 (54,1)	29 (19,9)	146 (100,0)	
Brasil	1097 (19,4)	2883 (50,9)	1686 (29,8)	5666 (100,0)	
Fonte: Elaborado pela autora de acordo com banco de dados do PMAQ-AB – 2º ciclo. *p=0,001 - baseado em Proporção. Qui-quadrado de Pearson.					

Tipo de prática	Proporção de oferta (%)
Medicina tradicional	3.284 (58,0%)
Chinesa	
Plantas Medicinais e Fitoterapia	1.854 (32,7%)
Homeopatia	1.224 (21,6%)
Medicina Antroposófica	242 (4,3%)
Termalismo Social/ Crenoterapia	71 (1,2%)
Fonte: Elaborado pela autora de acordo com banco de dados do PMAQ-AB – 2º ciclo	

Tabela 4 – Regressão logística multinomial da tipologia de PICS e da tipologia de Estrutura, ajustados por Região e Estrato de certificação do PMAQ-AB (continua)			
Variáveis	Níveis de oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde		
	Baixo OR (IC95%)	Intermediário OR (IC95%)	Alto OR (IC95%)
Modelo 1¹			
Estrutura			
Baixo	1	1	1
Médio	1,30 (1,10-1,54)	1,87 (1,64-2,13)	2,34 (1,87-2,94)
Alto	3,24 (2,70-3,88)	6,72 (5,87-7,70)	16,23 (13,08-20,14)
Região			
Norte	1	1	1
Nordeste	1,27 (0,90-1,81)	1,66 (1,31-2,11)	1,84 (1,25-2,71)
Centro-Oeste	1,86 (1,23-2,80)	2,00 (1,50-2,66)	1,62 (0,99-2,66)
Sul	2,42 (1,68-3,47)	3,28 (2,56-4,19)	4,44 (2,98-6,62)
Sudeste	4,59 (3,27-6,44)	5,79 (4,57-7,32)	11,40 (7,83-16,60)
Estrato			
1	1	1	1
2	1,02 (0,74-1,41)	0,75 (0,60-0,93)	0,72 (0,48-1,07)
3	1,04 (0,75-1,42)	0,86 (0,70-1,06)	1,20 (0,84-1,71)
4	1,64 (1,23-2,19)	1,30 (1,07-1,57)	1,42 (1,01-1,98)
5	2,51 (1,90-3,31)	1,90 (1,58-2,29)	2,87 (2,10-3,94)
6	6,46 (4,97-8,40)	7,29 (6,12-8,70)	21,08 (15,77-28,19)
Modelo 2²			
Estrutura			
Baixo	1	1	1
Médio	1,29 (1,09-1,53)	1,86 (1,63-2,13)	2,37 (1,89-2,98)
Alto	2,48 (2,05-2,99)	5,44 (4,73-6,25)	12,57 (10,10-15,63)
Região			
Norte	1	1	1
Nordeste	1,22 (0,86-1,73)	1,51 (1,19-1,92)	1,60 (1,09-2,36)
Centro-Oeste	1,61 (1,07-2,44)	1,50 (1,24-2,01)	1,01 (0,61-1,68)
Sul	1,68 (1,16-2,43)	1,65 (1,28-2,13)	1,54 (1,03-2,30)
Sudeste	3,58 (2,55-5,03)	3,55 (2,80-4,50)	5,13 (3,52-7,48)
Modelo 3³			
Estrutura			
Baixo	1	1	1
Médio	1,27 (1,07-1,50)	1,84 (1,61-2,11)	2,33 (1,85-2,94)
Alto	2,30 (1,91-2,76)	4,49 (3,92-5,14)	9,17 (7,36-11,42)
Estrato			
1	1	1	1
2	1,18 (0,85-1,63)	0,96 (0,76-1,20)	1,07 (0,71-1,61)
3	1,22 (0,89-1,68)	1,14 (0,92-1,41)	1,91 (1,33-2,75)
4	1,74 (1,30-2,32)	1,43 (1,17-1,73)	1,64 (1,17-2,30)
5	2,69 (2,03-3,55)	2,12 (1,76-2,57)	3,48 (2,52-4,79)
6	5,96 (4,58-7,75)	6,41 (5,37-7,64)	17,40 (12,98-23,33)

(conclusão)			
Variáveis	Nível de oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde		
	Baixo OR (IC95%)	Intermediário OR (IC95%)	Alto OR (IC95%)
Modelo 4 ⁴			
Estrutura			
Baixo	1	1	1
Médio	1,27 (1,06-1,51)	1,83 (1,60-2,09)	2,34 (1,85-2,95)
Alto	2,00 (1,65-2,43)	4,11 (3,57-4,74)	8,18 (6,52-10,27)
Região			
Norte	1	1	1
Nordeste	1,33 (0,93-1,90)	1,63 (1,27-2,09)	1,71 (1,15-2,54)
Centro-Oeste	1,59 (1,05-2,41)	1,42 (1,05-1,91)	0,87 (0,51-1,47)
Sul	1,59 (1,09-2,31)	1,53 (1,18-1,99)	1,39 (0,92-2,12)
Sudeste	2,80 (1,99-3,95)	2,49 (1,95-3,17)	2,84 (1,93-4,20)
Estrato			
1	1	1	1
2	1,29 (0,93-1,79)	0,99 (0,78-1,24)	1,08 (0,72-1,63)
3	1,41 (1,02-1,95)	1,22 (0,98-1,51)	2,01 (1,39-2,92)
4	1,66 (1,24-2,23)	1,40 (1,15-1,71)	1,62 (1,15-2,27)
5	2,51 (1,90-3,33)	2,04 (1,68-2,47)	3,23 (2,34-4,48)
6	5,08 (3,91-6,61)	5,68 (4,77-6,77)	14,51 (10,84-19,43)
¹ Modelos não ajustados, nos quais se avalia a associação entre preditores e desfecho (nível de oferta de PICS). ² Modelo ajustado por região, contendo a variável preditora referente à estrutura da UBS e o desfecho (nível de oferta de PICS). ³ Modelo ajustado por estrato, contendo a variável preditora referente à estrutura da unidade e o desfecho (nível de oferta de PICS). ⁴ Modelo ajustado por região e por estrato, contendo a variável preditora referente à estrutura da UBS e o desfecho (nível de oferta de PICS).			

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO E, PELICIONI MCF. Práticas Integrativas e Complementares e desafio para a educação. **Saúde e sociedade**, v 21, n 2. São Paulo, 2012. Pág: 336-350. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a02.pdf> . Acesso em: 29 nov.2018.
- BARROS FPC, LOPES JS, MENDONCA AVM, SOUSA MF. Acesso e equidade no serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Saúde e Debate** 40 (110), 2016. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300264. Acesso em nov. 2018.
- BOUSQUAT A, GIOVANELLA L, FAUSTO MCR, FUSARO ER, MENDONÇA MHM, GAGNO, J *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33: 37.316. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n8/1678-4464-csp-33-08-e00037316.pdf>. Acesso em 15 nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Brasília. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html . Acesso em: 02 de set. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017a**. Brasília. Disponível em: https://www.lex.com.br/legis_27357131_PORTARIA_N_849_DE_27_DE_MARCO_DE_2017.aspx Acesso em: 2 de nov. 2017a.
- BRASIL. Ministério de Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Brasília, 2017b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Informe_Maio_2017.pdf>. Acesso em: 29 nov.2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo**: Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília – DF, 2012b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf > Acesso em: 2 de nov. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de gestão de Práticas Integrativas e Complementares 2006/2010. Ano 11. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/rel_gestao2010_final.pdf >. Acesso em dez. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em 15 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ): **Instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica (saúde da família e equipe parametrizada)**. Brasília – DF, 2013b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf> Acesso em: 2 de nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Revista Brasileira Saúde da Família. Ministério da Saúde. Ano 14, n. 34 (jan. / abr. 2013). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. **Gráfica do Ministério da Saúde**. Pgs: 06 – 08. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/revista_brasileira_saude_familia_34.pdf>. Acesso em dez. 2018.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2013-2014**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_2_ciclo_pma_q.pdf>. Acesso em: 29 nov.2017.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Brasília, 2017b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Informe_Maio_2017.pdf>. Acesso em: 29 nov.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnpic.php>>. Acesso em: 10 de jun. de 2018.

CANTATORE, O. A. *et al.* Uso, cuidado e políticas das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, v 20, n 10. Campinas, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/1413-812320152010.00312015&pid=S1413-81232015001003263&pdf_path=csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3263.pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 de jun. de 2018.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v.260.

FAUSTO MCR. GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, SEIDI H, CAGNO J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e dos usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde e Debate**, 2014; 38: 13 - 33. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>>. Acesso em dez. 2018.

LE MOS I.C. **Produção científica nacional sobre práticas interativas não farmacológicas no trabalho de parto: uma revisão integrativa da literatura**. Enfermagem Obstétrica. Rio de Janeiro, v.1,n.1, p.25-30, jan/abr, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Ciente01/Downloads/7-24-1-PB.pdf >. Acessado em 30 de junho de 2017.

LOSSO, LN. **Avaliação da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica em Santa Catarina**. Dissertação (Mestrado) – 2015. 204f. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/169598/341668.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

MONTEIRO, Maria M.S. **Práticas Integrativas e Complementares no Brasil: Revisão**

Sistemática. Monografia (Especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde) – 2012. 36 f. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em:

<<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012monteiro-mms.pdf>>. Acesso em: 05 de out. 2017.

NETO, JS, MACHADO, MH, ALVES, CB. O programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. **Ciênc.e Saúde Coletiva** 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902709&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em nov. 2018.

NEVES RG, DURO SMS, E, MUÑIZ, J, CASTRO, TRP, FACCHINI, LA, TOMASI, E. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II fo programa nacional de melhoria de acesso e da qualidade. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34: 723 -17. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2018000405003&script=sci_abstract&tlng=pt>

Acesso em 15 dez. 2018.

SANTOS IMC, TESSER CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**. 2012; 17(11):3011-24. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a17.pdf>>. Acesso em 20 de set. 2018.

SOUSA, I. M.C.; TESSER, Charles D. Atenção Primária, Atenção psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde e sociedade**, v 21, n 2. São Paulo, 2012. Disponível em

<https://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_a08v21n2.pdf >. Acesso em: 29 nov.2018.

SOUZA IMC, TESSER CD. Medicina tradicional e complementar no Brasil: Inserção no sistema único de saúde e integração com a atenção com a atenção primária. **Cad. Saúde Pública** 2017. 33(11): e00150-215. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00150215.pdf>>. Acesso em 20 de set. 2018.

2018.

TEIXEIRA M.B. CASANOVA A, OLIVEIRA CCM, ENSGTROM EM, BODSTEIN RCA. Avaliação das práticas de promoção de saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde e Debate**, 2014; 38: 52 -68. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0052.pdf>>. Acesso em dez. 2018.

TESSER, C.D, SOUZA, IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Revista Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.1, p.174 – 188, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104_sdeb-42-spe01-0174.pdf>. Acesso em: 29 nov.2018.

TESSER, C.D, SOUZA, IMC, NASCIMENTO MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Revista Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.1, p.174 – 188, 2018. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0174.pdf>>. Acesso em: 29

nov.2018.

TOMASI E, OLIVEIRA TF, FERNANDES PAA, THUMÉ. E, SILVEIRA DS, SIQUEIRA FV, *et al.* Structure and work process in the prevention of cervical cancer in Health Basic Attention in Brazil:Program for the Improvement of Access and Quality. **Rev Bras Saúde Matern Infant** 2015; 15:171-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200171. Acesso em 15 nov. 2018.

TURCI, MA, COSTA, MFL, MACINKO, J. Influência dos fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública** 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2015000901941&script=sci_abstract& tlng=pt> Acesso em 15 dez. 2018.

UCHÔA AC, ARCÊNCIO RA, FRONTEIRA ISE, COÊLHO, AA *et al.* Acesso potencial à atenção primária em saúde: o que mostram os dados do programa de melhoria do acesso e da qualidade do Brasil? **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, 2016; 24: e 2672. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-02672.pdf>. Acesso em dez. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine.** Geneva, 2001. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2943e/h2943e.pdf>>. Acesso em: 29 de Dez. de 2017.

WORLD HEATHLH ORGANIZATION. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional:2014-2023.** Organización Mundial de la Salud, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf>. Acesso em: 20 de set. 2017.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação consistiu na investigação da associação entre a estrutura das UBS e a oferta de PICS pelas EqAB participantes do PMAQ-AB.

Verificamos que uma estrutura adequada das UBS foi associada à oferta de PICS por parte das EqAB, no sentido de quanto melhor a estrutura, maior a chance de ofertar PICS. Essa associação manteve-se mesmo após o ajuste por desigualdades regionais e socioeconômicas do país. Algo que não deveria acontecer.

Contudo, a adesão das EqAB do PMAQ-AB é de caráter voluntário. No entanto, essa adesão supera 90,0% das EqAB do país (censo), o fato justifica-se pelo motivo de que uma avaliação positiva dos serviços a partir do programa é de grande importância, visto que são realizadas diversas comparações das EqAB e estabelecimentos de saúde de APS nacional, com objetivo de incentivar as EqAB e gestores a melhorar a qualidade dos serviços oferecidos aos cidadãos do território, e ainda o motivo de gerar repasse financeiro federal para incentivo dos melhores estabelecimentos de acordo com os resultados, que além de proporcionar melhorias, traz a satisfação das EqAB em realizar um bom trabalho.

E ainda, outra questão limitante é a inexistência de estudos semelhantes para comparações, e o fato de não terem sido consideradas outras variáveis no ajuste dos modelos, que podem explicar parte da associação observada, como a presença de EqAB de NASF, de serviços de educação permanente e ainda o estímulo por parte do gestor local.

Os resultados encontrados neste estudo são achados novos e relevantes no país, especialmente por considerar a oferta das PICS em diferentes contextos, uma abordagem relativamente nova e pouco explorada na saúde pública, ainda mais quando se refere a estudos quantitativos.

Os achados aqui apresentados também reforçam a importância do desenvolvimento de outros estudos brasileiros na área, e ainda a realização de estudos que investiguem as desigualdades de oferta dos serviços de saúde em geral; na busca de aprofundar os conhecimentos nesses ramos, no sentido de encontrar alternativas que reduza ou neutralize tais questões e fortaleça esses cuidados originários das populações, evitando assim a formação de ‘nichos’ privilegiados de usuários, dentro de um sistema de saúde público, democrático e integral.

Isso significa que para a oferta de serviços em saúde seja igualitária e homogênea é preciso superar questões que se interseccionam na produção e manutenção dessas desigualdades, como é o caso da estrutura/ melhores condições socioeconômicas e o fortalecimento dos cuidados naturais do processo saúde doença intrínseco das populações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO E, PELICIONI MCF. Práticas Integrativas e Complementares e desafio para a educação. **Saúde e sociedade**, v 21, n 2. São Paulo, 2012. Pág: 336-350. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a02.pdf>> . Acesso em: 29 nov.2018.

BOUSQUAT, A.*et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33: 37.316. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n8/1678-4464-csp-33-08-e00037316.pdf>. Acesso em 15 nov. 2018.

BARROS FPC, LOPES JS, MENDONCA AVM, SOUSA MF. Acesso e equidade no serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Saúde e Debate** 40 (110), 2016. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300264. Acesso em nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Brasília. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html> . Acesso em: 02 de set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017a**. Brasília. Disponível em:<https://www.lex.com.br/legis_27357131_PORTARIA_N_849_DE_27_DE_MARC_O_DE_2017.aspx> Acesso em: 2 de nov. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo: Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília – DF, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf> Acesso em: 2 de nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf> Acesso em: 2 de nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de gestão de Práticas Integrativas e Complementares 2006/2010. Ano 11. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.** Disponível: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/rel_gestao2010_final.pdf> . Acesso em dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Ministério da Saúde. Ano 14, n. 34 (jan. / abr. 2013). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Gráfica do Ministério da Saúde. Pgs: 06 – 08. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/revista_brasileira_saude_familia_34.pdf>. Acesso em dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ): **Instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica (saúde da família e equipe parametrizada)**. Brasília – DF, 2013b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf> Acesso em: 2 de nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.** Brasília:

Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em 15 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília, 2006. Disponível em:
<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnpic.php>>. Acesso em: 10 de jun. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em 15 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ): **Instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica (saúde da família e equipe parametrizada)**. Brasília – DF, 2013b. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf > Acesso em: 2 de nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Revista Brasileira Saúde da Família. Ministério da Saúde. Ano 14, n. 34 (jan. / abr. 2013). Brasília: **Ministério da Saúde, 2013. Gráfica do Ministério da Saúde. Pgs: 06 – 08**. Disponível em: <
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/revista_brasileira_saude_familia_34.pdf>. Acesso em dez. 2018.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2013-2014**. Brasília, 2015b. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_2_ciclo_pma_q.pdf >. Acesso em: 29 nov.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em:
<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 05 de out. 2017.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, 2017b**. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Informe_Maio_2017.pdf>. Acesso em: 29 nov.2017.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. DAB. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, Como implantar? Portal da Saúde** [Internet], 2016. Disponível em:<
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php?conteudo=como_implantar>. Acesso em: 23 de out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica: Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, 2ª ed.** Brasil, 2008b. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf >. Acesso em nov. 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS**, 2010. Disponível em: <
http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf >. Acesso em: 27 de jul. 2018.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Cienc Saúde Coletiva**. 2000; 5(1):163-177. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-8123200000100014&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 20 de set. 2018.

CACCIA-BAVA, M.C.G.G. *et al.* Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, 2017; 22(5): 1651 – 1659. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1651.pdf>>. Acesso em dez. 2018.

CANTATORE, O. A. *et al.* Uso, cuidado e políticas das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, v 20, n 10. Campinas, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/1413-812320152010.00312015&pid=S1413-81232015001003263&pdf_path=csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3263.pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 de jun. de 2018.

CAVALCANTI, P.C.S; NETO, A., SOUSA, M.F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 323-336, abril. 2015.

CARILLO, J. R. **Milagre da imperfeição: vida, saúde e doença numa visão sistêmica**. Editora Cultrix, 2008.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v.260.

FAUSTO MCR. GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, SEIDI H, CAGNO J. **A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e dos usuários participantes do PMAQ-AB**. **Saúde e Debate**, 2014; 38: 13 - 33. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>>. Acesso em dez. 2018.

GIOVANELLA L *et al.* In: Giovanela. L. Limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. 2009;14(3):783-794.

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014> Acesso em: 12 set. 2018.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 10ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 2011. 260p.

LEMOS I.C. **Produção científica nacional sobre práticas interativas não farmacológicas no trabalho de parto: uma revisão integrativa da literatura**. Enfermagem Obstétrica. Rio de Janeiro, v.1,n.1, p.25-30, jan/abr, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Cliente01/Downloads/7-24-1-PB.pdf>>. Acessado em 30 de junho de 2017.

LOSSO, LN. **Avaliação da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica em Santa Catarina**. Dissertação (Mestrado) – 2015. 204f. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/169598/341668.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 174p.

LUZ, M. T.; BARROS, Nelson Filice de. **Racionalidades Médicas e Práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2012. 360 p.

MODES, P.S.S.A.; GAÍVA, M.A.M. Avaliação da estrutura das Unidades Básicas de Saúde para atenção à criança. **Online braz. J. nurs**, 2013. Disponível em:

< http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3624/pdf_2>. Acesso em nov. 2018.

MONTEIRO, Maria M.S. **Práticas Integrativas e Complementares no Brasil: Revisão Sistemática**. Monografia (Especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde) – 2012. 36 f. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em:<<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012monteiro-mms.pdf>>. Acesso em: 05 de out. 2017.

NEVES RG, DURO SMS, E, MUÑIZ, J, CASTRO, TRP, FACCHINI, LA, TOMASI, E. **Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II fo programa nacional de melhoria de acesso e da qualidade**. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34: 723 -17. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2018000405003&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 15 dez. 2018.

NETO, J.S., MACHADO, M.H.; ALVES, C.B. O programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. **Ciênc.e Saúde Coletiva** 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902709&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em nov. 2018.

PEDROSA I.C.F., CORRÊA, A.C.P., MANDÚ, E.N.T. A influência da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de Enfermeiros. **Cienc. Cuid. Saude**, 2011. *Cad. Saúde Pública* 2018; 10: 580 -65. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13288>>. Acesso em nov. 2018.

SANTOS IMC, TESSER CD. **Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde**. *Cienc. Saúde Coletiva*. 2012; 17(11):3011-24. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a17.pdf>>. Acesso em 20 de set. 2018.

SOUSA, I. M.C.; TESSER, Charles D. **Atenção Primária, Atenção psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas afinidades eletivas**. *Saúde e sociedade*, v 21, n 2. São Paulo, 2012. Disponível em <https://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_a08v21n2.pdf> . Acesso em: 29 nov.2018.

SOUZA, E. F. A. A.; LUZ, M. T. **Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. História, Ciências, Saúde**, v 18, n 01. Rio de Janeiro, 2011. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100010>. Acesso em: 08 de jul. de 2018.

SOUZA IMC, TESSER CD. **Medicina tradicional e complementar no Brasil: Inserção no sistema único de saúde e integração com a atenção com a atenção primária**. *Cad. Saúde Pública* 2017. 33(11): e00150-215. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00150215.pdf>>. Acesso em 20 de set. 2018.

TEIXEIRA, M.B. *ET AL.* **Avaliação das práticas de promoção de saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. *Saúde e Debate*, 2014; 38: 52 -68. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0052.pdf>>. Acesso em dez. 2018.

TESSER, C.D, SOUZA, IMC, Nascimento MC. **Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira**. *Revista Saúde e Debate*, Rio de Janeiro, v.42, n.1, p.174 – 188, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0174.pdf>>. Acesso em: 29 nov.2018.

TESSER, C.D.; BARROS, N.F. **Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pela pluralização terapêutica do SUS.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.42, n.5, p.900-920, 2008.
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500018> Acesso em: 20 de agost. 2018.

TOMASI, E. *et al.* **Structure and work process in the prevention of cervical cancer in Health Basic Attention in Brazil:Program for the Improvement of Access and Quality.** *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2015; 15:171-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200171. Acesso em 15 nov. 2018.

TURCI, M.A, COSTA, M.F.L., MACINKO, J. **Influencia dos fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros.** *Cad. Saúde Pública* 2015. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2015000901941&script=sci_abstract&tl ng=pt> Acesso em 15 dez. 2018.

UCHÔA AC, ARCÊNCIO RA, FRONTEIRA ISE, COÊLHO, AA *et al.* Acesso potencial à atenção primária em saúde: o que mostram os dados do programa de melhoria do acesso e da qualidade do Brasil? *Rev. Latino Americana de Enfermagem*, 2016; 24: e 2672. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-02672.pdf>. Acesso em dez. 2018.

ZOOROB, R. *et al.* T.Which CAM modalities are Worth considering? **The jornal of Family practice.** v 63, n 10. Estados Unidos, 2014. < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4286117/pdf/JFP-63-585.pdf>>. Acesso em: 09 de jul. de 2018.

WORLD HEATLH ORGANIZATION. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional:2014-2023.** Organización Mundial de la Salud, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf>. Acesso em: 20 de set. 2017. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine.** Geneva, 2001. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2943e/h2943e.pdf>>. Acesso em: 29 de Dez. de 2017.