

**JANE SAULA DE OLIVEIRA**

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO**

**Faculdade de Odontologia  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Belo Horizonte  
2019**

Jane Saula de Oliveira

## **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre no curso de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública.

**Orientadora:** Profa. Dra. Janice Simpson de Paula

**Coorientadora:** Profa. Dra. Maria Inês Barreiros Senna

**Colaboradora:** Profa. Dra. Raquel Conceição Ferreira

Belo Horizonte  
2019

## Ficha Catalográfica

048p  
2019  
T Oliveira, Jane Saula de .  
Práticas integrativas e complementares no Sistema Único  
de Saúde brasileiro / Jane Saula de Oliveira. -- 2019.

96 f. : il.

Orientadora: Janice Simpson de Paula.  
Coorientadora: Maria Inês Barreiros Senna.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Serviços públicos de saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Terapias complementares. 4. Atenção primária à saúde . 5. Medicina integrativa. I. Paula, Janice Simpson de. II. Senna, Maria Inês Barreiros. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO**

**JANE SAULA DE OLIVEIRA**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Pública/Mestrado Profissional, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Odontologia.

Aprovada em 28 de junho de 2019, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Janice Simpson de Paula - Orientadora  
FO-UFMG

  
Prof(a). Rosa Nubia Vieira de Moura  
FO-UFMG

  
Prof(a). Vanessa de Almeida Guerra  
Enfermagem-UFMG

  
Prof(a). Maria Inês Barreiros Senna  
FO-UFMG

Belo Horizonte, 28 de junho de 2019.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP



## ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DA ALUNA JANE SAULA DE OLIVEIRA

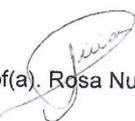
Aos 28 dias de junho de 2019, às 14:00 horas, na sala 3415 da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, reuniu-se a Comissão Examinadora composta pelos professores Janice Simpson de Paula (Orientadora) – FO/UFMG, Rosa Nubia Vieira de Moura – FO/UFMG, Vanessa de Almeida Guerra – Enfermagem/UFMG e Maria Inês Barreiros Senna – FO/UFMG, para julgamento da dissertação de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública, intitulada: **Práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde brasileiro**. A Presidente da Banca, abriu os trabalhos e apresentou a Comissão Examinadora. Após a exposição oral do trabalho pela aluna e arguição pelos membros da Banca, a Comissão Examinadora considerou:

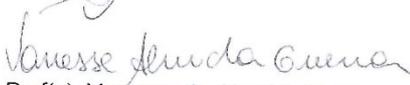
Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrou-se a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão. Belo Horizonte, 28 de junho de 2019.

  
Prof(a). Janice Simpson de Paula

  
Prof(a). Rosa Nubia Vieira de Moura

  
Prof(a). Vanessa de Almeida Guerra

  
Prof(a). Maria Inês Barreiros Senna

Dedico este trabalho à minha querida  
família, fonte inesgotável de amor!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por possibilitar a concretização de mais um sonho e deixo expressa a minha gratidão a todos, que direta ou indiretamente estiveram comigo nesta caminhada.

Agradeço à minha filhinha Beatriz, por ser luz e inspiração para que eu queira sempre melhorar, profissionalmente e principalmente como ser humano.

Agradeço aos meus queridos pais Adair Gonçalves e Helena, exemplo de garra e retidão. Sempre acreditando em minhas escolhas e me incentivando a prosseguir.

Agradeço ao meu esposo Caitano pela companhia constante, tornando a vida mais leve.

Aos meus amigos, agradeço pelo apoio recebido, em especial à Giovanna Ribeiro Souto, peça fundamental em todas as etapas desta conquista.

Agradeço a meus colegas de Mestrado pela convivência alegre e saudável.

Agradeço à minha querida professora, Janice, pelo acolhimento, parceria, carinho, otimismo, e sobretudo pela orientação tão cuidadosa e humana. Presente de Deus em minha vida...

Agradeço à professora Maria Inês, pelo tempo e conhecimentos compartilhados comigo numa nobre orientação.

Agradeço à professora Raquel pelos ensinamentos e paciência nas análises.

Agradeço à professora Lívia pela prontidão e alegria em sempre ajudar.

Agradeço à professora Viviane, meu primeiro contato nesta caminhada e que me fez acreditar que seria possível.

Enfim agradeço a todo corpo docente do Departamento de Odontologia Social e Preventiva, pela oportunidade de ampliar meus conhecimentos na busca incessante pelo aprendizado.

Agradeço a minha honrada e excelente Faculdade de Odontologia, pela qual tenho orgulho de ter sido formada e pós-graduada. Referência em seriedade e brilhantismo.

Agradeço também a todos os funcionários pelo suporte técnico e logístico.

Agradeço à Prefeitura de Belo Horizonte pela liberação para cursar o Mestrado e por consentir com o desenvolvimento de parte dele na rede.

Agradeço ao gerente imediato da minha unidade de saúde Centro de Saúde Visconde do Rio Branco pela compreensão e apoio. E a todos os meus colegas de trabalho pelo carinho com minha escolha.

Agradeço ao pessoal envolvido em PICS na rede, por permitir e facilitar a pesquisa.

E finalmente agradeço ao SUS, por eu poder fazer parte dele e ele de mim. A rotina diária numa unidade de saúde é inspiração para que queiramos sempre crescer para melhor contribuir com a qualidade de vida de nossos usuários.

## RESUMO

O objetivo geral dessa dissertação foi avaliar a oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Sistema Único de Saúde brasileiro, por meio de dois estudos. O Estudo 1 teve o objetivo de avaliar a frequência de oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) no serviço público de saúde brasileiro e sua associação com o processo de trabalho e gestão das EAB e com a existência de políticas de PICS no nível estadual de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Enquanto o Estudo 2 visa descrever o processo de implantação e a situação atual do Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA) no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. O Estudo 1, de base nacional, foi realizado com dados públicos secundários (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB, 2º ciclo, IBGE e DATASUS) e com pesquisa por dados oficiais das Unidades Federativas (UF). Os dados analisados apresentaram uma estrutura multinível, sendo: nível 1: EAB e nível 2: UF. A variável dependente foi a oferta de PICS pelas EAB, e as independentes no nível 1 se referiram ao processo de trabalho e gestão das equipes, e no nível 2, a existência de Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC). Já no Estudo 2 foi realizada uma pesquisa documental tanto nos arquivos institucionais do PRHOAMA, na sede da Secretaria Municipal de Saúde, quanto pela internet, em busca de documentos oficiais (DOM, portarias, resoluções), panfletos, cartazes, protocolos, apresentações, relatórios e notícias de jornal. Como resultados do Estudo 1, observa-se que as PICS eram ofertadas por 19% das 29.778 EAB participantes do PMAQ-AB. Houve maior proporção de oferta de PICS pelas EAB que apresentaram melhores características de processo de trabalho e gestão, em consonância com os princípios da Atenção Primária em Saúde; e nas UF que possuíam PEPIC e maior número de profissionais cadastrados em PICS. Com o Estudo 2 foi possível constatar que a iniciativa de regulamentação das PICS nos serviços públicos de saúde de BH começou em 1990 e, desde então, o Programa se estabeleceu, atuando especialmente no apoio matricial das EAB e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família/AB (NASF/AB). Conclui-se que, em nível nacional, a oferta de PICS está associada tanto às características das EAB quanto às iniciativas no nível das UF, como políticas próprias e recursos humanos na área de PICS. Além disso, o PRHOAMA se configura como uma das mais significativas experiências pioneiras de implementação das PICS no SUS em nível municipal.

**Palavras-chave:** Avaliação em saúde. Terapias complementares. Medicina integrativa. Atenção primária à saúde. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde.

## ABSTRACT

The general objective of this dissertation was to evaluate the offer of Integrative and Complementary Practices in Health in the Brazilian Unified Health System, through two studies. Study 1 had the objective of evaluating the frequency of provision of Integrative and Complementary Practices in Health (ICPH) by the Basic Attention Teams (BAT) in the Brazilian public health service and its association with the work and management process of the BAT and with the existence of PICS policies at the state level of management of the Unified Health System (UHS). While Study 2 aims to describe the implantation process and the current situation of the Homeopathy, Acupuncture and Anthroposophic Medicine Program (*Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica PRHOAMA*) in the Belo Horizonte city, Minas Gerais. Study 1, with a national base, was carried out with secondary public data (*Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB*, 2nd cycle, IBGE and DATASUS) and research by official data from Federal Units (FU). The analyzed data presented a multilevel structure, being: level 1: BAT and level 2: FU. The dependent variable was the provision of ICPS by the BAT, and the independent level 1 referred to the work process and management of the teams, and in level 2, the existence of a State Policy on Integrative and Complementary Practices (SPICP). In Study 2, a documentary research was carried out both in the institutional archives of *PRHOAMA*, in the headquarters of the Municipal Health Department, and through the internet, in search of official documents (*DOM*, ordinances, resolutions), pamphlets, posters, protocols, presentations, reports and newspaper news. As results of Study 1, it is observed that the ICPH were offered by 19% of the 29,778 BAT participants of the *PMAQ-AB*. There was a higher proportion of PICs offered by BAT that presented better work process and management characteristics, in accordance with the principles of Primary Health Care; and in the FU that had SPICP and more professionals registered in ICPH. With Study 2, it was possible to verify that the initiative for the regulation of ICPH in the public health services of BH began in 1990 and since then the Program has been established, working especially in the matrix support of the BAT and the *Núcleos de Apoio à Saúde da Família/AB (NASF/AB)*. It is concluded that, at the national level, the supply of ICPH is associated with both the characteristics of the BAT and the initiatives at the FU level, such as own policies and human resources in the ICPH area. In addition, *PRHOAMA* is one of the most significant pioneering experiences in the implementation of ICPH in UHS at the municipal level.

**Keywords:** Health evaluation. Complementary therapies. Integrative medicine. Primary health care. Health care quality, access, and evaluation.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
BH	Belo Horizonte
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAB	Centro de Reabilitação
CS	Centro de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DOM	Diário Oficial do Município
EA	Estudo de Avaliabilidade
EAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MOR	<i>Median Odds Ratio</i>
MS	Ministério da Saúde
MTC	Medicinas Tradicionais e Complementares
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PEPIC	Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade a Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PRHOAMA	Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica
PSE	Programa Saúde na Escola
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidades Federativas

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
2.1 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde .....	15
2.2 Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde .....	19
2.3 Avaliação em Saúde .....	21
2.4 Estudos de avaliação da oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde .....	29
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>34</b>
3.1 Objetivos gerais.....	34
3.2 Objetivos específicos .....	34
<b>4 METODOLOGIA EXPANDIDA .....</b>	<b>35</b>
4.1 Estudo 1.....	35
4.2 Estudo 2.....	38
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
5.1 Artigo 1 .....	43
5.2 Artigo 2 .....	63
5.3 Produto técnico .....	81
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>83</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO A - Comprovantes de aprovação no COEP da UFMG e da PBH.....</b>	<b>93</b>

<b>ANEXO B - Comprovante de submissão do artigo 1.....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO C - Certificado do Produto Técnico.....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO D - Primeiro Slide da Apresentação e Registros do dia da capacitação .....</b>	<b>96</b>

## 1 INTRODUÇÃO

É cada vez maior a procura pelas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Brasil e no mundo (CONTATORE *et al.*, 2015; EISENBERG *et al.*, 1998; ELIAS e ALVES, 2002; FISHER e WARD, 1994; SOUSA e TESSER, 2017; TELESSI JUNIOR, 2016). Observa-se que 70% a 95% da população de países em desenvolvimento, especialmente na Ásia, África, América Latina e Oriente Médio, utilizam alguma das PICS para manejo de problemas primários de saúde, e de forma semelhante em países industrializados, como Canadá, França, Alemanha e Itália (BODEKER e KRONENBERG, 2002; OMS, 2013; SANTOS, TESSER, 2012; SILENZIO, 2002).

No Brasil, o processo de institucionalização das PICS ocorreu com a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (AMADO *et al.*, 2017; BRASIL, 2006). A PNPIC estabeleceu inicialmente diretrizes para a oferta de cinco PICS aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2017, houve uma atualização, em que foram incluídas mais 14 práticas na PNPIC. E em março de 2018 foram acrescentadas mais 10 práticas integrativas. Desse modo, a PNPIC contempla 29 tipos de PICS previstas para serem ofertadas no SUS (BRASIL, 2006; 2017; 2018).

Segundo pesquisa do Ministério da Saúde, no Brasil, 78% das PICS ofertadas estão inseridas na Atenção Básica em Saúde (AB) e com intensa participação da Equipe de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2017; TESSER, 2018). A AB apresenta a ímpar especificidade de, além de ser o serviço preferencial para o primeiro contato do cidadão com o cuidado profissional de saúde, ter como missão a integração de ações de cuidado ao adoecimento, prevenção de agravos e de promoção da saúde, sendo o principal local de inserção das PICS nos Sistemas de Saúde (FREEMAN, 2010; LIMA, SILVA, TESSER, 2014).

Apesar da aceitação das PICS ser incontestavelmente crescente no mundo e no Brasil, seu potencial de contribuições ao cuidado na AB ainda é pouco explorado (TESSER, 2017). Existem poucos estudos a respeito das PICS e grande parte deles focam no seu uso pela população com poucas investigações acerca da sua oferta nos sistemas públicos de saúde (SOUSA, 2012).

Diante do exposto, a avaliação em saúde sobre as PICS no âmbito da AB do SUS é uma ferramenta essencial, visando o mapeamento da oferta desses

serviços e identificação dos fatores relacionados a ela, com conseqüente auxílio na tomada de decisões.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Medicinas Tradicionais e Complementares (MTC) é a denominação usada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para definir o conjunto de práticas e ações terapêuticas que não estão presentes na biomedicina (QUEIROZ, 2000; LIMA, SILVA, TESSER, 2014; OMS, 2002). Essas práticas também têm sido denominadas de Terapias Complementares ou Saúde Integrativa e Complementar, e no Brasil são chamadas de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) ou Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) (BRASIL, 2006; LIMA, SILVA, TESSER, 2014; NIH, 2019; OMS, 2013).

Tais práticas são consideradas sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos cujas racionalidades consideram a visão integral do ser humano, do processo saúde-doença, a promoção global do cuidado humano e o autocuidado. Possuem abordagens estimuladoras dos mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por intermédio da integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006; LUZ e BARROS, 2012; OMS 2013; SCHVEITZER e ZOBOLLI, 2014; TELESSI JUNIOR, 2016). Baseiam-se numa concepção 'vitalista', entendendo a doença como desequilíbrio da energia vital, com ênfase no estado geral do doente e não na doença, numa perspectiva integradora e não organicista. Nesse sentido, as propostas de saúde influenciadas por essas racionalidades se caracterizam por serem mais focadas no indivíduo, mostrando eficazes na superação do modelo biomédico, excessivamente centrado na doença, na assistência curativa e na intervenção medicamentosa (CAZARIN *et al.*, 2017; LUZ, 2005).

Embora a visão especializada ou segmentada acerca do processo saúde-doença tenha proporcionado significativos avanços nos estudos sobre a saúde humana, ela não conseguiu alcançar a plenitude na solução de todas as enfermidades, gerando, em alguns casos, mais perguntas do que respostas. O descontentamento com o modelo biomédico ou com a medicina convencional leva muitas pessoas a procurarem formas alternativas de tratamento, de modo que,

atualmente, a sociedade vem resgatando de forma marcante os conhecimentos de culturas tradicionais (OTANI e BARROS, 2011; SANTOS, 2010).

O aumento dos custos com os tratamentos, excessiva preocupação com a diagnose, distanciamento do paciente e, sobretudo, valorização da doença provocaram uma crise no setor da saúde e da medicina. Este cenário favoreceu o surgimento e a importação de modelos e sistemas terapêuticos distintos daqueles da racionalidade biomédica hegemônica (LUZ, 2005). Este processo ocorreu principalmente a partir da segunda metade do século XX, sobretudo com o movimento social urbano denominado contracultura desencadeado na década de 1960 e prolongado durante os anos 1970 nos Estados Unidos e na Europa (SANTOS, 2010).

A aceitação crescente das PICS no Brasil e no mundo parece incontestável (TESSER, 2017). No documento da OMS, intitulado *Traditional Medicine Strategy 2014-2023*, é apresentada a avaliação dos índices de utilização mundial das PICS, o investimento em pesquisas na área, as características do seu consumo e sua institucionalização nos serviços de saúde nos últimos 10 anos, além do estabelecimento das metas para sua ampliação na Atenção Primária à Saúde (APS). Segundo a OMS, estima-se que mais de 100 milhões de europeus e um número ainda maior de pessoas concentradas na África, Ásia, Austrália e Estados Unidos são usuárias das PICS. Avalia-se que as PICS movimentaram aproximadamente 83,1 bilhões de dólares, em 2012, no consumo de produtos originados da Medicina Tradicional Chinesa e 14,8 bilhões de dólares, em 2008, com produtos naturais, nos Estados Unidos (CONTATORE *et al.*, 2015; OMS, 2013).

As recomendações da OMS são enfáticas para que seus países membros elaborem políticas que considerem a oferta de PICS nos serviços públicos, e há um contexto mundial favorável para que elas ocorram. Isso se deve, entre outros fatores, ao abalo da biomedicina, por sua dependência à alta tecnologia, seus efeitos iatrogênicos e pela crescente desumanização das práticas profissionais (GONÇALVES *et al.*, 2008; NOGALES-GAETE, 2004; SANTOS e TESSER, 2012).

Embora as primeiras recomendações para a implantação das PICS tenham sido divulgadas durante a Primeira Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata, Rússia, 1978 (TELESSI JUNIOR, 2016), no Brasil, as discussões para a legitimação destas abordagens de atenção à saúde iniciaram-se a partir da década de 80, coincidindo com a criação do SUS (BRASIL, 2006; SANTOS, 2010). E o processo de institucionalização ocorreu com a publicação da

Portaria Ministerial nº 971 de 2006 que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006).

A PNPIC, em 2006, estabeleceu diretrizes para a oferta de cinco PICS aos usuários do SUS. Em 2017, houve uma atualização, em que foram incluídas 14 práticas. Essa ampliação teve como base os dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) e da estratégia e-SUS Atenção Básica (AB), que evidenciaram de maneira mais contundente a penetração e amplitude das PICS nos serviços de saúde, sobretudo nas Unidades Básicas de Saúde (CARVALHO *et al.*, 2017). E, em março de 2018, foram acrescentadas mais 10 práticas (BRASIL, 2018). Desse modo, a PNPIC contempla 29 tipos de PICS previstas a serem ofertadas no SUS (BRASIL, 2006; 2017; 2018), conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Sistema Único de Saúde regulamentadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Brasil 2006-2018.

<b>2006:05 PICS</b>	<b>2017:14 PICS</b>	<b>2018:10 PICS</b>
Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura Homeopatia Plantas Medicinais e Fitoterapia Medicina Antroposófica Termalismo- Crenoterapia	Arteterapia Ayurveda Biodança Dança Circular Meditação Musicoterapia Naturopatia Osteopatia Quiropraxia Reflexoterapia Reiki Shantala Terapia Comunitária Integrativa Yoga	Aromaterapia Apiterapia Bioenergética Constelação Familiar Cromoterapia Geoterapia Hipnoterapia Imposição de mãos Ozonioterapia Terapia de Florais

Fonte: Brasil 2006; 2017; 2018.

No SUS, do total de serviços públicos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) em 2008, 197.951 serviços (0,54%) ofertavam PICS e em dezembro de 2016, dos 342.756 cadastrados, 1,77% ofertavam. O primeiro ciclo do PMAQ-AB (2012) revelou que das 17.203 equipes de Atenção Básica participantes, 3.209(18.7%) ofertavam PICS. Os resultados do segundo ciclo do PMAQ-AB (2013) com 29.778 equipes indicaram que 5.666 (19%) ofertavam PICS. Os

resultados indicam que ocorreu um aumento da oferta de PICS nos serviços públicos de saúde (AMADO *et al.*, 2017).

A iniciativa da PNPIC visou normatizar a utilização das PICS no SUS, convergindo com os princípios de integralidade e universalidade e contribuindo para o aumento da resolubilidade do sistema (BRASIL, 2006; SANTOS e TESSER, 2012). Trouxe também como objetivos, o estímulo às ações referentes ao controle e participação social na efetivação da política, o ensejo a alternativas inovadoras de cuidado, e o próprio controle e garantia de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso das PICS (BRASIL, 2006).

Dessa forma, a aprovação da PNPIC desencadeou o desenvolvimento de políticas, programas, ações e projetos nas três esferas de governo para sua institucionalização levando aos usuários do SUS o que antes era restrito aos usuários da rede privada ou conveniada de saúde (SCHVEITZER e ZOBOLI, 2014). Observe-se que experiências municipais, anteriores à PNPIC, como Belo Horizonte/Minas Gerais (BELO HORIZONTE, 1990), Campinas/São Paulo (NAGAI e QUEIROZ, 2009), Florianópolis/Santa Catarina (THIAGO, 2009), Recife/Pernambuco (SANTOS, 2010) e São Paulo/São Paulo (SÃO PAULO, 2010), ganharam força ao longo dos anos, assim como a descentralização e regionalização, por meio das políticas estaduais que se fizeram presentes em algumas Unidades Federativas (UF) brasileiras como Espírito Santo (ESPIRITO SANTO, 2008), Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2009), Goiás (GOIÁS, 2009), RIO GRANDE DO NORTE, 2011), Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2013), Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2013), São Paulo (SÃO PAULO, 2013), Mato Grosso (MATO GROSSO, 2016) e Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2017).

Por fim, é evidente que a oferta das PICS no SUS convergem com os princípios organizativos e doutrinários do sistema e podem influenciar em diversos fatores, tais como: a ampliação do acesso, a humanização dos serviços, a desmedicalização dos sintomas, a promoção do cuidado e autocuidado, o protagonismo dos usuários e o apoio na prevenção e redução da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, entre outras (BARROS, 2000; CAZARIN *et al.*, 2017; TESSER, 2009).

## 2.2 Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011; DIAS, 2013; SILVA, LIMA e TESSER, 2013).

Enquanto modelo assistencial, a APS corresponde ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde e é usualmente representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população (GIOVANELLA, 2006; STARFIELD, 2002).

Historicamente, a ideia de APS foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no Relatório *Dawson*, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e, por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (MATTA e MOSORINI, 2017). Tratava da organização do sistema de serviços de saúde em diferentes níveis de atenção onde a APS é apoiada por um nível secundário, constituído de especialistas que fornecem atenção por consulta que, por sua vez, contavam com o suporte de um nível terciário, baseado em hospitais escola, para atenção às doenças mais incomuns e complicadas.

Este tópico, APS, foi mais tarde abordado durante a Conferência em Alma-Ata (1978), onde, por consenso, foi reconhecida como uma porção integral, permanente e onipresente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países. Durante a Conferência foram especificados os componentes fundamentais da APS: educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizantes e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

Dessa forma, a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) apresenta uma síntese das discussões que se estabeleceram em torno das estratégias, as quais deveriam ser adotadas pelos países, a fim de proporcionarem um bom nível de saúde para todos, independentemente das diferentes origens sociais e econômicas. Propõe, uma nova abordagem na organização e racionalização dos recursos disponíveis através dos cuidados primários à saúde. Estes, por sua vez, foram definidos em Alma-Ata como cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de famílias e da comunidade (TELESSIJUNIOR, 2016).

Desde então, a APS vem crescendo em muitos países, e entre as suas metas se destaca a redução das iniquidades em saúde. A intenção é que as classes sociais mais vulneráveis não permaneçam sistematicamente em desvantagem em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um bom atendimento na saúde (ABRAHÃO, 2007).

A APS tem uma história singular no Brasil. Surgiu, em 1924, na criação dos Centros de Saúde com alguma influência do pensamento dawsoniano do Reino Unido e passou por diferentes ciclos. Após a instituição do SUS, concretizou-se uma enorme expansão dos cuidados primários por meio da municipalização das unidades de APS (MENDES, 2015). Representa a porta de entrada ao sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

Além disso, a implantação da Equipe de Saúde da Família (ESF) agregou uma dimensão qualitativa à expansão da APS dentro do SUS. Esse ciclo sofreu alguma influência de modelos de Medicina de Família e de Comunidade praticados em países como Inglaterra, Canadá e Cuba. Mas, sua raiz mais significativa está vinculada à experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) desenvolvida no Estado do Ceará e expandida com a incorporação de médicos e enfermeiros (MENDES, 2015).

Contudo, no processo histórico brasileiro também são apresentadas diferentes interpretações para a APS. Segundo Castro (2009) e Gil (2006), a noção de que “os cuidados primários de saúde, ao assumirem [...], um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde”, levou o Ministério da Saúde (MS) a adotar a nomenclatura de Atenção Básica para diferenciar da APS. Apesar do termo Atenção

Básica ser muito utilizado no país, inclusive no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ambos têm significados muito semelhantes.

Por fim, as evidências de estudos realizados demonstram que a APS ou AB tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde (STARFIELD, 1994), realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde, integrando os cuidados quando existe mais de um problema, lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas a seus problemas de saúde.

Assim, a APS se consolidou como uma das formas mais equitativas e eficientes de organizar um sistema de saúde. E diante dos seus avanços, torna-se relevante avaliar os resultados alcançados em relação à organização e à oferta dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde da população (HAUSER *et al.*, 2013). As ferramentas de avaliação são primordiais quando utilizadas para organizar prioridades, pois mensuram situações atuais e podem auxiliar a estabelecer metas, além de identificar quais características devem ser modificadas ou reformadas (COUTINHO, 2015; MACINKO e HARZHEIM, 2007).

### 2.3 Avaliação em Saúde

O conceito de avaliação dos programas públicos apareceu logo após a Segunda Guerra Mundial. No contexto em que o Estado passava a substituir o mercado, meios para que a atribuição de recursos fosse a mais eficaz possível foram necessários e então os economistas desenvolveram métodos para analisar as vantagens e os custos dos programas públicos, caracterizando o pioneirismo da avaliação (HARTZ, 1997).

Avaliação em saúde é um campo de amplo crescimento (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; PAIM, 2005; VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). Segundo Minayo (2006), a avaliação como técnica e estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa.

Para Patton (1997), a prática da avaliação de programas pode ser resumida em três objetivos primários: (1) realizar julgamentos; (2) facilitar o desenvolvimento; (3) e contribuir com o conhecimento. Atribui-se ainda à avaliação o potencial de se converter em um importante instrumento democrático de controle da gestão pública, tanto para os governantes quanto para o conjunto da sociedade civil no que tange ao controle dos recursos e ações do Estado.

O estímulo à utilização de práticas avaliativas pela OMS se iniciou no Brasil nas décadas de 80 e 90, com o ingresso da temática da avaliação na agenda sanitária e com a inclusão das políticas de valorização do planejamento em saúde, assim como das políticas voltadas para a unificação e descentralização do sistema de saúde (GASPARINI e FURTADO, 2014).

Existe uma grande diversidade de abordagens e métodos para a avaliação, entre estes encontra-se a Avaliação Normativa e a Pesquisa Avaliativa.

A Avaliação Normativa consiste na medida das diferenças entre os componentes da intervenção, critério e norma de referência da mesma natureza. Sua validade depende da qualidade da medida e da força causal dos vínculos postulados entre estrutura, processo e resultado. Objetiva verificar se determinada intervenção corresponde às expectativas, recorrendo ou não às metodologias científicas. Em geral, faz parte do processo de gestão e está estreitamente associada com controle dentro de organizações (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; GASPARINI e FURTADO, 2014; JORGE, LEITÃO e BEZERRA, 2017). Sendo assim a avaliação normativa é uma atividade comum em uma organização ou um programa e corresponde às funções de controle e de acompanhamento, assim como aos programas de garantia de qualidade (CLEMENCHACEN e CHAMPAGNE, 1986; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). Tem como finalidade principal ajudar os gerentes a preencher suas funções habituais e é normalmente conduzida por aqueles que são responsáveis pelo funcionamento e pela gestão da intervenção, fazendo parte da atividade natural de um gerente e deveria, portanto, ter uma forte validade pragmática (DUNN, 1989; HARTZ, 1999).

Já a Pesquisa Avaliativa corresponde ao julgamento feito sobre as práticas sociais, a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada sobre as características dessas práticas, em geral, ou em um contexto particular, por meio do recurso das metodologias científicas (CONTRADIOPOULLOS *et al.*, 1997; GASPARINI e FURTADO, 2014; VIEIRA-DA-SILVA, 2005). A pesquisa avaliativa caracteriza-se por examinar, através de um procedimento científico, as

relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção. Ela exige uma perícia metodológica e teórica importante, geralmente não pode ser feita por aqueles que são responsáveis pela intervenção em si, sendo mais frequentemente confiada a pesquisadores que são externos à intervenção. Neste caso, a questão de saber se seus trabalhos serão úteis para as decisões é importante (GASPARINI e FURTADO, 2014).

Para Champagne *et al.* (2011) a pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos, segundo a análise privilegiada. A análise estratégica em avaliação é realizada quando o foco se estreita sobre a pertinência de determinada intervenção (O problema foi bem escolhido? Seria essa a melhor forma de intervir, entre outras); a análise lógica, quando se examina a coerência, os fundamentos, concepções e validade operacional de determinado plano que sustenta o programa ou serviço avaliado; análise de produção, que se interessa, sobretudo, pelos resultados tangíveis de uma intervenção (procedimentos realizados pessoas atendidas etc.) e aos determinantes da qualidade dos processos que integram o ente avaliado; análise dos efeitos, que verifica a eficácia da intervenção em relação à solução ou não dos problemas que constituíram alvo da mesma; análise da eficiência, que é voltada para os custos e benefícios gerados pela iniciativa; e, finalmente, a análise de implantação, que observa o quanto as concepções e o planejamento da intervenção foram transpostos para a prática, a partir da observação e análise das interações entre determinado programa ou serviço e o contexto no qual se realizou sua implementação, na produção de eventuais efeitos (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; GASPARINI e FURTADO, 2014).

Para o nosso estudo foi utilizada a modalidade análise de implantação, na busca de responder se o PRHOAMA está sendo implementado da melhor forma possível, dado o contexto em que ocorre, se os atores agem como esperado, se os beneficiários estão sendo atingidos e respondendo à intervenção, se houve ou é necessário adaptações ou alterações na estratégia de implementação para que se produzam os resultados esperados.

De acordo com Champagne *et al.* (2011, p. 54), a Pesquisa Avaliativa objetiva

analisar, mediante métodos científicos válidos e reconhecidos, o grau de adequação entre os diferentes componentes de uma intervenção. Mais especificamente, analisar a pertinência, a lógica, a produtividade os efeitos e a eficiência de uma intervenção, bem como as relações existentes entre a intervenção e o contexto em que se desenrola.

A avaliação é uma estratégia que contribui para direcionar ou redirecionar a execução de ações e atividades, colaborando para a tomada de novas decisões e melhoria da qualidade do processo assistencial (TANAKA e TAMAKI, 2001; TEIXEIRA, 2006).

Pode-se afirmar que estudos avaliativos na APS têm sido conduzidos nos últimos anos se firmando como uma tendência no cenário atual da Saúde. Nesse contexto, o Ministério da Saúde tem proposto diversas iniciativas com base na indução, no monitoramento e na avaliação de processos e resultados mensuráveis a fim de garantir acesso e qualidade da atenção à saúde, destaca-se aqui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB (BRASIL, 2012).

Com foco na Pesquisa Avaliativa, a presente dissertação tem como objetivo a avaliação em saúde sobre a oferta das PICS no SUS. Encontra-se subdividida em Estudo 1, com a análise da oferta das PICS em território nacional, por meio dos dados secundários do PMAQ-AB; e o Estudo 2 que avalia o Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA) de Belo Horizonte/Minas Gerais, por meio da realização de uma pesquisa documental. Por isso, a fundamentação teórica dos dois tipos de estudos de avaliação será apresentada a seguir.

### 2.3.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

A literatura demonstra a importância de estudos avaliativos para orientar o desenvolvimento de programas de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006; FELISBERTO, 2006). E, no SUS, diversificados esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de AB ofertados à

sociedade brasileira, além de estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no país.

Neste sentido, o PMAQ-AB foi criado pela Portaria nº 1.654 do Ministério da Saúde, publicada em 19 de julho de 2011, e vinculou pela primeira vez o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas Equipes de Atenção Básica (EAB). O primeiro ciclo do programa ocorreu em 2011, o segundo ciclo em 2013-2014 e em 2017 foi iniciado o terceiro ciclo. Desde então, esta tem sido a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, que almeja a permanente e progressiva ampliação do acesso e da qualidade das práticas de gestão, cuidado e participação na AB (BRASIL, 2012).

O PMAQ-AB possui como objetivo principal avaliar os resultados da política de saúde, em todas as suas dimensões, com foco para o componente da AB. Além disso, destaca-se pela institucionalização da cultura de avaliação no SUS. Logo, o programa se constitui em um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde, com vistas a auxiliar a tomada de decisão, assegurar a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2012).

O PMAQ-AB primeiro e segundo ciclo estão organizados em 4 fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB (BRASIL, 2012).

- Primeira fase: consiste na contratualização, que é firmada entre as equipes e gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde.
- Segunda fase: consiste no desenvolvimento das ações que serão empreendidas pelas equipes e gestores sendo organizadas em quatro dimensões (auto avaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional).
- Terceira fase: consiste na avaliação externa, que averigua as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes de AB participantes do programa. É feito através de um instrumento de múltiplas dimensões, onde as equipes serão avaliadas considerando elementos relacionados à gestão para o desenvolvimento da AB; a estrutura e condições de funcionamento das unidades; a valorização dos profissionais; o acesso e a qualidade da atenção; organização do

processo de trabalho; e a utilização, participação e satisfação dos usuários. O instrumento de avaliação externa se subdivide em módulos. Os Módulos I e V contemplam elementos relacionados às características estruturais e de ambiência na unidade de saúde e disponibilidade de equipamentos, materiais, insumos e medicamentos, que serão observadas pelo avaliador de qualidade. No Módulo II, composto por entrevista com profissional de saúde, são verificados elementos relacionados à organização do processo de trabalho. No Módulo III a entrevista é aplicada aos usuários e visa conhecer a percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso, utilização e participação. O Módulo IV é direcionado ao profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e, por fim, o Módulo VI destina-se à Equipe de Saúde Bucal.

- Quarta fase: constitui o processo de recontractualização que deve ocorrer após a certificação da EAB. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contractualização de indicadores e compromissos é realizada completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa.

Estão contemplados, ao longo do instrumento do PMAQ-AB, aspectos importantes das prioridades da PNAB, tais como: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Bucal, Saúde Mental, Atenção às Doenças Crônicas, Programa Saúde na Escola, Atenção Domiciliar, Práticas Integrativas e Complementares, Atenção às Doenças Negligenciadas e ações voltadas às doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* (BRASIL, 2012).

Para Aquino *et al.* (2014), o PMAQ-AB apresenta muitas potencialidades, porém encontra alguns desafios, como: estabelecimento de parcerias entre universidades, gestão federal, estaduais e municipais; logística implicada em uma iniciativa nacional que pretende avaliar processo locais; dinamicidade do processo e as mudanças esperadas a curto e médio espaço de tempo; e modalidade de remuneração por desempenho.

Além disso, verifica-se que o entendimento e o envolvimento com a avaliação por parte das equipes ainda não são orgânicos e estão impregnados de dúvidas e incertezas, gerando tensão e insegurança. É necessário criar outras iniciativas que estimulem e apoiem de forma permanente este processo, maximizando a participação dos profissionais no planejamento e avaliação das suas ações e devolvendo, de forma clara e inteligível, os resultados do processo (CASOTTI *et al.*, 2013).

Assim, as equipes precisam ser estimuladas a utilizar os indicadores gerados por elas próprias, para planejar, organizar e implementar o cuidado à saúde de forma direcionada a realidade local, além de permitir a avaliação da efetividade e do alcance das ações. Portanto, o registro não pode permanecer como mero cumprimento de metas em uma atividade burocrática, mas deve permear o cotidiano como uma ferramenta de inteligência epidemiológica e uma via de subsidio à gestão local dos serviços e políticas de saúde (GUARNELO *et al.*, 2013).

Campos (2005), afirma que para um programa de garantia ou de melhoria contínua da qualidade cumprir os seus objetivos são necessárias as seguintes condições: provocar mudanças concretas para um serviço de melhor qualidade; definir os responsáveis pelas ações; proporcionar as condições que não estão ao alcance da equipe, de forma a facilitar a melhoria de qualidade; além de construir uma proposta que reflita a realidade loco-regional em que esteja atuando.

O PMAQ-AB pode ser considerado uma estratégia de sucesso para avaliação da AB do sistema público de saúde brasileiro, que permite diversas avaliações e o aprofundamento de pesquisas na área. Coutinho (2015) utilizou os dados do Módulo II da Avaliação Externa referentes à implantação e realização do acolhimento à demanda espontânea oriundos das entrevistas com profissionais das 17.202 equipes avaliadas no primeiro ciclo do programa. Verificou-se que as EAB atuam de forma desarticulada e que não há uniformidade das ações entre as cinco regiões do país, concluindo que a partir das novas avaliações do PMAQ-AB será possível fazer uma comparação da evolução dessa ferramenta de trabalho e verificar se essas medidas de indução para melhoria nos processos de trabalho promovem uma melhoria do acesso e da qualidade da AB.

Desenvolver ações pautadas em pesquisas de avaliação dos serviços, principalmente de forma ampla como o PMAQ-AB é extremamente importante, pois, além de dar suporte para uma análise crítico-reflexiva, promove ações para aumentar a capacidade e o desempenho da ESF como porta de entrada do SUS (PROTASIO *et al.*, 2014).

### 2.3.2 Pesquisa Documental

Caracteriza-se pelo estudo “[...] de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa” (GIL, 2008, p. 45). O uso de documentos para a pesquisa traz uma riqueza de informações, já que elas podem ser utilizadas em várias áreas de ciências humanas e sociais, aproximando o entendimento do objeto na sua contextualização histórica e sociocultural (; CECHINEL *et al.*, 2016; SÁ-SILVA, ALMEIDA e GUINDANI, 2009). Além disso, a etapa documental pode complementar a pesquisa, subsidiando dados encontrados por outras fontes, no sentido de corroborar a confiabilidade dos dados (CECHINEL *et al.*, 2016; SÁ-SILVA, ALMEIDA e GUINDANI, 2009).

Os documentos podem ser dos mais variados tipos, escritos ou não, os quais incluem diários, documentos de entidades públicas e privadas, gravações, correspondências, fotografias, filmes ou mapas, entre outros. Na área da saúde, podem ser os prontuários dos pacientes, as portarias, as resoluções, os planos de ação, os planos municipais de saúde, dentre outros (CECHINEL *et al.*, 2016).

Assim, a principal diferença entre a pesquisa documental e a bibliográfica diz respeito à natureza das fontes. E os documentos podem denotar sentidos diferentes de acordo com a sua fonte e com o conhecimento do leitor. No entanto, trabalhar com documentos inspira credibilidade e representatividade (SÁ-SILVA; ALMEIDA e GUINDANI, 2009). Nesse sentido, Martins e Theophilo (2009, p. 88) afirmam que “um dos grandes desafios da prática da pesquisa documental é o grau de confiança sobre a veracidade dos documentos”.

Dentre as vantagens da pesquisa documental, pode-se considerar: fonte rica e estável de dados, subsistência ao longo do tempo, baixo custo, não exigência de contato com os sujeitos da pesquisa. Já limitações deste tipo de pesquisa são a não representatividade e subjetividade dos documentos (GIL, 2008).

A análise documental se inicia pelas perguntas a serem respondidas pelos documentos. Consiste na avaliação preliminar de cada documento sob o olhar dos seguintes elementos: contexto, autores, interesses, confiabilidade, natureza do texto e conceitos-chave. Os elementos de análise podem variar conforme as necessidades do pesquisador. Após a análise de cada documento, segue-se a análise documental propriamente dita, que consiste no “momento de reunir todas as partes – elementos

da problemática ou do quadro teórico, contexto, autores, interesses, confiabilidade, natureza do texto, conceitos-chave” (CELLARD, 2008, p. 303).

Porém, o que caracteriza a análise documental em si, é a realização desta análise, baseada na interpretação coerente, tendo em vista a temática proposta e a pergunta de pesquisa (SÁ-SILVA, ALMEIDA e GUINDANI, 2009). Logo, na análise individual de cada documento a ser pesquisado, tem-se os elementos imprescindíveis para identificá-lo e categorizá-lo para utilização ou não na pesquisa (CECHINEL *et al.*, 2016; SÁ-SILVA, ALMEIDA e GUINDANI, 2009).

Enfim, a possibilidade que se tem de partir de dados passados, fazer algumas inferências para o futuro e, mais, a importância de se compreender os seus antecedentes numa espécie de reconstrução das vivências e do vivido. Portanto, a pesquisa documental, bem como outros tipos de pesquisa, propõe-se a produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenômenos e dar a conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos (SÁ-SILVA, ALMEIDA e GUINDANI, 2009).

Os trabalhos analisados apresentam a característica da pesquisa avaliativa que a diferencia das demais, qual seja, o de realizar julgamento *ex-post* de determinada intervenção (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). Nesse sentido, os trabalhos explicitam posicionamento sobre o quão adequado e pertinente são aspectos como cobertura e impacto, entre outros, dos programas ou projetos avaliados (GASPARINI e FURTADO, 2014).

#### 2.4 Estudos de avaliação da oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde

Os estudos que apresentam resultados a oferta das PICS de uma forma geral (não focada em uma única prática) na AB do SUS ainda são escassos. Na Tabela 1 são apresentados os estudos encontrados da pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados *PubMed* em janeiro de 2019, com o uso dos Descritores em Ciências da Saúde: Sistema Único de Saúde (*Unified Health System*), Atenção Primária à Saúde (*Primary Health Care*), Brasil (*Brazil*) e Terapias Complementares (*Complementary Therapies*). Sem restrição de ano ou idioma. Em seguida procedeu-se a busca manual entre as referências dos artigos selecionados, cabe destacar que

alguns estudos não se encontravam em revistas indexadas. Foram incluídos nesse fichamento apenas artigos científicos, cujo estudo se refere às PICS na AB. Estudo do tipo revisão, literatura cinzenta, artigos sobre uso e conhecimento de PICS, ou estudos sobre alguma das terapias especificamente não foram incluídos.

Quadro 1 – Artigos sobre a oferta de PICS na AB do SUS, Brasil

Base	Autor (ano)	Local	Tipo de Estudo	Fonte de dados	Principais resultados
NACIONAL	Amado (2017)	Base nacional	Descritivo	Informações disponibilizadas pelas equipes de Saúde da Família no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, no Programa Nacional de Acesso e Qualidade da Atenção Básica e no Sistema de Informação da Atenção Básica.	Ocorrência de subnotificação de registro dos serviços no CNES em comparação as informações prestadas pelas equipes de saúde no 1º e 2º ciclos do PMAQ/AB; Presença da oferta nos serviços de Atenção Básica de práticas que ainda não faziam parte da PNPIC, bem como a ampliação da oferta dessas práticas. Outro ponto importante é a diferença de uso das PICS entre o ciclo de vida e sexo, sendo mais frequente nos adultos e no sexo feminino.
ESTADUAL	Cazarin (2017)	Minas Gerais	Pesquisa avaliativa e monitoramento da PEPIC)	O monitoramento dos dados de oferta do Serviço de PICS é realizado, desde 2014, por meio de um conjunto de informações coletadas em Sistemas oficiais de informação, como também por um instrumento específico, desenvolvido pela Coordenação do programa, o Práticas in Loco (PIL).	Há de se avançar na uniformização dos instrumentos utilizados com vistas a que todos os municípios que ofertem tais práticas utilizem tanto os sistemas oficiais, quanto o PIL. Destaca-se a importância do estímulo, por parte da esfera estadual, direcionado a regulamentação institucional dos programas de PICS a nível municipal. Regulamentação essa, que contemple destinação de recursos organizacionais (financeiros, humanos, materiais/físicos, entre outros), por meio de cogestão, como maneira de favorecer a continuidade/sustentabilidade das políticas municipais de PICS
	Losso 2017	Santa Catarina	Pesquisa avaliativa do grau de implantação das PIC na AB	Uso de dados do segundo ciclo da avaliação externa do PMAQ-AB e criação de modelo de avaliação.	O modelo demonstrou viabilidade de aplicação nos 293 municípios de SC, classificando-os por graus de implantação: 35 municípios (11,9%) apresentaram implantação incipiente; 46 (15,7%) estavam parcialmente implantados; 50 (17,1%), implantados; e 162 (55,3%) municípios não ofertavam PIC. Este modelo serve para avaliar as PIC em outros estados do Brasil.

	<b>Autor (ano)</b>	<b>Local</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Forma de coleta de dados</b>	<b>Principais resultados</b>
MUNICIPAL	Cazarin (2017)	Recife (PE)	Estudo de avaliabilidade e da Política Municipal de PICS	Elaboração e validação do seu modelo teórico lógico (ML).	O estudo contribuiu para melhor entendimento do programa e dos mecanismos implicados na sua operacionalização, favorecendo seu aperfeiçoamento.
	Lima (2013)	Município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, com uma população estimada de 81.162 habitante	Estudo descritivo e exploratório	Observação e entrevista com roteiro semiestruturado aos profissionais que atuam no Serviço, com o intuito de compreender sua organização.	Apesar do incentivo da PNPIC para a implantação das práticas na rede de serviços do SUS, especialmente a APS/ESF, conclui-se que existe o desafio de se compreender e construir quais práticas de saúde podem se inserir no escopo das PIC. Ressalta-se, ainda, que o Sistema de Informação atual não consegue apreender todas as práticas ofertadas nos serviços. Com isso, há um descompasso entre o que é praticado pelos profissionais no Serviço e o registrado no sistema de informação. Entretanto, as PIC podem ser recursos úteis na promoção da saúde, sobretudo, porque estabelecem uma nova compreensão do processo saúde-doença, em que se destaca a perspectiva holística e o empoderamento individual, com impactos na vida cotidiana dos sujeitos. Contudo, para potencializar as práticas no campo da promoção da saúde e do cuidado no SUS é preciso superar os desafios referentes a uma prática setorializada, essencialmente individualista e tendente a ficar limitada, restrita e de difícil acesso, no caso de serviços e profissionais especializados “puros” como o investigado, contribuindo pouco para a expansão do acesso às PIC e para a construção e qualificação do campo comum do cuidado e da promoção da saúde no SUS e na APS/ESF.
	Sousa (2012)	Campinas (São Paulo), Florianópolis (Santa Catarina) e Recife (Pernambuco).	Estudo, de natureza exploratória, com dados referentes aos anos 2000 a 2011	Identificação da oferta dos serviços e de práticas integrativas e complementares no SUS pela a produção de atendimentos entre os anos 2000 e 2011, analisando as informações disponíveis nos bancos de dados nacionais vis-à-vis os dados da atenção primária nos municípios	A análise permitiu identificar um descompasso entre o que se registra nos sistemas de informação e o que se pratica nos municípios. Esse descompasso deve-se, em grande parte, à indefinição do escopo do que se compreende como práticas integrativas e complementares na Política Nacional, o que significa uma grande limitação para sua mensuração e avaliação, já que os sistemas de informação atuais não permitem o registro adequado dessas práticas.

	<b>Autor (ano)</b>	<b>Local</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Forma de coleta de dados</b>	<b>Principais resultados</b>
MUNICIPAL	Santos (2012)	Florianópolis (SC)	Pesquisa-ação	Criação de um método de implantação das PIC na Atenção Primária à Saúde, derivado da análise de experiências municipais, resultado parcial de estudo de mestrado cuja metodologia foi a pesquisa-ação. O método envolve 4 fases: 1 - definição do núcleo responsável pela implantação e sua solidificação; 2 - análise situacional, com mapeamento de profissionais competentes já existentes; 3 - regulamentação, organização do acesso e legitimação; 4 – ciclo de implantação: pactuação de planos locais, tutoria e atividades de educação permanente em saúde.	O método estimula o desenvolvimento de ações racionais e sustentáveis, fomenta a gestão participativa, a construção da integralidade e a ampliação responsável do cuidado realizado na Atenção Primária à Saúde através da oferta progressiva e sustentável de Práticas Integrativas e Complementares.
	Nagai (2011)	Campinas/SP	Pesquisa Qualitativa	Entrevista com profissionais da APS	Apesar do sucesso na implantação dessas práticas na rede básica, dois aspectos negativos foram detectados: o planejamento insuficiente e uma visão simplificadora que converte as racionalidades alternativas em meras técnicas que seguem os mesmos princípios mecanicistas da medicina alopática e o mesmo entendimento reificado de doença.
	Santos (2011)	Recife, PE	Estudo com abordagem qualitativa	Consultas às atas do conselho municipal de saúde, entre 2004 e 2009, entrevistas com informantes-chave e gestores, e grupos focais com profissionais e usuários.	A participação de poucos atores na construção de uma política de práticas integrativas dificulta sua consolidação e amplia a distância entre formulação e implementação, prejudicando o alcance dos resultados esperados.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivos gerais

Avaliar a oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Sistema Único de Saúde brasileiro.

#### 3.2 Objetivos específicos

- Avaliar a frequência de oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) no serviço público de saúde brasileiro e sua associação com o processo de trabalho e gestão das EAB e com a existência de políticas de PICS no nível estadual de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)
- Descrever o processo de implantação e a situação atual do PRHOAMA no município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

## 4 METODOLOGIA EXPANDIDA

### 4.1 Estudo 1

O Estudo 1 avaliar a frequência de oferta de PICS pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) no serviço público de saúde brasileiro e sua associação com o processo de trabalho e gestão das EAB e com a existência de políticas de PICS no nível estadual de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma análise com uso de banco de dados secundários, cuja metodologia detalhada está descrita a seguir.

#### 4.1.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo transversal, de abrangência nacional.

#### 4.1.2 Coleta de dados

Foi utilizado dados públicos secundários (PMAQ-AB, 2ºciclo, 2013) e primários, obtidos junto às Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Os dados apresentaram estrutura multinível, com dois níveis de análise: Equipes de Atenção Básica (nível 1: 29778 EAB) e Unidades Federativas do Brasil (nível 2: 27 (26 estados e o Distrito Federal)).

#### 4.1.3 Descrição das variáveis

A variável dependente foi a oferta de PICS pelas EAB avaliada por meio de entrevista com um profissional de saúde, com a seguinte questão: “A equipe oferece o serviço de Práticas Integrativas e Complementares para os usuários do território?” (Sim/Não) (Questão II.27.1 do Módulo II). O PMAQ-AB foi implantado pelo Ministério da Saúde em 2011, sendo realizado em ciclos (1ºciclo: 2011/2012, 2ºciclo: 2013/2014, 3º ciclo: 2015/2016), com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços públicos de saúde oferecidos aos cidadãos do território das EAB. A coleta de dados da etapa de avaliação externa do PMAQ-AB foi realizada com apoio de Instituições de Ensino e

Pesquisa, que se responsabilizaram pela seleção e capacitação das equipes de avaliadores (BRASIL, 2012).

As variáveis independentes analisadas estão apresentadas no Quadro 2 e se referem aos dois níveis de análise. No nível 1, as EAB foram também avaliadas quanto ao processo de trabalho e gestão.

No nível 2, das UF, a variável de interesse foi a presença de políticas estaduais de PICS. Outras covariáveis neste nível de análise foram referentes ao número de profissionais cadastrados para PICS, a cobertura dos serviços de atenção básica, e variáveis referentes ao perfil socioeconômico de cada UF (alfabetização e desemprego). Dados sobre a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) foram obtidos junto às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) por meio de ofícios e, quando necessário, contatos telefônicos. Páginas eletrônicas oficiais das SES foram consultadas para confirmar os dados existentes. Os dados referentes às UF foram obtidos por meio de banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS).

Quadro 2 – Variáveis independentes associadas à oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

NÍVEL	VARIÁVEL	CATEGORIAS	FONTE
Equipe de Atenção Básica	<i>PROCESSO DE TRABALHO</i>		
	A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família? (Questão II.27.1)	Sim/Não	PMAQ-AB Módulo II
	A equipes possui protocolo ou critérios para visitas domiciliares? (Questão II.28.1)	Sim/Não	
	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade? (Questão II.12.1)	Sim/Não	
	A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados? (Questão II.16.1)	Sim, sempre/Sim, na maioria das vezes/Sim, poucas vezes/Não há retorno <b>Dicotomizada em Sim/Não</b>	
	<i>GESTÃO</i>		
	Foi realizado algum processo de auto avaliação pela equipe nos últimos 6 meses? (Questão II.8.8)	Sim/Não/Não sabe ou não respondeu <b>Excluídos da análise opção não sabe ou não respondeu</b>	
	A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe? (Questão II.10.1/1)	Sim/Não/Não sabe ou não respondeu <b>Excluídos da análise opção não sabe ou não respondeu</b>	
	A equipe realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário? (Questão II.29.1)	Sim/Não	
	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados? (Questão II.9.1)	Sim/Não/Não sabe ou não respondeu <b>Excluídos da análise opção não sabe ou não respondeu</b>	
A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente? (Questão II.8.1)	Sim/Não		
Unidade Federativa	Existência de Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares	Sim/Não	Comunicação pessoal /SES
	Alfabetização da população	Percentual de pessoas de 10 anos ou mais de idade que sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhecem, na população total da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	IBGE
	Taxa Desemprego	Percentual da população de 16 anos e mais, economicamente ativa, desocupada.	
	Indicador de Recursos Humanos (RH): Profissionais de PICS, de acordo com Classificação Brasileira de Ocupações	<b>Variável RH</b> = (Nº profissionais PICS / População total UF) x 100.000 <b>Indicador*</b> = (Nº profissionais PICS - VarRH min) / (VarRHmax- VarRH min)  <b>Ponto de corte: acima e abaixo da mediana</b>	DATA SUS
	Cobertura da Atenção Básica	(Nº de ESF + Nº de ESF equivalente) x 3.000/população	

\*Indicador = fórmula usada para converter os indicadores em valores de 0 a 1

#### 4.1.4 Análise dos dados

A oferta de PICS pelas EAB de acordo com a existência de PEPIC nas UF foi ilustrada por meio de mapa coroplético. As associações foram investigadas por modelo de regressão logística multinível, de efeitos fixos e intercepto randômico. Para avaliar a heterogeneidade na oferta de PICS entre as UF foi calculada a *Median Odds Ratio* (MOR), de acordo com Merlo *et al.* (2006). A MOR é definida como a *odds ratio* entre a área de maior e de menor oferta de PICS. Ao escolher aleatoriamente duas áreas, a MOR pode ser conceituada como o aumento das chances (em mediana) que se teria de mudar para outra área com uma maior probabilidade. O Modelo vazio foi estimado para obtenção do valor de deviance ( $-2 \text{ Log-likelihood}$ ), que foi utilizado para comparação com os modelos ajustados subsequentemente. O Modelo 1 testou a associação entre a oferta de PICS e as variáveis do nível 1. As variáveis do nível 2 foram incluídas para ajuste no Modelo 2. O Modelo 3 foi o modelo final ajustado com a manutenção somente das variáveis significativamente associadas à oferta de PICS. As análises estatísticas foram realizadas no programa Stata© 15.0, e o mapa coroplético foi elaborado usando o QGIS 3.

#### 4.1.5 Aspectos éticos

Por se tratar de um estudo com uso de banco de dados secundários, de acesso público, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

#### 4.2 Estudo 2

O Estudo 2 objetivou descrever o processo de implantação e a situação atual do PRHOAMA no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Refere-se à pesquisa documental realizada na busca de compreender e mapear a trajetória do Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA) ofertado pela Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

#### 4.2.1 Caracterização geral do cenário de estudo

A rede de Saúde de Belo Horizonte está dividida em Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Regulação da Atenção Hospitalar, Regulação da Alta Complexidade e Vigilância à Saúde. São mais de 180 unidades distribuídas por toda a cidade. A rede Básica de Saúde conta com 147 centros de saúde, distribuídos em nove Distritos Sanitários: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova, conforme Figura 1.

Figura 1 – Distritos Sanitários de Belo Horizonte, Minas Gerais.



Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte. <http://www.pbh.gov.br>

#### 4.2.2 Desenho do Estudo

Trata-se de uma pesquisa documental que corresponde à etapa inicial do estudo de avaliabilidade do PRHOAMA, realizada com intuito de compreender e mapear a trajetória do Programa.

#### 4.2.3 Coleta de dados

A busca pelas fontes documentais foi realizada entre os meses de janeiro a maio de 2019.

A primeira etapa da coleta foi realizada nos arquivos institucionais do PRHOAMA, na sede da Secretaria Municipal de Saúde. Foi disponibilizado acesso aos documentos impressos e arquivos digitais para envio de cópia por e-mail. Todo material relacionado ao tema foi selecionado e, nesta primeira etapa, foram coletadas atas de reunião, protocolos de atendimentos, relatórios de atividades, relação de profissionais e cronograma de execução. Nessa fase, a maior parte dos documentos usados na pesquisa documental foi encontrada. A segunda fase visou ampliar o número de documentos sobre o PRHOAMA com a realização de uma busca pela internet por documentos oficiais (portarias, resoluções), panfletos, cartazes, protocolos, apresentações, relatórios e notícias de jornal.

O material coletado foi armazenado em uma pasta do DROPBOX® e organizado em planilha segundo ordem cronológica (data do documento). Posteriormente, foi realizada categorização segundo o tipo de documento (material normativo, técnico-científico, informativo/divulgação).

#### 4.2.4 Análise de dados

Para a análise dos dados foi realizada a leitura crítica e exaustiva dos documentos avaliando o contexto da sua produção, a pessoalidade e confiabilidade da fonte e a natureza dos textos (material normativo, técnico-científico e informativo/divulgação).

Foi realizada a extração dos seguintes dados dos documentos: fonte (DOM, sites, jornais, etc.), ano de publicação, autor, título e finalidade. Foi utilizado como critério de inclusão a existência de clareza quanto a finalidade dos documentos e confiabilidade de sua origem. Os materiais sem pertinência com o tema proposto ou cuja origem não era clara (anotações informais) foram excluídos da análise. Duas pesquisadoras realizaram, de forma independente, a classificação dos documentos (material normativo, técnico-científico e informativo/divulgação), grifando palavras e expressões que sintetizavam o conteúdo de um recorte do texto.

A seguir, foi realizada reunião para estabelecimento do consenso entre as pesquisadoras e esse momento possibilitou encontrar a linha mestra que os conduzia, relacionando-os uns aos outros. Os resultados foram usados para a elaboração da caracterização do PRHOAMA seguindo uma linha cronológica, com base no referencial teórico de Thurston e Ramaliu (2005).

#### 4.2.5 Aspectos éticos

Por se tratar da fase inicial de um estudo de avaliabilidade, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Aprovado sob os protocolos CAAE 01215218.9.0000.5149e 01215218.9.3001.5140, respectivamente (ANEXO1).

## 5 RESULTADOS

Os resultados e discussão da dissertação são apresentados na modalidade de artigos científicos. O Artigo 1 se refere ao Estudo 1, intitulado “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Brasil: uma análise a partir dos dados do PMAQ-AB” e submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública (ANEXO B), por isso está apresentado com a formatação nas normas do periódico. E o Artigo 2 se refere ao Estudo 2, intitulado “Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica do município de Belo Horizonte, Minas Gerais: uma pesquisa documental”, ainda não submetido à publicação.

## 5.1 Artigo 1

**Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Brasil: uma análise a partir dos dados do PMAQ-AB**

Título corrido: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Brasil

*Integrative and Complementary Practices in Health in Brazil: an analysis based on PMAQ-AB data**Prácticas integradoras y complementarias en salud en Brasil: un análisis basado en datos PMAQ-AB***Autores:** Jane Saula de Oliveira<sup>1</sup>, Maria Inês Barreiros Senna<sup>2</sup>, Clarice do Vale Araújo Melo<sup>3</sup>, Raquel Conceição Ferreira<sup>4</sup>, Janice Simpson de Paula<sup>4\*</sup><sup>1</sup>Discente do Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais<sup>2</sup> Professora no Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgias Odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais<sup>3</sup> Discente de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais<sup>4</sup> Professora no Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

\*Autor correspondente

Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627. Pampulha. Belo Horizonte, Minas Gerais. CEP: 31270-901. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Telefone 34092442. E-mail: janicesimpsondp@yahoo.com.br

**Resumo**

O objetivo desse estudo foi avaliar a frequência de oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) no serviço público de saúde brasileiro e sua associação com o processo de trabalho e gestão das EAB e com a existência de políticas de PICS no nível estadual de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um estudo base nacional, realizado com dados públicos secundários (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB, 2º ciclo, IBGE e DATASUS) e com pesquisa por dados oficiais das Unidades Federativas (UF). Os dados analisados apresentaram uma estrutura multinível, sendo: nível 1: EAB e nível 2: UF. A variável dependente foi a oferta de PICS pelas EAB, e as independentes no nível 1 se referiram ao processo de trabalho e gestão das equipes, e no nível 2, a existência de Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC). Covariáveis foram: número de profissionais cadastrados para PICS, índices de alfabetização, desemprego e cobertura da AB em cada UF. Modelo de regressão logística multinível de efeitos fixos e intercepto aleatório foi utilizado para investigar as associações. As PICS eram ofertadas por 19% das 29.778 EAB participantes do PMAQ-AB. Houve maior proporção de oferta de PICS pelas EAB que apresentaram melhores características de processo de trabalho e gestão, em consonância com os princípios da Atenção Primária em Saúde; e nas UF que possuíam PEPIC e maior número de profissionais cadastrados em PICS. Conclui-se que a oferta de PICS está associada tanto às características das EAB quanto às iniciativas no nível das UF, como políticas próprias e recursos humanos na área de PICS.

**Palavras-chave:** Avaliação em saúde; Terapias complementares; Medicina integrativa; Atenção Primária à Saúde; Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde.

**Abstract**

The objective of this study was to evaluate the frequency of offer of Integrative and Complementary Practices in Health (PICS), by the Primary Care Teams (EAB) in the Brazilian public health service and its association with the work and management process of the EAB and with the existence of PICS policies at the state level of management of the Unified Health System (SUS). This is a national study carried out with secondary public data (Program for Improvement of Access and Quality of Basic Care - PMAQ-AB, 2nd cycle, IBGE and DATASUS) and research by official UF data. The analyzed data presented a multilevel structure, being: level 1: EAB and level 2: UF. The dependent variable was the provision of PICS by the EAB, and the independent level 1 referred to the work process and management

of the teams, and in level 2, the existence of a State Policy on Integrative and Complementary Practices (PEPIC). Covariates were: number of professionals registered for PICS, literacy rates, unemployment and AB coverage in each UF. Multilevel logistic regression model of fixed effects and random intercept was used to investigate the associations. The PICS were offered by 19% of the 29,778 EAB participants of the PMAQ-AB. There was a higher proportion of PICS offered by EABs that presented better work process and management characteristics, in accordance with the principles of Primary Health Care; and in the UF that had PEPIC and more professionals registered in PICS. It is concluded that the supply of PICS is associated with both the characteristics of the EAB and the initiatives at the level of the federative units, such as own policies and human resources in the PICS area.

**Key-words:** Health assessment; Complementary Therapies; Integrative medicine; Primary Health Care; Quality, access and evaluation of health care.

### **Resumen**

El objetivo de este estudio fue evaluar la frecuencia de la oferta de Prácticas Integrativas y Complementarias en Salud (PICS), por parte de los Equipos de Atención Primaria (EAB) en el servicio de salud pública de Brasil y su asociación con el trabajo y el proceso de gestión de la EAB y con la existencia de políticas PICS a nivel estatal de administración del Sistema de Salud Unificado (SUS). Este es un estudio nacional realizado con datos públicos secundarios (Programa de Mejora del Acceso y Calidad de la Atención Básica - PMAQ-AB, 2º ciclo, IBGE y DATASUS) e investigación realizada por datos oficiales de la UF. Los datos analizados presentaron una estructura multinivel, siendo: nivel 1: EAB y nivel 2: UF. La variable dependiente fue la provisión de PICS por parte de la EAB, y el nivel independiente 1 se refirió al proceso de trabajo y la gestión de los equipos, y en el nivel 2, la existencia de una Política estatal sobre prácticas integradoras y complementarias (PEPIC). Las covariantes fueron: número de profesionales registrados para PICS, tasas de alfabetización, desempleo y cobertura AB en cada UF. Se utilizó un modelo de regresión logística multinivel de efectos fijos e interceptación aleatoria para investigar las asociaciones. El 19% de los 29,778 participantes de la EAB del PMAQ-AB ofrecieron los PICS. Hubo una mayor proporción de PICS ofrecidos por los EAB que presentaron mejores procesos de trabajo y características de gestión, de acuerdo con los principios de Atención Primaria de Salud; y en la UF que tenía PEPIC y más profesionales registrados en PICS. Se concluye que el suministro de PICS está asociado tanto con las características de la EAB como con las iniciativas a nivel de las unidades federativas, como las políticas propias y los recursos humanos en el área PICS.

**Palabras-claves:** Valoración de Salud; Terapias complementarias; Medicina integrativa; Primeros auxilios; Calidad, acceso y evaluación de la asistencia sanitaria.

### **Colaboradores**

JSO e JCP colaboraram na concepção da proposta inicial do projeto, redação do manuscrito, análise dos dados, revisão e aprovação da versão final do artigo. MIBS contribuiu com concepção da proposta inicial do projeto, redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final do artigo. CVAM contribuiu na redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final do artigo. RCF colaborou na concepção da proposta inicial do projeto, análise dos dados, revisão e aprovação da versão final do artigo.

### **Informações Adicionais**

#### **ORCID**

Jane Saula de Oliveira: 0000-0001-9022-0979

Maria Inês Barreiros Senna: 0000-0002-0578-8744.

Clarice do Vale Araújo Melo: 0000-0002-4349-9273

Raquel Conceição Ferreira: 0000-0001-8897-9345

Janice Simpson de Paula: 0000-0002-5396-0959

## **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Brasil: uma análise a partir dos dados do PMAQ-AB**

### **Introdução**

As Terapias Complementares, denominadas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Brasil, são racionalidades terapêuticas que se caracterizam pela visão integral do ser humano e do processo saúde-doença, promoção global do cuidado e autocuidado. Estas práticas possuem abordagens estimuladoras dos mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio da integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade<sup>1,2,3,4</sup>. E são fundamentadas em sistemas que possuem evidências distintas das práticas originadas da ciência biomédica ocidental<sup>5,6</sup>.

As principais características das PICS, enquanto assistência à saúde, se referem ao atendimento diferenciado por meio da diversidade e flexibilidade; foco no bem-estar holístico, incluindo o bem-estar espiritual; alinhamento com crenças pessoais tradicionais; melhor acessibilidade; e menor custo-eficácia quando comparadas a outras formas de tratamento<sup>7,8</sup>.

O processo de legitimação destas abordagens de atenção à saúde emergiu no Brasil a partir da década de 80, coincidindo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>9</sup>. Experiências pioneiras de implantação das PICS no SUS foram relatadas, tais como em Belo Horizonte, Minas Gerais<sup>10</sup>, Campinas, São Paulo<sup>11</sup>, Florianópolis, Santa Catarina<sup>12</sup> e Recife, Pernambuco<sup>13</sup>. Entretanto, a sua institucionalização ocorreu com a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)<sup>14</sup>, que se iniciou com cinco práticas e que atualmente conta com 29 terapias<sup>15</sup>. Há um direcionamento para que a oferta das PICS esteja prevista na Atenção Básica (AB) tendo em vista que converge com os princípios organizativos e doutrinários da AB e podem contribuir com diversos aspectos, tais como: a ampliação do acesso, a humanização dos serviços, a desmedicalização dos sintomas, a promoção do cuidado e autocuidado, o protagonismo dos usuários e o apoio na prevenção e redução da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, entre outras<sup>4,16,17</sup>.

A aprovação da PNPIC desencadeou o desenvolvimento de programas, projetos e ações nas três esferas de governo, oferecendo aos usuários do SUS algo que até então era acessível apenas aos usuários da rede privada ou conveniada de saúde<sup>18</sup>. Cumprindo o processo regionalização e descentralização espera-se que as Políticas Estaduais já implementadas em algumas Unidades Federativas (UF) do país também impulsionam a oferta de PICS.

Dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) indicam que a porcentagem de serviços públicos que ofertam PICS passou de 0,54% em 2008

para 1,77% em 2016<sup>19</sup>. Amado et al.<sup>19</sup> afirmaram que as PICS estão em expansão no SUS, tanto no número de estabelecimentos de saúde e atendimentos, quanto na compreensão de sua importância para o processo saúde-doença-cuidado. No entanto, desde a fundamentação da PNPIC já se avaliava que “as experiências levadas a cabo na rede pública estadual e municipal, devido à ausência de diretrizes específicas, têm ocorrido de modo desigual, descontinuado e, muitas vezes, sem o devido registro, fornecimento adequado de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação”<sup>14</sup>.

Neste contexto, torna-se essencial realizar o diagnóstico situacional da oferta das PICS no SUS, analisando os diversos fatores associados a este processo, tais como a capacidade instalada, distribuição na frequência de oferta dos serviços pelo país, quantidade de recursos humanos envolvidos, entre outros. Dados do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) têm sido utilizados para a análise da situação dos serviços de saúde e contribuindo para a tomada de decisão<sup>20,21</sup>. Políticas indutoras em todas as esferas de gestão do SUS e modelos assistenciais fundamentados nos princípios da AB tornam possíveis a consolidação das PICS como estratégia terapêutica e promotora de saúde<sup>1,2,14</sup>.

Estudos de FRANCO SÁ<sup>22</sup> (2018), mostram que a promoção de saúde e as medicinas tradicionais poderiam ser explicitamente mais próximas especialmente no SUS. Ambos os movimentos são baseados em princípios e valores comuns, aproximando-os reforçaria a percepção da saúde como um direito fundamental e, conseqüentemente, como inalienável às leis do mercado. Neste contexto, é importante reforçar que o Brasil oferece atualmente PICS como parte do SUS, diferente da maioria dos países onde estão disponíveis apenas nos serviços de saúde privados. Portanto, o aprofundamento de estudos sobre a oferta de PICS no Brasil poderá contribuir para a qualificação da Atenção Primária à Saúde (AB) e o planejamento de ações e decisões políticas sobre as PICS no SUS.

O objetivo desse estudo foi avaliar a frequência de oferta de PICS pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) no serviço público de saúde brasileiro e sua associação com o processo de trabalho e gestão das EAB e com a existência de políticas de PICS no nível estadual de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

## **Métodos**

Foi realizado um estudo transversal, de abrangência nacional, utilizando-se dados públicos secundários (PMAQ-AB, 2º ciclo, 2013) e primários, obtidos junto às Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Os dados apresentaram estrutura multinível, com dois níveis de

análise: Equipes de Atenção Básica (nível 1: 29778 EAB) e Unidades Federativas do Brasil (nível 2: 27 (26 estados e o Distrito Federal)).

A variável dependente foi a oferta de PICS pelas EAB avaliada por meio de entrevista com um profissional de saúde, com a seguinte questão: “A equipe oferece o serviço de Práticas Integrativas e Complementares para os usuários do território?” (Sim/Não) (Questão II.27.1 do Módulo II). O PMAQ-AB foi implantado pelo Ministério da Saúde em 2011, sendo realizado em ciclos (1º ciclo: 2011/2012, 2º ciclo: 2013/2014, 3º ciclo: 2015/2016), com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços públicos de saúde oferecidos aos cidadãos do território das EAB. A coleta de dados da etapa de avaliação externa do PMAQ-AB foi realizada com apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa, que se responsabilizaram pela seleção e capacitação das equipes de avaliadores<sup>23</sup>.

As variáveis independentes analisadas estão apresentadas no Quadro 1 e se referem aos dois níveis de análise. No nível 1, as EAB foram também avaliadas quanto ao processo de trabalho e gestão.

No nível 2, das UF, a variável de interesse foi a presença de políticas estaduais de PICS. Outras covariáveis neste nível de análise foram referentes ao número de profissionais cadastrados para PICS, a cobertura dos serviços de atenção básica, e variáveis referentes ao perfil socioeconômico de cada UF (alfabetização e desemprego). Dados sobre a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) foram obtidos junto às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) por meio de ofícios e, quando necessário, contatos telefônicos. Páginas eletrônicas oficiais das SES foram consultadas para confirmar os dados existentes. Os dados referentes às UF foram obtidos por meio de banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS).

A oferta de PICS pelas EAB de acordo com a existência de PEPIC nas UF foi ilustrada por meio de mapa coroplético. As associações foram investigadas por modelo de regressão logística multinível, de efeitos fixos e intercepto randômico. Para avaliar a heterogeneidade na oferta de PICS entre as UF foi calculada a *Median Odds Ratio (MOR)*, de acordo com Merlo et al. <sup>24</sup>. A *MOR* é definida como a *odds ratio* entre a área de maior e de menor oferta de PICS. Ao escolher aleatoriamente duas áreas, o MOR pode ser conceituado como o aumento das chances (em mediana) que se teria de mudar para outra área com uma maior probabilidade. O Modelo vazio foi estimado para obtenção do valor de deviance (-2 Log-likelihood), que foi utilizado para comparação com os modelos ajustados subsequentemente. O Modelo 1 testou a associação entre a oferta de PICS e as variáveis do nível 1. As variáveis do nível 2 foram

incluídas para ajuste no Modelo 2. O Modelo 3 foi o modelo final ajustado com a manutenção somente das variáveis significativamente associadas à oferta de PICS. As análises estatísticas foram realizadas no programa Stata<sup>®</sup> 15.0, e o mapa coroplético foi elaborado usando o QGIS 3.

## Resultados

Em 2013, 19% (5.666) das EAB avaliadas pelo PMAQ-AB, no Brasil, ofertavam PICS. Esse percentual variou de 3,84% no Estado de Amazonas a 53.64% no Distrito Federal (Figura 1). O mapa coroplético (Figura2) representa a oferta das PICS no território nacional e a presença de PEPIC nas UF. Apenas cinco UF apresentavam oferta de PICS em maior percentual (entre 20 e 53% das EAB) e é possível observar que há maior oferta de PICS nas EAB localizadas nas UF com política própria para as PICS.

As características de processo de trabalho e gestão das EAB em relação à oferta de PICS estão descritas na Tabela 1. Houve maior oferta de PIC entre as EAB que apresentaram respostas positivas às questões referentes ao processo de trabalho e gestão. Menor diferença entre os percentuais, foi observada para as variáveis referentes ao apoio institucional e atividades de planejamento das ações.

Na análise bruta, somente a variável “apoio institucional permanente” não foi associada à oferta de PICS. Todos os valores de *Odds Ratio* (OR) indicaram que EAB com características favoráveis de processo de trabalho e gestão estavam associadas a maior proporção de oferta de PICS (Tabela 2). A oferta de PICS foi maior nas UF com PEPIC e naquelas cujo número de profissionais cadastrados em PICS era acima da mediana. Taxas de alfabetização, desemprego e cobertura de AB das UF não foram significativamente associadas com a oferta de PICS.

No modelo vazio, a MOR foi de 2.20, indicando que a mediana da chance de oferta de PIC de uma equipe em uma UF com a menor oferta comparada a uma EAB com a maior oferta, é 2.20 vezes maior. O modelo ajustado apresentou MOR de 1,55, indicando que as variáveis individuais e contextuais, no conjunto explicaram parte da variabilidade na oferta de PICS entre as UF, mas permanece uma heterogeneidade não explicada (heterogeneidade residual). O modelo com a manutenção somente das variáveis significativas (dados não apresentados) não melhorou os valores do deviance. Em função disso, o modelo 3 foi definido como o modelo final. A comparação do deviance entre o modelo final (-2\* -11384.81=22769.62) e o modelo vazio (-2\*-26227.16=52544.32) ou somente o modelo com variáveis individuais (-2\*-

22795.07) apresentou valores maiores que o valor do qui-quadrado com número de graus de liberdade de 14 (número de variáveis), sugerindo que houve melhora do ajuste do modelo com a inclusão de todas as variáveis.

## **Discussão**

Este estudo demonstra a desigualdade de oferta das PICS no território nacional, e apresenta resultados inéditos da associação positiva de fatores organizacionais no âmbito das EAB (processo de trabalho e gestão em consonância com a AB) e de nível das UF (presença de PEPIC e de recursos humanos) na oferta dessas práticas.

As variáveis referentes ao processo de trabalho e gestão das EAB apresentaram associação com a oferta de PICS, tais como registro de famílias, protocolo de visita domiciliar, autoavaliação, acolhimento, tipificação e contra referência. Losso et al.<sup>25</sup> corroboram esta avaliação, e ressaltam que locais onde há um apoiador institucional da gestão, tendem a ter melhor organização e atenderem mais às políticas, inclusive na oferta de PICS. De acordo com Starfield<sup>26</sup>, a APS/AB possuem as seguintes características: Constitui a porta de entrada do serviço tornando-se a forma preferencial para o primeiro contato do cidadão com o profissional de saúde. Apresenta longitudinalidade, ou seja, é responsável pela continuidade do cuidado. É responsável pela integralidade do cuidado, tanto em níveis de atendimento quanto na abrangência ou aplicação do conceito de saúde não se limitando ao corpo puramente biológico. E por último realiza a coordenação do cuidado entre profissionais e entre os diversos níveis de atendimento. Tais características aproximam a APS das PICS sendo considerada como o local natural de inserção e desenvolvimento das PICS nos Sistemas de Saúde universais<sup>27</sup>.

Levin et al.<sup>28</sup> reforçam a importância da AB para o processo de expansão das PICS e o fortalecimento da promoção da saúde. Ressalta que é nesse espaço que os sofrimentos e adoecimentos encontram-se, muitas vezes, em fase inicial, momento no qual é possível e desejável que haja ações terapêuticas e de fortalecimento do autocuidado e do potencial de autocura e reequilíbrio das pessoas. Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família é apontada por Azevedo e Pelicioni<sup>29</sup> como eixo estruturante da AB no SUS, constituindo uma estratégia de desenvolvimento das práticas, além de uma oportunidade para a sensibilização e a capacitação em PICS.

No Brasil, segundo pesquisa do Ministério da Saúde, 72% das PICS ofertadas no país estão inseridas na AB e com intensa participação da ESF<sup>30,31</sup>. Nelas, as PICS ocorrem de forma

autônoma, antes, depois ou em paralelo ao cuidado biomédico, em contexto de pluralismo de cuidados à saúde<sup>32</sup>.

Portanto, embora o uso das PICS seja comum em doenças crônicas e em situações graves, como medicina paliativa e oncologia <sup>33</sup>, múltiplos fatores de várias ordens convergem para que as PICS sejam inseridas prioritariamente na AB, visando maximizar sua potência e facilitar suas ações <sup>1,27,34,35</sup>.

Assim, como as PICS possuem características específicas para inserção na AB, é possível afirmar, com base nos resultados encontrados que quando a EAB possui características positivas em relação aos princípios da AB, as chances de ofertarem PICS aumentam. Nesse sentido, a significativa e crescente presença das PICS no SUS demanda pensar estrategicamente sua expansão, para além da PNPIC, cuja única diretriz organizativa é ênfase na atenção básica<sup>2,36</sup>.

Além dos aspectos de nível local associados à oferta de PICS, é essencial avaliar que a indução por políticas e gestão do serviço, em níveis municipais, estaduais e federal, representam fatores distais à oferta das PICS. Estes fatores fazem com que o cenário das PICS no Brasil seja singular quando comparado a outros países, visto que é o único, no mundo, a possuir um sistema de saúde pública universal, organizado em um sistema federativo no qual Municípios, Estados e União buscam efetivar e financiar de modo tripartite as Políticas Públicas a partir de Diretrizes Nacionais<sup>37</sup>. Além disso, a desigualdade na oferta de PICS se deve também ao fato que os avanços e o acesso da população ainda são incipientes e dependentes da vontade política de gestores estaduais e municipais <sup>37,38</sup>. E os resultados desta pesquisa evidenciam a importância do processo de descentralização e regionalização das ações no SUS.

Segundo Tesser <sup>31</sup>, as medidas de criação de políticas estaduais e municipais de PICS ocorrem porque a descentralização permite a incorporação de novos atores da sociedade às tomadas de decisão, possibilitando o aparecimento de experiências locais, como o caso dos municípios de São Paulo (SP)<sup>39</sup> e Belo Horizonte (MG)<sup>10</sup>, que estão em UF que também possuem PEPIC. Ou Florianópolis (SC)<sup>12</sup> e Aracaju (SE)<sup>40</sup>, em que as UF não possuem PEPIC mas apresentam uma relevante oferta de PICS, possivelmente impulsionadas pelas políticas municipais. Losso et al. <sup>25</sup> ressaltam que municípios de grande porte e que não se encontram no interior, tendem a ter melhor organização e atenderem mais às políticas de AB, inclusive na oferta de PICS, devido à maior disponibilidade de recursos em nível organizacional, político-institucional e financeiro.

Do ponto de vista do financiamento, é importante considerar que não houve, com a PNPIC, investimento adicional para as PICS pela União. Trata-se de uma das poucas políticas

nacionais da área da saúde aprovada sem orçamento próprio ou indutivo<sup>31</sup>. Na AB, o financiamento das PICS é realizado por meio do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo (*per capita*), ou pelo PAB variável. Dessa forma, os procedimentos ofertados não geram recursos por produção. Já na atenção secundária e terciária, ocorrem pelos blocos de financiamento da média e alta complexidade hospitalar, com remuneração por produtividade, exclusivamente para acupuntura e homeopatia. Os medicamentos fitoterápicos e homeopáticos são financiados a partir do componente da assistência farmacêutica básica, segundo à Portaria nº 533 MS/GM, de 28 de março de 2012<sup>15,38,41</sup>.

Somente em 2013, o Ministério da Saúde publicou um edital de fomento (PPSUS) a serviços de PICS que contemplou 17 projetos envolvendo estados e municípios. Pode se dizer que este foi o primeiro instrumento de financiamento específico para as PICS na AB<sup>19</sup>. E essa autonomia financeira das UF podem ter influenciado na maior oferta de PICS entre as que já possuíam políticas próprias ou algum tipo de direcionamento para regularizá-las.

Além do financiamento, a descentralização também pode influenciar a presença de profissionais de PICS devidamente vinculados aos serviços. Com os resultados da análise ficou evidente a importância da disponibilidade de recursos humanos, pois as UF que apresentaram o número de profissionais cadastrados em PICS acima da mediana tinham maiores índices de oferta das práticas. Tesser<sup>31</sup> destaca a importância do protagonismo dos profissionais praticantes de PICS, que persistem e conseguem a institucionalização das vagas nos serviços públicos. Geralmente, são profissionais que já realizam o cuidado biomédico, os quais, geralmente, não tem competência em PICS, mas tem se mostrado cada vez mais abertos e interessados neste aprendizado<sup>42</sup>. Isto reforça que a estratégia de inserção das PICS no SUS implica investir na educação permanente nestas práticas e na sua incorporação à formação dos profissionais (graduação e pós-graduação), ambas relativamente raras no Brasil<sup>31</sup>. Incentivos do Ministério da Saúde, além de incentivos estaduais e municipais<sup>43</sup>, tem ocorrido com a inclusão de cursos a distância ou semipresenciais para capacitação dos profissionais da AB (fitoterapia, auriculoacupuntura, terapia comunitária e integrativa, entre outros).

Em Florianópolis (SC), por exemplo, o desenvolvimento da sensibilização, educação e estímulo progressivo ao uso das PICS tem atravessado gestões municipais diversas, e prossegue baseando-se em parcerias e utilização da *expertise* de profissionais do próprio serviço<sup>2</sup>. Experiências como esta têm mostrado a potência das ações de educação permanente contextualizadas e voltadas para os problemas práticos do trabalho na AB/AB, voltadas a profissionais que aprendem e iniciam o exercício de PICS, com ampla aceitação de usuários e progressiva legitimação institucional<sup>31</sup>.

Como limitações dessa pesquisa, vale ressaltar que na avaliação do PMAQ-AB 2013 não houve adesão da totalidade das equipes de saúde do SUS, uma vez que a participação da EAB ao PMAQ é voluntária e só é avaliado quem adere ao programa. Considera-se também que o fato de ser avaliado o Módulo II, entrevista com profissional da EAB, pressupõe um viés de seleção com tendência de acentuação da positividade das respostas das equipes, por se tratar de uma coleta de dados que alia o resultado do desempenho das equipes para fins de transferências financeiras. Apenas uma questão sobre PICS do PMAQ-AB foi avaliada, sendo necessários mais estudos abordando outros itens do Módulo I e II do instrumento que questionam sobre insumos e outras ações voltadas para a oferta das PICS. Por fim, o questionamento sobre a existência de PEPIC foi feito apenas junto às SES e, em caso positivo, confirmado no Diário Oficial, não foi realizada pesquisa em outras fontes da *internet*.

### **Conclusão**

A distribuição das PICS em território nacional ocorre de forma heterogênea existindo uma associação positiva da existência da PEPIC e de recursos humanos para as PICS com a maior oferta de PICS aos usuários do território, reforçando a importância do princípio da descentralização e regionalização das políticas e ações em saúde. Ficou demonstrada a influência entre as características das equipes de saúde e oferta de PICS, uma vez que as equipes que apresentaram melhores características relacionadas aos seus processos de trabalho e gestão apresentaram maior prevalência na oferta de PICS. Tais resultados direcionam para elucidação das divergências existentes entre as normatizações, tanto da OMS quanto da PNPIC, e a realidade de oferta das PICS no SUS, evidenciando possíveis fatores influenciadores na distribuição da oferta de PICS aos usuários do SUS a nível nacional.

### **Referências**

1. World Health Organization. Traditional Medicine Strategy: 2014-2023. Genebra: WHO, 2013.
2. Santos MC, Tesser CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Cien Saúde Coletiva*, 2012; 17: 3011-3024.
3. Telessi Junior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud av*, 2016; 30: 99-112.

4. Cazarin G, Martins J, De Sousa M, Barcellos AP. Monitoramento das Práticas Integrativas e Complementares em Minas Gerais: a utilização de um instrumento de apoio aos sistemas de informação. *Journal of Management & Primary Health Care*, 2017; 8: 278-289.
5. Thorne S, Best A, Balon J, Kelner M, Rickhi B. Ethical dimensions in the borderland between conventional and complementary/alternative medicine. *J Altern Complement Med*, 2002; 8: 907-915.
6. NIH. National Center for Complementary and Integrative Health. The Use of Complementary and Alternative Medicine in the United States. Disponível em [https://nccih.nih.gov/research/statistics/2007/camsurvey\\_fs1.htm](https://nccih.nih.gov/research/statistics/2007/camsurvey_fs1.htm). Acesso em 29mai19.
7. Queiroz MS. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2000; 16:363-375.
8. Street RA, Smith M, Moshabela M, Shezi B, Webster C, Falkenberg T. Traditional health practitioners and sustainable development: a case study in South Africa. *Public health*, 2018; 165: 1-5.
9. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008; 13:195-206.
10. Belo Horizonte. Lei Orgânica Municipal. Belo Horizonte: Diário Oficial da União; 1990.
11. Nagai SC, Queiroz MS. Introdução de métodos terapêuticos alternativos: a experiência desenvolvida na rede básica de Campinas. Campinas: Arte Escrita/FAPESP; 2009.
12. Sousa, IMCD, Bodstein RCDA, Tesser CD, Santos FDADS, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saúde Pública*, 2012; 28: 2143-54.
13. Santos FAS. Análise da política de práticas integrativas e complementares no Recife [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Brasília: Ministérios da Saúde; 2006.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
16. Barros NFA. Construção de novos paradigmas na medicina: a medicina alternativa e a medicina complementar. In: Canesqui AM. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: FAPESP; 2000.
17. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cad Saúde Pública*, 2009; 25: 1732-42.
18. Schweitzer MC, Zoboli ELCP. Papel das práticas complementares na compreensão dos profissionais da Atenção Básica: uma revisão sistemática. *Rev. esc. enferm. USP*, 2014; 48: 184-91.
19. Amado DM, Rocha PRS, Ugarte OA, Ferraz CC, da Cunha Lima M, de Carvalho FFB. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. *J Manag Prim Heal Care*, 2017; 8: 290-308.
20. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACCD. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Cien saúde coletiva*, 2014; 19: 4851-4860.
21. Protasio APL, dos Santos Machado L, Valença AMG. Produções científicas sobre as avaliações no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Medicina Família Com*, 2015; 10: 1-9.
22. Franco de Sá R, Nogueira J, De Almeida Guerra V. Traditional and complementary medicine as health promotion technology in Brazil. *Health Promot Int*. 2019 1; 34(Supplement\_1): i74-i81.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
24. Merlo J, Chaix B, Ohlsson H, Beckman A, Johnell K, Hjerpe P, Larsen K. A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology: using measures of clustering

in multilevel logistic regression to investigate contextual phenomena. *J Epidemiol Community Health*, 2006; 60: 290-97.

25. Losso LN, Freitas SFT. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde debate*, 2017; 41: 171-187.

26. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

27. Freeman T. Manual de medicina de família e comunidade. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

28. Levin JS, Jonas WB. Tratado de medicina complementar e alternativa. São Paulo: Manole; 2001.

29. Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trabalho, educação e saúde*, 2011; 9: 361-378.

30. Lima KMSV, Silva KL, Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface* 2014; 18(49):261-272.

31. Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas no SUS e na atenção primária à saúde: possibilidades estratégicas de expansão. *J Manag Prim Heal Care*, 2017; 8: 216-232.

32. Helman CG. Cultura Saúde e Doença. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

33. Siegel P, Barros NF. O que é Oncologia Integrativa? *Cad saúde colet*, 2013; 21: 348-54.

34. Tesser CD, Sousa IMCD, Nascimento MCD. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde Debate*, 2018; 42:174-88.

35. Tesser CD, Sousa IMCD. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saúde e Sociedade*, 2012; 21: 336-50.

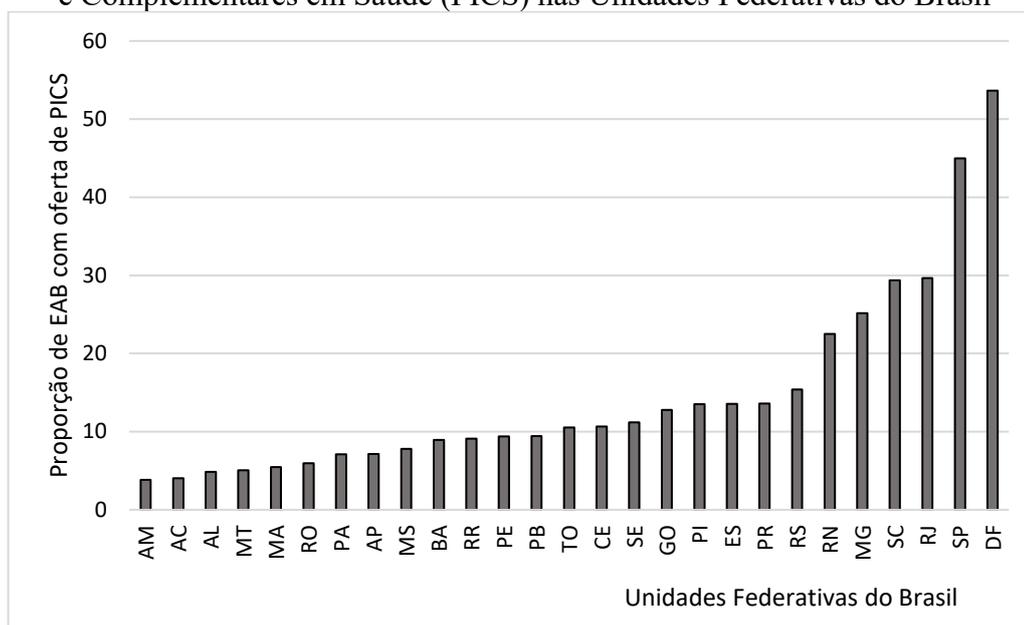
36. Sousa IMCD, Bodstein RCDA, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad Saúde Pública*, 2017; 33: e00150215.
37. Sousa IMCD, de Aquino CMF, Bezerra AFB. Custo-efetividade em práticas integrativas e complementares: diferentes paradigmas. *J Manag Prim Heal Care*, 2017; 8: 343-50.
38. Rodrigues CC. Em que lugar político e institucional se encontram as práticas integrativas e complementares? [Trabalho de Conclusão de Curso] Brasília: UFRGS, 2014.
39. São Paulo. Lei nº 14.682, de 30 de janeiro de 2008 e Decreto nº 49.596, de 11 de junho de 2008. Programa Qualidade de Vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde. São Paulo: Diário oficial, 2008.
40. Aracaju. Lei nº 3.685-D de 13/03/2009. Dispõe sobre a criação da categoria de terapeuta, suas atribuições e responsabilidades, e as normas e regras para o exercício legal nos serviços públicos e/ou outros e dá outras providências. Aracaju: Diário Oficial do Município; 2009.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC): atitude de ampliação de acesso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
42. Thiago SCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. *Revista de Saúde Pública*, 2011; 45: 249–257.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

Quadro 1 – Variáveis independentes associadas à oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

NÍVEL	VARIÁVEL	CATEGORIAS	FONTE
Equipe de Atenção Básica	<i>PROCESSO DE TRABALHO</i>		
	A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família? (Questão II.27.1)	Sim/Não	PMAQ-AB Módulo II
	A equipes possui protocolo ou critérios para visitas domiciliares? (Questão II.28.1)	Sim/Não	
	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade? (Questão II.12.1)	Sim/Não	
	A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados? (Questão II.16.1)	Sim, sempre/Sim, na maioria das vezes/Sim, poucas vezes/Não há retorno <b>Dicotomizada em Sim/Não</b>	
	<i>GESTÃO</i>		
	Foi realizado algum processo de auto avaliação pela equipe nos últimos 6 meses? (Questão II.8.8)	Sim/Não/Não sabe ou não respondeu <b>Excluídos da análise opção não sabe ou não respondeu</b>	
	A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe? (Questão II.10.1/1)	Sim/Não/Não sabe ou não respondeu <b>Excluídos da análise opção não sabe ou não respondeu</b>	
	A equipe realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário? (Questão II.29.1)	Sim/Não	
	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados? (Questão II.9.1)	Sim/Não/Não sabe ou não respondeu <b>Excluídos da análise opção não sabe ou não respondeu</b>	
A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente? (Questão II.8.1)	Sim/Não		
Unidade Federativa	Existência de Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares	Sim/Não	Comunicação pessoal /SES
	Alfabetização da população	Percentual de pessoas de 10 anos ou mais de idade que sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhecem, na população total da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	IBGE
	Taxa Desemprego	Percentual da população de 16 anos e mais, economicamente ativa, desocupada.	
	Indicador de Recursos Humanos (RH): Profissionais de PICS, de acordo com Classificação Brasileira de Ocupações	<b>Variável RH</b> = (Nº profissionais PICS / População total UF) x 100.000 <b>Indicador*</b> = (Nº profissionais PICS -VarRH min) / (VarRHmax-VarRH min)  <b>Ponto de corte: acima e abaixo da mediana</b>	DATA SUS
	Cobertura da Atenção Básica	(Nº de ESF + Nº de ESF equivalente) x 3.000/população	

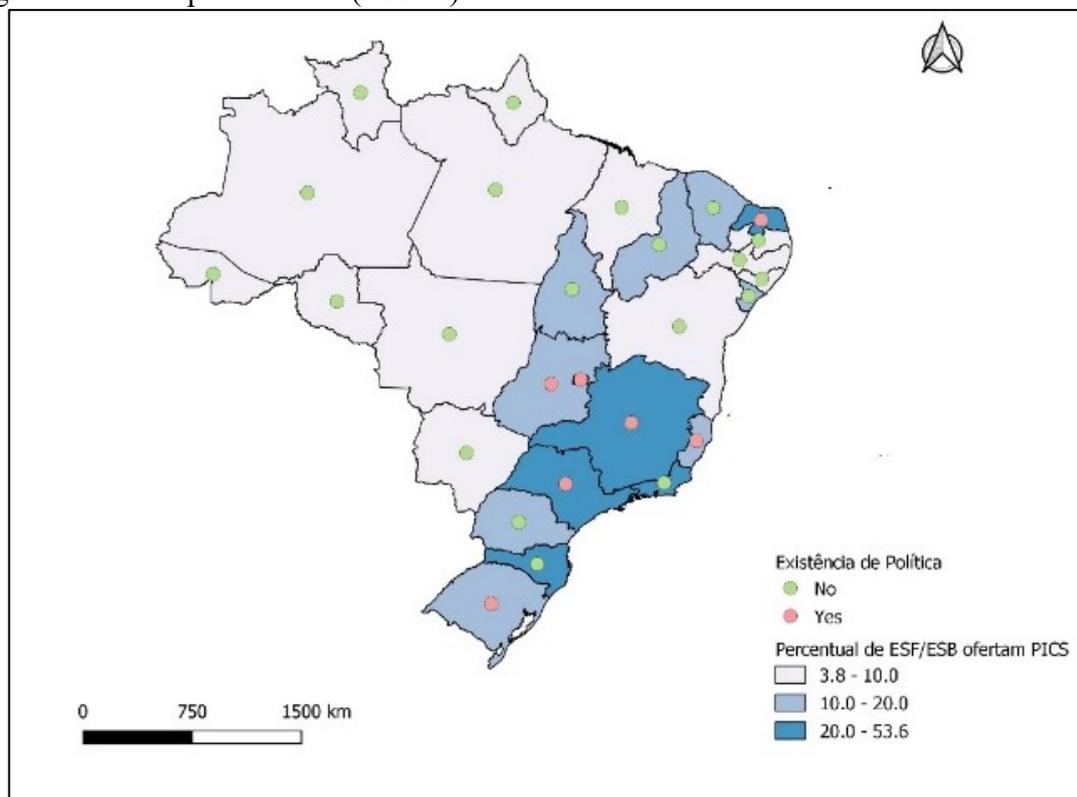
\*Indicador = fórmula usada para converter os indicadores em valores de 0 a 1

Figura 1: Percentual de Equipes de Atenção Básica (EAB) com oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nas Unidades Federativas do Brasil



\*Fonte dos dados: PMAQ-AB, 2013

Figura 2 – Mapa de distribuição da oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) \* no território nacional, e a presença de Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) \*\* nas Unidades Federativas brasileiras.



\*Fonte dos dados: PMAQ-AB, 2013; \*\* Fonte dos dados: Secretarias Estaduais de Saúde

Tabela 1 – Dados descritivos sobre as características da equipe em relação a oferta de serviço de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nas Equipes de Atenção Básica no Brasil, de acordo com dados PMAQ-AB, 2013.

Processo de Trabalho e Gestão das EAB		Oferta de PIC pela EAB	
		Não	Sim
Registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família (n=29.778)	Não	2838 (93,3%)	203 (6,7%)
	Sim	21274 (79,6%)	<b>5463 (20,4%)</b>
Protocolo ou critérios para visita domiciliar (n=29.778)	Não	7563 (90,2%)	823 (9,8%)
	Sim	16549 (77,4%)	<b>4843 (22,6%)</b>
Processo de auto avaliação pela equipe nos últimos 6 meses (n=29.143)	Não	19322 (97,5%)	494 (2,5%)
	Sim	4205 (45,1%)	<b>5122 (54,9%)</b>
Acolhimento a demanda espontânea (n=29.778)	Não	848 (93,0%)	64 (7,0%)
	Sim	23364 (80,6%)	<b>5602 (19,4%)</b>
Tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade (n=26.497)	Não	6935 (86,2%)	1110 (13,8%)
	Sim	14249 (77,2%)	<b>4203 (22,78%)</b>
Mecanismo de avaliação de satisfação do usuário (n=29.778)	Não	8544 (87,5%)	1217 (12,5%)
	Sim	15568 (77,8%)	<b>4449 (22,2%)</b>
Retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados (n=29.778)	Não	16236 (82,7%)	3408 (17,3%)
	Sim	7876 (77,7%)	2258 (22,3%)
Apoio institucional permanente com o objetivo de discutir sobre o processo de trabalho (n=29.553)	Não	3744 (84,8%)	669 (15,2%)
	Sim	20181 (80,3%)	4959 (19,7%)
Alguma atividade de planejamento de suas ações (n=29.748)	Não	3613 (80,3%)	855 (19,7%)
	Sim	20499 (81,1%)	4781 (18,9%)

Tabela 2 - Modelo multinível para as variáveis das Equipe de Atenção Básica (EAB) e das Unidades Federativas associadas à oferta de Práticas Integrativas e Complementares para os usuários do território. PMAQ-AB. Brasil. 2013.

	Odds Ratio não ajustado	Modelo Nulo	Modelo 1	Modelo 2
<b>Efeito fixo</b>				
<i>Variáveis individuais</i>			OR IC95%	OR IC95%
Registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família	2.587*** [2.227-3.006]		1.872*** [1.582-2.216]	1.873*** [1.582-2.217]
Protocolo ou critérios para visita domiciliar	2.411*** [2.220-2.617]		1.992*** [1.818-2.182]	1.993*** [1.820-2.184]
Processo de auto avaliação nos últimos 6 meses	2.050*** [1.849-2.273]		1.557*** [1.386-1.749]	1.558*** [1.386-1.750]
Acolhimento a demanda espontânea	1.993*** [1.530-2.596]		1.271* [0.957-1.687]	1.270* [0.957-1.686]
Tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade	1.834*** [1.700-1.980]		1.517*** [1.399-1.645]	1.518*** [1.400-1.646]
Mecanismo de avaliação de satisfação do usuário	1.704*** [1.583-1.834]		1.266*** [1.1649-1.376]	1.270*** [1.168-1.380]
Retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados	1.403*** [1.317-1.495]		1.239*** [1.158-1.326]	1.240*** [1.158-1.328]
Apoio institucional permanente com o objetivo de discutir sobre o processo de trabalho	1.332*** [1.213-1.462]		0.917 [0.825-1.020]	0.919 [0.826-1.0218]
Alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente	1.175*** [1.079-1.280]		0.916* [0.833-1.006]	0.918* [0.835-1.009]
<i>Variáveis contextuais</i>				
Existência de Política Estadual de PICS	3.229*** [1.825-5.711]			2.547*** [1.611-4.024]
Recursos Humanos acima de mediana	1.814* [0.994 -3.312]			1.701 ** [1.142-2.533]
Taxa de alfabetização	0.936** [0.896-0.978]			0.968 [0.929-1.009]
Taxa de desemprego UF	0.897 [0.772-1.043]			1.003 [0.894-1.125]
<i>Cobertura equipe saúde AB</i>	0.988 [0.964-1.012]			
<i>Random effects N</i>		29778	25946	25946
<i>Area level variance (SE)</i>		0.69 (0.20)	0.59 (0.17)	0.21 (0.06)
<i>Median Odds Ratio</i>		2.20	2.08	1.55
<i>Loglikelihood</i>		-26227.16	-22795.07	-11384.81

\*p<0.01; \*\* p<0.05; \*\*\*p<0.001

## 5.2 Artigo 2

### **PROGRAMA DE HOMEOPATIA, ACUPUNTURA E MEDICINA ANTROPOSÓFICA DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS: UMA PESQUISA DOCUMENTAL**

**Autores:** Jane Saula de Oliveira, Maria Inês Barreiros Senna, Isabela Rodrigues Rocha, Janice Simpson de Paula  
Periódico: a definir

#### **RESUMO**

A presente pesquisa visa compreender o processo de implantação e a situação atual do Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA) no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Foi realizada uma pesquisa documental tanto nos arquivos institucionais do PRHOAMA, na sede da Secretaria Municipal de Saúde, quanto pela internet, em busca de documentos oficiais (portarias e resoluções), panfletos, cartazes, protocolos, apresentações, relatórios e notícias de jornal. Constatou-se que a iniciativa de regulamentação das PICS nos serviços públicos de saúde de BH começou em 1990 e, desde então, o Programa se estabeleceu, atuando especialmente no apoio matricial das EAB e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família/AB (NASF/AB). Conclui-se que o PRHOAMA se configura como uma das mais significativas experiências pioneiras de implementação das PICS no SUS em nível municipal.

**Palavras-chave:** Avaliação em saúde. Terapias complementares. Medicina integrativa. Atenção Primária à Saúde. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde.

#### **INTRODUÇÃO**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza o termo Medicinas Tradicionais e Complementares (MTC) para definir o conjunto de práticas e ações terapêuticas que não estão presentes na biomedicina (OMS, 2013). No Brasil, usa-se a denominação Práticas Integrativas e Complementares (PIC) ou Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) (LIMA, SILVA e TESSER, 2014).

As primeiras recomendações para a implantação das PICS foram divulgadas durante a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma Ata, Rússia, 1978) (TELESSI JUNIOR, 2016). As discussões para a legitimação destas abordagens, no Brasil, se iniciaram a partir da década de 80, coincidindo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (TESSER e LUZ, 2008). Sua institucionalização em todo o Brasil ocorreu com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) por meio da Portaria Ministerial nº 971/06 (BRASIL, 2006). Em Minas Gerais, a Política Estadual de Práticas Integrativas

e Complementares (PEPIC) foi criada em 2009 (MINAS GERAIS, 2009). A oferta de PICS é relatada em 146 (17.1%) municípios mineiros e três cidades tem Política Municipal de PICS, a saber: Nova Lima, Santa Rita de Jacutinga e São João Del Rei (CAZARIN *et al.*, 2017). Entretanto, a experiência mais antiga de implantação de PICS em Minas Gerais ocorreu na rede pública de serviços de saúde em Belo Horizonte, a capital do estado, com a implantação, em 1990 (BELO HORIZONTE, 1990), do atualmente denominado Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA) (CAZARIN *et al.*, 2017).

Para a consolidação das PICS como uma estratégia terapêutica e promotora de saúde devem ser consideradas as diversas influências tais como as políticas institucionais, os sujeitos envolvidos (e suas competências), a cultura local e organizacional, dentre outros (TELESSI JUNIOR, 2016). Ademais, a ampliação da oferta de PICS nos serviços de saúde, enquanto escolha promissora na integralidade do cuidado, faz com que seja necessária a adoção de monitoramento e avaliação, como forma de qualificação do processo decisório na área (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). Nesse sentido, os estudos explicitam o posicionamento sobre o quão adequado e pertinente são aspectos como cobertura e impacto dos programas ou projetos avaliados (GASPARINI e FURTADO, 2014). Compreender o contexto da implantação, o processo de regulamentação e a situação atual do serviço de PICS em Belo Horizonte (MG) ao longo dos seus 29 anos permitirá aprofundar as discussões teórico-práticas com base nos resultados e experiências vivenciadas dentro da rede de saúde desse município de grande porte.

O objetivo dessa pesquisa foi compreender o processo de implantação das PICS e a atual situação do PRHOAMA na rede pública de saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa documental que corresponde à etapa inicial do estudo de avaliabilidade do PRHOAMA, realizada com intuito de compreender e mapear a trajetória do Programa.

### **Coleta de dados**

A busca pelas fontes documentais foi realizada entre os meses de janeiro a maio de 2019.

A primeira etapa da coleta foi realizada nos arquivos institucionais do PRHOAMA, na sede da Secretaria Municipal de Saúde. Foi disponibilizado acesso aos documentos impressos e arquivos digitais para envio de cópia por *e-mail*. Todo material relacionado ao tema foi selecionado e nesta primeira etapa foram coletadas atas de reunião, protocolos de atendimentos, relatórios de atividades, relação de profissionais e cronograma de execução. Nessa fase, a maior parte dos documentos usados na pesquisa documental foi encontrada. A segunda fase, visou ampliar o número de documentos sobre o PRHOAMA com a realização de uma busca pela *internet* por documentos oficiais (portarias, resoluções), panfletos, cartazes, protocolos, apresentações, relatórios e notícias de jornal.

### **Organização dos documentos**

O material coletado foi armazenado em uma pasta do *DROPBOX*® e organizado em planilha segundo ordem cronológica (data do documento). Posteriormente, foi realizada categorização segundo o tipo de documento (material normativo, técnico-científico, informativo/divulgação).

### **Análise de dados**

Para a análise dos dados foi realizada a leitura crítica e exaustiva dos documentos avaliando o contexto da sua produção, a pessoalidade e confiabilidade da fonte e a natureza dos textos (material normativo, técnico-científico e informativo/divulgação).

Foi realizada a extração dos seguintes dados dos documentos: fonte (DOM, sites, jornais, etc.), ano de publicação, autor, título e finalidade. Foi utilizado como critério de inclusão a existência de clareza quanto a finalidade dos documentos e confiabilidade de sua origem. Os materiais sem pertinência com o tema proposto ou cuja origem não era clara (anotações informais) foram excluídos da análise. Duas pesquisadoras realizaram, de forma independente, a classificação dos documentos (material normativo, técnico-científico e informativo/divulgação), grifando palavras e expressões que sintetizavam o conteúdo de um recorte do texto.

A seguir, foi realizada reunião para estabelecimento do consenso entre as pesquisadoras e esse momento possibilitou encontrar a linha mestra que os conduzia,

relacionando-os uns aos outros. Os resultados foram usados para a elaboração da caracterização do PRHOAMA seguindo uma linha cronológica, com base no referencial teórico de Thurston e Ramaliu (2005).

#### Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e aprovado sob os protocolos CAAE 01215218.9.0000.5149 e 01215218.9.3001.5140, respectivamente (ANEXO A).

## **RESULTADOS e DISCUSSÃO**

Foram encontrados 40 documentos e 30 incluídos na pesquisa, sendo onze do tipo normativo, oito técnico-científico/político, três informativo/divulgação e oito notícias de jornal. Dez documentos foram excluídos na análise documental, por não apresentarem fonte confiável ou não corresponderem ao objetivo da pesquisa. Seguindo a ordem cronológica, os mesmos foram dispostos por temas a seguir.

### **A regulamentação das PICS e criação do Projeto de Implantação de Práticas não Alopáticas em Belo Horizonte**

A regulamentação da previsão das PICS no SUS em Belo Horizonte foi estabelecida pela Lei Orgânica do município de Belo Horizonte/MG, de 21 de março de 1990, que no artigo 144 estabeleceu (BELO HORIZONTE, 1990):

compete ao município, no âmbito do Sistema Único de Saúde, além de outras atribuições previstas na legislação federal com o oferecimento aos cidadãos por meio de equipes multiprofissionais e de recursos de apoio, de todas as formas de assistência e tratamento necessárias e adequadas, incluídas a homeopatia e as práticas alternativas reconhecidas.

O “Projeto de Implantação de Práticas não Alopáticas para o Município de Belo Horizonte” foi criado em 1994 pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), incentivado por um grupo de médicos clínicos e pediatras que realizavam atendimento, uma ou duas vezes por semana, com Homeopatia e Medicina Antroposófica nas Unidades Básicas de Saúde (PRHOAMA, 2008).

A iniciativa, que representa uma das pioneiras no Brasil, ao considerar o termo “não alopáticas” apresenta em seu início preceitos da contracultura, em que as PICS

são consideradas alternativas, trazendo a ideia de escolha entre um esse tipo de tratamento ou o modelo biomédico. Esse processo tem sido analisado pela autora Madel Luz, que definiu o termo racionalidades médicas ou racionalidades em saúde. Estas são consideradas sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos cujas práticas consideram a visão integral do ser humano, do processo saúde-doença, a promoção global do cuidado humano e o autocuidado (LUZ, 2005; LUZ e BARROS, 2012).

A criação do Projeto demandou a realização de concursos públicos para provimento de cargos de médicos especialistas para o setor conforme Lei nº 6712, de 1994. Esta Lei, em seu artigo primeiro, autorizou no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde a admissão de médicos que utilizam técnicas terapêuticas diversas da alopatia mediante concurso público, desde que previamente habilitados e registrado na especialidade junto ao Conselho Regional de Medicina e se restringindo a quatro áreas específicas: homeopatia, fitoterapia, medicina ayurvédica (hindu), antroposófica e chinesa, e acupuntura (BELO HORIZONTE, 1994)

Em seu segundo artigo, a Lei estabelece o Programa de Integração Terapêutica,

cujos profissionais serão lotados em centros de saúde para primordialmente atender à demanda espontânea, a partir de projeto-piloto, com provisão de equipamentos e medicamentos essenciais específicos e dispensação pública e gratuita de medicamentos oriundos da flora brasileira e fitoterápicos de uso amplamente reconhecido.

Observa-se que, por meio dessa Lei nº 6.712/90, características de sustentabilidade do serviço foram garantidas, uma vez que buscou ofertar os serviços com profissionais efetivados por meio de concursos públicos, estabelecendo um vínculo considerado estável. Também vale ressaltar que o Programa de Integração Terapêutica preconizava a inclusão das PICS no nível primário da atenção. Esse aspecto está em consonância com autores que consideram que a Atenção Primária à Saúde (APS) é os *lôcus* da inserção das PICS no SUS (LEVIN *et al.* 2001; FREEMAN, 2010, TESSER, 2009; TESSER, SOUSA e NASCIMENTO, 2018). No entanto, esta Lei restringe a possibilidade de outros profissionais de saúde devidamente habilitados em PICS ofertar as práticas aos usuários do SUS, uma vez que o concurso era voltado somente para a categoria médica. Essa característica pode ter ocorrido porque o

Conselho de Medicina foi o primeiro a aprovar a especialização médica nas práticas de homeopatia e acupuntura (CFM, 1980; 1985).

Assim, o primeiro concurso público ocorreu em 1994, para médicos homeopatas, acupunturistas e antroposóficos, e ainda farmacêuticos homeopatas, que foram nomeados em 1996. Na sequência, em 1996, 2000 e 2006 ocorreram outros concursos para a área (PRHOAMA, 2008).

## **O PRHOAMA**

Dez anos após sua criação, em 2004, o Projeto recebeu a denominação de “Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica” (PRHOAMA), sob gestão da Gerência de Assistência da SMSA/ PBH e da Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso. Com essa mudança em sua nomenclatura (remoção dos termos “Projeto” e “Práticas Não Alopáticas”), o Programa fortalece seu direcionamento de suas ações e ainda se aproxima dos preceitos previstos nas Terapias Complementares (OMS, 2013), excluindo a ideia de alternativo das atividades não-alopáticas.

Em 2004, uma publicação institucional com o “objetivo de divulgar o Programa (...) entre os próprios servidores desta Secretaria, particularmente junto às equipes do Programa de Saúde da Família (PSF)” (BELO HORIZONTE, 2004) apresentava os dados referentes ao quantitativo total de médicos e a evolução da oferta de atendimentos.

O Programa conta hoje com 23 médicos: 6 acupunturistas, 15 homeopatas e 2 antroposóficos. Ao longo destes 10 anos de trajetória desde a sua implementação, destacam-se como resultados do programa a sua crescente demanda, que em 1994, primeiro ano do programa, totalizou 604 atendimentos, crescendo para 15.980 em 2003, sendo 65% homeopatia, 30% acupuntura e 5% medicina antroposófica (Belo Horizonte, 2003).

No documento comemorativo de 10 anos (BELO HORIZONTE, 2004) é apresentado o histórico, conceitos e aplicações sobre Acupuntura, Homeopatia, Medicina Antroposófica e Assistência Farmacêutica, além de depoimentos de pacientes e regulação do fluxo de encaminhamentos, conforme Figura 1. As ações do Programa em conjunto com os Centros de Saúde (CS) é destacado, evidenciando um serviço organizado com as atividades acessíveis por meio do CS, porta de entrada do serviço. O documento apresenta a evolução do programa passando de um projeto

piloto, voltado para demandas espontâneas, para um programa integrado com a APS, priorizando a organização do fluxo dos pacientes. Pelo documento observa-se também a distribuição da oferta dos serviços no município de Belo Horizonte que abrange todas as regionais de forma a propiciar o acesso facilitado aos cidadãos.

Percebe-se, com base nesse referencial, que o fluxo de atendimentos do PRHOAMA segue os princípios de apoio matricial, visando a referência e contra referência para as equipes do PSF (BRASIL, 2014; SANTOS, UCHOA-FIGUEIREDO e LIMA, 2017). Ressalta que a primeira consulta sempre está vinculada às UBS, definindo esta como a porta de entrada no Sistema, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2006).

Figura 1 - Documento comemorativo de 10 anos do PRHOAMA

### 11. Como e para onde encaminhar o paciente para atendimento com homeopatia, acupuntura e medicina antroposófica.

A demanda pelo atendimento por estas práticas médicas se inicia de duas formas:

1. Por encaminhamento dos profissionais das Equipes de PSF, das Equipes de Apoio ou do atendimento secundário.
2. Por escolha própria, ou seja, demanda espontânea.

Nas duas situações deve ser preenchida a Guia de Referência para estas práticas pelo profissional da Unidade Básica de Saúde (UBS) de origem do paciente, para a marcação da primeira consulta na UBS de referência, segundo as orientações e tabela abaixo, e lista em anexo:

**Como encaminhar o usuário para estes atendimentos:**

- 1) O usuário vai à UBS de sua área de abrangência e através das equipes do PSF, de Apoio e outras será encaminhado para a Homeopatia, Acupuntura ou Medicina Antroposófica.
- 2) Ele é informado para qual UBS deverá se dirigir para marcar a consulta e recebe:

- Guia de Referência devidamente preenchida.
- Nome da UBS ou de outro local de atendimento, com telefone e endereço.
- Nome do médico que o atenderá.

Obs: A marcação de primeira consulta na UBS de referência obedecerá aos critérios da mesma. Os retornos serão marcados na UBS onde foi realizada a primeira consulta.

- 3) A Primeira Consulta para o HMOB será marcada na Gerência de Atenção à Saúde do Distrito Sanitário Barreiro para os usuários deste distrito. Os usuários do Distrito Sanitário Centro Sul marcarão suas primeiras consultas na UBS Nossa Senhora da Conceição, e os do Distrito Sanitário Oeste na UBS Conjunto Betânia.

**Para onde encaminhar o usuário:**

A tabela abaixo indica para onde se deve encaminhar o usuário a fim de que ele marque sua primeira consulta. Observe que na primeira coluna aparece o distrito de origem do usuário e nas 3 colunas seguintes, o local em que ele será atendido em cada uma das terapêuticas. O local de atendimento foi planejado segundo a disponibilidade de profissionais e a facilidade de acesso.

DISTRITO	ACUPUNTURA	HOMEOPATIA	MEDICINA ANTROPOSÓFICA
Barreiro	HMOB	Barreiro	Barreiro e Centro-Sul
Centro-Sul	HMOB	Centro-Sul	Barreiro e Centro-Sul
Leste	Leste Nordeste	Leste	Barreiro e Centro-Sul
Oeste	HMOB	Oeste	Barreiro e Centro-Sul
Nordeste	Nordeste	Nordeste	Barreiro e Centro-Sul
Noroeste	Noroeste	Noroeste (a partir 9a) Barreiro (até 8a) Oeste (até 8a)	Barreiro e Centro-Sul
Norte	Norte	Norte	Barreiro e Centro-Sul
Pampulha	Venda Nova	Pampulha	Barreiro e Centro-Sul
Venda Nova	Venda Nova	Venda Nova	Barreiro e Centro-Sul

O Boletim do PRHOAMA, outra publicação institucional, foi lançado em 2006 com edições anuais com o objetivo de “apresentar a todos os trabalhadores da SMSA informações sobre o PRHOAMA e, a promover uma maior interação entre os seus profissionais” (PRHOAMA, 2006). Foram publicados onze números, no período entre 2006 a 2009, veiculados pela *internet* (<http://www.pbh.gov.br/smsa/prhoama/>) a toda rede e seu conteúdo apresentava informações sobre o programa, os profissionais que compõem a equipe (dados sobre formação e experiência profissional dos servidores

concursados para trabalhar no PRHOAMA), discussão de casos clínicos e notícias sobre as PICS em geral.

Ao analisar as notícias publicadas no Diário Oficial do Município (DOM) em 2006, destaca-se a seguinte matéria intitulada “USUÁRIO DO SUS EM BELO HORIZONTE TEM TRATAMENTO COM ACUPUNTURA E HOMEOPATIA” (26 de junho de 2006), que apresenta a PNPIC, comemorando a iniciativa da sua criação e destaca os resultados alcançados pelo PRHOAMA:

Implantado em 1994, quando realizou 604 consultas, o Prhoama é referência nacional nesse tipo de atendimento. Vinte e duas unidades de saúde dispõem do serviço, que conta com 28 profissionais: 17 homeopatas, nove acupunturistas e dois médicos antroposóficos. Frequentemente convidada a realizar palestras sobre a experiência desenvolvida nos últimos 12 anos, essa equipe contabilizou 21.494 atendimentos em 2005 e outros 7.748 somente de janeiro a abril deste ano, sendo 4.469 consultas de homeopatia, 2.967 de acupuntura e 302 de medicina antroposófica. Para o atendimento, o usuário da Rede Municipal de Saúde deve se dirigir ao Centro de Saúde em que é cadastrado (BELO HORIZONTE, 2006).

Em 11 de Outubro de 2006 é publicada a seguinte notícia “PROJETO QUER IMPLANTAR TRATAMENTOS ALTERNATIVOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”. A matéria aborda o Projeto de Lei nº 976/06 que tem como objetivo implantar no Sistema Único de Saúde (SUS) de Belo Horizonte tratamentos alternativos como Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e Termalismo. O referido Projeto de Lei foi analisado pela Câmara Municipal e recebeu o seguinte parecer: “A Comissão de Legislação e Justiça emitiu parecer pela inconstitucionalidade, ilegalidade e antijuridicidade do projeto. Por outro lado, a Comissão de Saúde e Saneamento foi favorável e a proposta agora está sob análise da Comissão de Orçamento e Finanças Públicas” (BELO HORIZONTE, 2006)

As duas publicações, no mesmo ano de 2006, evidenciam um possível desencontro de informações dentre as autoridades competentes, uma vez que as práticas de Acupuntura, Homeopatia e Fitoterapia já se encontravam legalmente inseridas nos serviços de saúde pública de Belo Horizonte, desde 1994.

O Relatório de Gestão da PBH/SMSA em 2007 faz referência ao PRHOAMA uma única vez, na lista de realizações do SUS/BH. As metas indicadas para o Programa foram: “Avaliação dos resultados e aprimoramento dos fluxos junto aos DS; Continuidade da publicação virtual Boletim do PRHOAMA; Ampliação da oferta de

atenção; Parceria com a Promoção em Saúde para implantação da prática de “Lian Gong em 18 Terapias”; Elaboração de novas diretrizes para o atendimento de Acupuntura” (PRHOAMA, 2006)

O PRHOAMA foi citado pela Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares quando da sua criação. A PEPIC, no entanto, relata a experiência do PRHOAMA somente quando apresenta informações sobre Medicina Antroposófica (MINAS GERAIS, 2009).

O PRHOAMA divulgou, em 2010, material sobre aplicações da Homeopatia na prevenção e tratamento dos casos de Dengue, incluindo fluxo e protocolo de atendimento (SANTOS *et al.*, 2010, PRHOAMA, 2010)

O Ministério da Saúde com base no Relatório de Gestão das PICS no SUS (BRASIL, 2010) promoveu, em 2011, um encontro nacional dos gestores de PICS em Brasília. A equipe de coordenação do PRHOAMA participou, apresentando o histórico e o levantamento de dados do Programa, bem como um apanhado geral da situação do serviço. Um dos slides da apresentação traz uma análise sobre o desenvolvimento do PRHOAMA (PRHOAMA, 2011), conforme Figura 2.

Figura 2 – Slide de apresentação do PRHOAMA encontro nacional dos gestores de PICS em Brasília.

**PRHOAMA**



**A HOMEOPATIA, A ACUPUNTURA E A MEDICINA ANTROPOSÓFICA TÊM APOIADO INÚMERAS DEMANDAS DO PSF EM BH:**

- Contraindicação para os tratamentos habituais (terapia de reposição hormonal, intolerâncias medicamentosas),
- Não obtiveram melhora com outros tratamentos.
- Preferem estas práticas.
- Sofrimentos mentais moderados (profissionais das ESF frequentemente as indicam para evitar psicotrópicos ou retirá-los).
- Transtornos relacionados à convivência familiar (ACS identifica).
- Transtornos considerados psicossomáticos.
- Dengue (tratamento e profilaxia).

Essa apresentação revela que o Programa vinha desenvolvendo seu papel em consonância com os princípios da Atenção Primária em Saúde e com o conceito de racionalidades em saúde (STARFIELD, 2002; TESSER, 2018).

A partir de 2013 ocorreu uma mudança na inserção do PRHOAMA dentro dos serviços de saúde de Belo Horizonte. É estabelecida uma parceria com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o referenciamento dos usuários para o PRHOAMA passa a ser realizado segundo seus polos (BELO HORIZONTE, 2014). O PRHOAMA passa a existir na função de apoio matricial às equipes dos CS, semelhante ao que já é previsto em nível nacional para os NASF (SANTOS, UCHOA-FIGUEIREDO e LIMA, 2017)

No Relatório de Gestão da SMSA/PBH também consta que foram realizados 24.480 atendimentos em 2008 e esse número aumentou, chegando a 30.315 em 2013 (BELO HORIZONTE, 2014).

Em 2014, o Programa completou 20 anos e para a comemoração foi realizada a publicação em 2014/2015 de material de divulgação, semelhante ao que ocorreu quando o programa completou 10 anos. Nele consta a evolução do programa, a organização do fluxo dos pacientes, a distribuição da oferta dos serviços no município e os profissionais participantes. No mesmo ano foi apresentado o Cartaz de Divulgação do PRHOAMA e a sua Logomarca.

O Grupo de Trabalho em Promoção da Saúde instituído em 2016, conforme Portaria SMSA/SUS-BH nº 0181/2016, conta na sua formação com representantes do PRHOAMA. A inclusão da equipe reafirma o papel das PICS não só nos tratamentos reabilitadores, mas também na prevenção de doenças e promoção da saúde (TELESSI JUNIOR, 2016; FRANCO SÁ, 2018).

No Relatório Anual de 2017 da PBH, observa-se que o número de consultas do PRHOAMA aumentou desde 2013, enquanto o número de médicos diminuiu. Em geral, a maior parte das consultas são de Homeopatia, seguidas de Acupuntura e Medicina Antroposófica, conforme Figura 3 (BELO HORIZONTE, 2017).

Figura 3 – Evolução do número de consultas e do número de médicos do PRHOAMA, de 2013 a 2017.

Tabela 3 - Evolução do número de consultas e do número de médicos do PRHOAMA, 2013 a 2017

Nº DE CONSULTAS	2013	2014	2015	2016	2017
Acupuntura	11.290	10.846	11.895	14.438	16.969
Homeopatia	17.962	18.880	17.308	18.860	15.289
Medicina Antroposófica	1.333	2.014	1.337	1.424	1.146
<b>Total de Consultas</b>	<b>30.585</b>	<b>31.740</b>	<b>30.540</b>	<b>34.482</b>	<b>33.404</b>
<b>Nº de Médicos</b>	<b>35</b>	<b>37</b>	<b>36</b>	<b>36</b>	<b>33</b>

Fonte: SISREDE-SMSA-BH

Ainda no Relatório de Gestão de 2017 (BELO HORIZONTE, 2017), no Eixo I - Atenção Primária à Saúde, a primeira Diretriz (Garantia do acesso da população a serviços de qualidade com equidade e em tempo adequado), prevê: “Ampliar a oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS): acupuntura, homeopatia e medicina antroposófica, incluindo fitoterapia, oferecendo insumos e medicamentos” As metas previstas foram indicadas, com destaque para capacitação de profissionais para Fitoterapia, até então pouco abordada dentro dos serviços do SUS; reorientação das estratégias de trabalho do PRHOAMA, focando em apoio matricial; e reforço da necessidade de Farmácia Pública de Manipulação Homeopática, cujo processo de construção encontra-se parado. O documento apresenta também os seguintes registros:

- Realização da Mostra de Boas Práticas em Promoção e Reabilitação em Saúde do SUS-BH, com a participação da equipe do PRHOAMA.
- Continuidade da participação de médicos do PRHOAMA em reuniões de matriciamento das equipes de saúde da família.
- Parceria da PBH/UFGM: desenvolvimento do Projeto de Extensão de Homeopatia e Acupuntura, cujos atendimentos são realizados no Ambulatório Jenny de Andrade Faria por médicos do PRHOAMA.
- Experiências positivas: no CS Marco Antônio de Menezes o incremento de práticas, como uso da meditação; na regional Barreiro no que se refere ao Programa Saúde na escola (PSE)
- Projeto de implantação de um Horto Medicinal junto à área física da Farmácia Viva em articulação, assim como Projeto de Hortas Comunitárias no CRAS

(Centro de Referência de Assistência Social) Vila Fátima e o movimento junto à Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) com o objetivo de fazer a inclusão dos medicamentos Homeopáticos e Fitoterápicos na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) em alinhamento com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

- Coordenação do PRHOAMA apoiou discussões e produção escrita para educação permanente sobre o tratamento da obesidade.
- Temática das Práticas Integrativas Complementares (PICS) foi abordada na formação dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional da Atenção Básica/Saúde da Família da SMSA-BH, com participação no Módulo específico das PICS.

Observa-se que o Relatório de Gestão da PBH do ano de 2017 destina um amplo espaço para a apresentação das atividades do PRHOAMA (BELO HORIZONTE, 2017).

Em 2017, no sentido de fortalecer os processos de interface e apoio matricial, aconteceram reuniões técnicas com os médicos do PRHOAMA, participação em reuniões de matriciamento da ESF e web conferência específica com participação dos profissionais dos CS. Esta oportunidade de aproximação entre profissionais e discussão de casos contribui para tornar essas racionalidades médicas mais acessíveis e compreensíveis na prática, encurtando distâncias, vencendo barreiras e aprimorando o diálogo, em busca da integralidade do atendimento ao usuário do SUS-BH.

Apesar da ampliação do número de consultas realizadas, a atuação intersetorial do PRHOAMA e a citação de práticas como meditação e fitoterapia em suas atividades apresentadas no Relatório de 2017 (BELO HORIZONTE, 2017), percebe-se que a regulamentação de outras práticas pelo Programa ainda é tímida. Ao contrário do que ocorre em nível nacional, quando em 2017 ocorreu a ampliação das práticas ofertadas no SUS, com revisão da PNPIC (BRASIL, 2017). Essa expansão continuou ocorrendo em 2018, considerando 29 um total de 29 PICS a serem ofertadas (BRASIL, 2018).

O PRHOAMA apresenta uma lista de atividades desenvolvidas denominadas “Ações PRHOAMA 2018” (PRHOAMA, 2018) demonstrando o quanto a equipe está envolvida em atividades científicas, de educação permanente, ações intersetoriais, entre outros.

Atualmente, médicos homeopatas, acupunturistas e antroposóficos estão distribuídos em 25 Centros de Saúde e também nos CREAB Sagrada Família e CREAB Centro Sul. E desde 2018, também entra em vigor o documento orientador dos fluxos, distribuído a toda rede de serviços para regularização das referências/encaminhamentos, além de protocolos de atendimento.

Tal fato contrasta com a ausência do PRHOAMA dentro da Carteira Orientadora de Serviços do SUS (BELO HORIZONTE, 2018a), publicada em 2018, em que somente as consultas de acupuntura são brevemente citadas, sem alusão ao PRHOAMA.

Por outro lado, no Plano Municipal de Saúde (2018-2021) uma breve história do PRHOAMA, bem como sua produção, é apresentada dentro do item Promoção da Saúde (BELO HORIZONTE, 2018b):

É possível notar que o acesso dos usuários do SUS a essas práticas integrativas tem apresentado notável crescimento. A presença do PRHOAMA na rede de atenção à saúde de Belo Horizonte como ferramenta de cuidado tem alcançado a ampliação da abordagem clínica e, diante do movimento de incremento das PICS, espera-se fortalecer ainda mais este processo.

No *site* da PBH (<http://portaldeservicos.pbh.gov.br/>), consultado em maio de 2019, há informações sobre o PRHOAMA, explicando o serviço e as peculiaridades do atendimento, e detalhando o fluxo, que tem como porta de entrada a Atenção Básica (PRHOAMA, 2019).

### **Outras Informações**

Foram encontradas, ao longo da existência dos serviços de PICS no SUS de BH, oito Notícias em Jornais, que demonstram o esforço para divulgação e fortalecimento das PICS, além do interesse da população leiga pelo serviço.

### **Limitações**

Nem todos os relatórios de gestão foram acessados, somente os disponibilizados pela equipe do PRHOAMA. Dados quantitativos não foram considerados (CNES e DATASUS), assim como os relatórios das Conferências Municipais de Saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa documental permitiu avaliar as contribuições do PRHOAMA na rede SUS/PBH, além da representação do serviço dentro do fluxograma da Secretaria Municipal de Saúde. O número de atendimentos realizados desde 1994 em Acupuntura, Homeopatia e Medicina Antroposófica é relevante e o auge do Programa ocorreu entre 2006 a 2008 (com publicação de Boletins, tema de Notícias de Jornais, e o maior número de Profissionais). Percebe-se que mais recentemente não ocorreu ampliação das ações do PRHOAMA e nem diversificação da oferta de PICS. Considerando o contexto da PNPIC, os motivos dessa limitação de uma experiência pioneira se colocam como perspectivas para a continuidade do estudo de avaliabilidade do PRHOAMA.

## REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Carteira de orientadora dos serviços do SUS-Relação dos serviços prestados na atenção primária à saúde. Belo Horizonte: SMSA, 2018a. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/carteira-orientadora-servi%C3%A7os-sus-03-2019.pdf>. Acesso em 06 abr 19.

BELO HORIZONTE. Lei nº 6.712, de 10 de agosto de 1994. Dispõe sobre a admissão de médicos que utilizam técnicas terapêuticas diversas da alopatia e dá outras providências. Belo Horizonte: Diário Oficial do Município, 1994.

BELO HORIZONTE. Lei Orgânica Municipal. Belo Horizonte: Diário Oficial da União, 1990.

BELO HORIZONTE. PRHOAMA: Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica no SUS-BH. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2004. Disponível em: <https://docplayer.com.br/17831584-Prefeitura-municipal-de-belo-horizonte-secretaria-municipal-de-saude-prhoama-programa-de-homeopatia-acupuntura-e-medicina-antroposofica-no-sus-bh.html>Acesso em 03 mar 2019

BELO HORIZONTE. Projeto de Lei 976/06. Projeto para Implantar Tratamentos Alternativos no Sistema Único de Saúde. Belo Horizonte: Diário Oficial do Município, 2006.

BELO HORIZONTE. Relatório anual de gestão 2017. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/RAG%202017\\_0.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/RAG%202017_0.pdf). Acesso em 14 mar 19.

BELO HORIZONTE. Relatório de Gestão detalhado do segundo quadrimestre de 2014. Belo Horizonte: GEAS/SMSA-BH, 2014.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde 2018 a 2021. Belo Horizonte: SMSA, 2018b.

BELO HORIZONTE. Usuário do sus em Belo Horizonte tem tratamento com acupuntura e homeopatia. Belo Horizonte: Diário Oficial do Município, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ampliação da PNPIC. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe\\_pics\\_maio2017.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_pics_maio2017.pdf). Acesso em 3 dez 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Brasília: Ministérios da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, v.1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica Brasília, DF, n. 39, 2014.

CAZARIN, G.; NUNES, G.M., MARTINS, J.G.; SOUSA, M.M. BARCELLOS, A.M.M. Monitoramento das Práticas Integrativas e Complementares em Minas Gerais: a utilização de um instrumento de apoio aos sistemas de informação. *Journal of Management and Primary Health Care*. v.8, n.2, p. 278-289, 2017.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n.1000/1980. Acrescentar na relação de especialidades reconhecidas pelo CFM, para efeito de registro de qualificação de especialistas a hansenologia e a homeopatia. CFM, 1980.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.455/95. Reconhecer a Acupuntura como especialidade médica. CFM, 1995.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). Avaliação em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

FRANCO DE SÁ, R.; NOGUEIRA, J.; DE ALMEIDA GUERRA, V. Traditional and complementary medicine as health promotion technology in Brazil. *Health Promot Int*, v. 34, n. Supplement\_1, p.i74-i81, 2019.

FREEMAN, T. Manual de medicina de família e comunidade. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GASPARINI, M.F.V.; FURTADO, J.P. Avaliação de Programas e Serviços Sociais no Brasil: uma análise das práticas no contexto atual. *Serv. Soc. Soc.*, n. 117, p. 122-141, 2014.

LEVIN, J.S.; JONAS, W.B. Tratado de medicina complementar e alternativa. São Paulo: Manole, 2001.

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

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 145-176, 2005.

LUZ, M.T.; BARROS, F.B. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2012.

MINAS GERAIS. Resolução SES-MG no 1885, de 27 de maio de 2009. Institui a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, Minas Gerais: Diário Oficial, 2009.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Estratégia sobre medicina tradicional: 2014-2023. Genebra: OMS; 2013.

PRHOAMA. Apresentação no I Simpósio Mineiro de Homeopatia: Horizontes da Homeopatia em Minas, 2008. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/3303784/> Acesso em 15 mar 19.

PRHOAMA. Boletim do PRHOAMA, 2006. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/prhoama/> Acesso em 03 mai 19.

PRHOAMA. Compilado das ações desenvolvidas no PRHOAMA em 2018. Belo Horizonte: PRHOAMA, 2018.

PRHOAMA. Relato de experiência do uso de medicamentos homeopáticos para profilaxia de dengue em Belo Horizonte no ano de 2010. Disponível em: arquivos do PRHOAMA, 2010.

PRHOAMA. Reunião de gestores de práticas Integrativas e Complementares. A competência intercultural na atenção à saúde. Brasília, 2011. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/belo\\_horizonte.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/belo_horizonte.pdf). Acesso em 04 fev 19.

PRHOAMA. Site oficial do serviço na PBH. Disponível: <http://portaldeservicos.pbh.gov.br/portalservicos/view/paginas/apresentaServico.jsf>. Acesso em 01 jun 19.

SANTOS, C.P.; BRINA, N.T.; MAGALHÃES, I.L.; SOARES, I.A.A. Relato de experiência do uso de medicamentos homeopáticos para profilaxia de dengue em Belo Horizonte -MG no ano de 2010. Rev. Homeopatia, v.75, n.2/4, p. 1-12, 2012.

SANTOS, R.A.B.G.; UCHOA-FIGUEIREDO, L.R.; LIMA, L.C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. Saúde debate, v.1, n. 114, p. 694-706, 2017.

STARFIELD, B. Atenção primária — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TELESSI JUNIOR, E. Práticas Integrativas e Complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. Estudos avançados, v.30 n. 86, 2016.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. Ciência & Saúde Coletiva, v.13, p. 195-206, 2008.

TESSER, C.D.; SOUSA, I.M.C.; NASCIMENTO, M.C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde em Debate, v. 42, p. 174-188, 2018.

THURSTON, W.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. Canadian Journal of Program Evaluation, v. 20, n. 2, 2005.

### 5.3 Produto técnico

#### 5.3.1 Nome do Produto Técnico

“Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: oferta pelo Sistema Único de Saúde e evidências científicas na área de Odontologia” (ANEXO C).

#### 5.3.2 Apresentação e Justificativa

Nova Lima é um município do estado de Minas Gerais localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte distante 18 Km da capital. Sua população, conforme estimativas do IBGE de 2018, era de 93 577 habitantes. Possui política municipal de PICS no SUS. A oferta das práticas ocorre, de forma predominante, no Centro Municipal de Atenção Integral à Saúde (CEMAIS). Neste sentido, foi realizado um convite à Profa. Janice Simpson de Paula e à mestranda Jane Saula de Oliveira para a realização de uma capacitação sobre PICS para a equipe do Centro de Especialidade Odontológica (CEO). O convite foi realizado pela Coordenação de PICS e de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde. A capacitação se constitui numa estratégia de aproximação da equipe de Odontologia às ações da PICS, buscando apresentar os principais conceitos, práticas e indicações na área da atenção à saúde bucal.

#### 5.3.3 Objetivo

Sensibilizar as equipes de saúde bucal que compõem o CEO de Nova Lima para a importância das PICS no âmbito do SUS e suas aplicações na Odontologia.

#### 5.3.4 Metodologia

A capacitação ocorreu no dia 31 de maio de 2019 na Secretaria Municipal de Saúde. Participaram 40 profissionais da Odontologia, incluindo dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal. A capacitação foi realizada para duas turmas com carga horária total de três horas e contou com uma exposição dialogada seguida de um

grupo de discussão (ANEXO D). A exposição dialogada intitulada “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: oferta pelo Sistema Único de Saúde e evidências científicas na área de Odontologia” abordou os seguintes temas: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, o uso das PICS na Atenção Básica e evidências científicas sobre aplicação das PICS na Odontologia. Além disso, foi montada uma mostra apresentando os materiais utilizados na Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura, Auriculoacupuntura, Ventosas) e na Fitoterapia.

Alunos da graduação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, integrantes da Liga Acadêmica de Odontologia em Práticas Integrativas e Complementares, participaram da capacitação apresentando as atividades desenvolvidas em PICS na FAO-UFMG e apoiando no estabelecimento da aproximação do serviço com a academia.

#### 5.3.5 Contribuição do Produto Técnico

O *feedback* dos participantes e coordenadores de Saúde Bucal e das PICS após capacitação foi muito positivo. Um dos principais questionamentos que surgiram após a apresentação foi como poderia ser realizado o encaminhamento dos pacientes do CEO para os serviços de PICS. Esse saldo é considerado positivo, já que ao aproximar os serviços há mais chances de resolubilidade e cuidado integral do usuário.

#### 5.3.6 Perspectivas

Além desse evento, os resultados alcançados com o Estudo 1 e 2 serão divulgados por meio de um *WebSimpósio* sobre PICS, planejado para o segundo semestre de 2019, a ser realizado pelo Projeto de Extensão Teleodontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

Em julho de 2019, a mestrande Jane Saula de Oliveira participará, a convite da gerente, as atividades da “Semana do Trabalhador do Centro de Saúde Jardim Guanabara”, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, visando a maior aproximação da equipe com as PICS.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados dessa dissertação, pode-se constatar que, em nível nacional, a oferta de PICS está associada tanto às características das EAB quanto às iniciativas no nível das UF, como políticas próprias e recursos humanos na área de PICS. Além disso, o PRHOAMA se configura como uma das mais significativas experiências pioneiras de implementação das PICS no SUS em nível municipal.

Pelo estudo usando os dados do PMAQ-AB, a distribuição das PICS em território nacional ocorre de forma heterogênea existindo uma associação positiva da existência da PEPIC e de recursos humanos para as PICS com a maior oferta de PICS aos usuários do território, reforçando a importância do princípio da descentralização e regionalização das políticas e ações em saúde. Ficou demonstrada a influência entre as características das equipes de saúde e oferta de PICS, uma vez que as equipes que apresentaram melhores características relacionadas aos seus processos de trabalho e gestão apresentaram maior prevalência na oferta de PICS. Tais resultados direcionam para elucidação das divergências existentes entre as normatizações, tanto da OMS quanto da PNPIC, e a realidade de oferta das PICS no SUS, evidenciando possíveis fatores influenciadores na distribuição da oferta de PICS aos usuários do SUS a nível nacional.

Já a pesquisa documental permitiu avaliar as contribuições do PRHOAMA na rede SUS/PBH, além da representação do serviço dentro do fluxograma da Secretaria Municipal de Saúde. O número de atendimentos realizados desde 1994 em Acupuntura, Homeopatia e Medicina Antroposófica é relevante e o auge do Programa ocorreu entre 2006 a 2008 (com publicação de Boletins, tema de Notícias de Jornais, e o maior número de Profissionais). Percebe-se que mais recentemente não ocorreu ampliação das ações do PRHOAMA e nem diversificação da oferta de PICS. Considerando o contexto da PNPIC, os motivos dessa limitação de uma experiência pioneira se colocam como perspectivas para a continuidade do estudo de avaliabilidade do PRHOAMA.

Em suma, percebe-se que as afinidades entre as PICS e os princípios do SUS são inúmeras. E, tanto a análise por meio de dados secundários quanto pela pesquisa documental destacam que os estudos de avaliação em saúde são fundamentais para conhecimento, divulgação e fortalecimento das PICS no SUS.

## REFERENCIAS

ABRAHÃO, A. L. **Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde**. Informe-se em promoção de saúde, v. 3, n.1, p. 1- 3, 2007.

RIO DE JANEIRO. **Projeto de Lei 2876/2017**. Institui o programa de terapias alternativas e complementares no âmbito do estado do rio de janeiro e da outras providencias. Rio de Janeiro: ALERJ, 2017.

AMADO, D.M.; ROCHA, P.R.S.; UGARTE, O.A.; FERRAZ, C.C.; LIMA, M.C.; CARVALHO, F.F.B.C. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas**. Journal of Management and Primary Health Care. J Manag Prim Heal Care, v.8, n.2, p.290-308, 2017.

AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; ABDON, C. **Monitoramento e avaliação: reflexos visíveis na Atenção Primária a Saúde no Brasil**. In: SOUZA, M.F. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Campinas: Saberes, 2014.

BARROS, N.F. **A Construção de novos paradigmas na medicina: a medicina alternativa e a medicina complementar**. In: Canesqui AM, organizador. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: FAPESP, 2000.

BELO HORIZONTE. **Lei Orgânica Municipal**. Belo Horizonte: Diário Oficial da União, 1990.

BODEKER, G; KRONENBERG, F.A. **Public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine**. Am J Public Health, v.92. n.10, p.1582-91, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Ampliação da PNPIC**. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe\\_pics\\_maio2017.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_pics_maio2017.pdf). Acesso em 3 dez 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, C. E. A. **Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., v. 5, supl. 1, p. s63-s69, 2005.

CARVALHO, F.F.B; ALMEIDA, E.R; SOUSA, A.N.A. **10 anos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC**. J Manag Prim Heal Care, v.8, n.2, p.136-140, 2017.

CASOTTI, E.; MARIN, J.; DUTRA, L.; MONTENEGRO, L.A.A.; GUIMARAES, M.; CORVINO, M.; MASCARENHAS, M.T.M.; FLAUSINO, R. **Vivências da equipe de entrevistadores no desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade na Atenção Básica-PMAQ AB na cidade do Rio de Janeiro**. In: FAUSTO, M.C.R., FONSECA, H.M.S. Rotas da atenção Básica no Brasil: Experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes, 2013.

CASTRO, R.C.L. **Percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto: comparação entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, 2009.

CAZARIN, G.; NUNES, G.M., MARTINS, J.G.; SOUSA, M.M. BARCELLOS, A.M.M. **Monitoramento das Práticas Integrativas e Complementares em Minas Gerais: a utilização de um instrumento de apoio aos sistemas de informação**. J Manag Prim Heal Care, v.8, n.2, p. 278-289, 2017.

CECHINEL, A.; FONTANA, S.A.P.; GIUSTINA, K.P.D.; PEREIRA, A.S.; PRADO, S.S. **Estudo/análise documental: uma revisão teórica e metodológica**. UNESC, v. 5, n.1, p.1-7, 2016.

CELLARD, A. **A análise documental**. In: POUPART, Jean et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BROUSSELE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J. L. **A avaliação no campo da saúde conceitos e métodos**. In BROUSSELE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. M. A. (Orgs). Avaliação conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CLEMENHACEN, C.; CHAMPAGNE, F. **Quality assurance as part of Program Evaluation: Guidelines for managers and clinical department heads**. QRB Qual Rev Bull., v.12, n.11, p.383-7, 1986.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). Avaliação em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Avaliando a institucionalização da avaliação**. Ciênc. saúde coletiva, v.11, n.3, p.705-711, 2006.

CONTATORE, A.O.; BARROS, N. F.; DURVAL, M.R.; BARRIO, P.C.C.C.; COUTINHO, B.D.; SANTOS, J.A.; et al. **Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde**. Ciênc. saúde coletiva, v.20, n.10, p. 3263–73, 2015.

COUTINHO, L.R.P. **Acolhimento aos usuários na Atenção primária à Saúde**. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Programa de pós-Graduação em enfermagem curso de Mestrado em enfermagem. Campo Grande, 2015.

DIAS, M.D.A. **Compreender o trabalho na Atenção Primária à Saúde para desenvolver ações em Saúde do Trabalhador: o caso de um município de médio porte**. Rev. bras. saúde ocup., v.38, n.127, p. 69-80, 2013.

DISTRITO FEDERAL. **Portaria107/13**. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Política distrital de práticas integrativas em saúde: PDPIS. Brasília: Fepecs, 2014.

DUNN, W. N. **Two faces of validity in the policy sciences**. Knowledge in Society, v.2, n.1, p. 3-5, 1989.

EISENBERG, D.M.; DAVIS, R.B.; ETTNER, S.L.; APPEL, S.; WILKEY, S.; VAN ROMPAY, M., KESSLER, R.C. **Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey.** JAMA, v. 280, n. 18, p. 1569-75, 1998.

ELIAS, M.C.; ALVES, E. **Medicina não-convencional: prevalência em pacientes oncológicos.** Revista Brasileira de Cancerologia, v.48, n.4, p. 523-532, 2002.

ESPÍRITO SANTO. **Resolução Nº 543/2008.** Aprova a Institucionalização da Política das Práticas Integrativas e Complementares: Homeopatia, MTC (Acupuntura e Do In) e Fitoterapia/Plantas Medicinais no Estado do Espírito Santo. ES: Diário Oficial, 2008.

FELISBERTO, E. **Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde.** Ciênc. saúde coletiva, v.11, n.3, p.553-563, 2006.

FISHER, P.; WARD, A. **Complementary medicine in Europe.** BMJ, v.9, n. 309(6947), p.107-11, 1994.

FRANCO DE SÁ, R.; NOGUEIRA, J.; DE ALMEIDA GUERRA, V. **Traditional and complementary medicine as health promotion technology in Brazil.** Health Promot Int, v.2018, p.1-8, 2018.

FREEMAN, T. **Manual de medicina de família e comunidade.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GASPARINI, M.F.V.; FURTADO, J.P. **Avaliação de Programas e Serviços Sociais no Brasil: uma análise das práticas no contexto atual.** Serv. Soc. Soc., n. 117, p.122-141, 2014.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, C. R. R. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro.** Cad. Saúde Pública, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L. **A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990.** Cad. Saúde Pública, v. 22, n. 5, p. 951-96, 2006.

GOIÁS. **Lei 16703 de 2009**. Institui a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares na rede pública estadual de saúde. Goiás: Diário Oficial, 2009.

GONÇALVES, R.P.; ANTUNES, H.M.; TEIXEIRA, J.B.P.; CARDOSO, L.O. **Profissionais da área de saúde pública: atitudes, conhecimentos e experiências em relação a práticas médicas não convencionais**. Revista de APS, v. 11, n. 4, p. 398-405, 2008.

GUARNELO, L.; VIEIRA, J.M.R.; SOUZA, M; ROCHA, E.S.C.R.; GONCALVES, M.J.F. **Avaliação da política externa do PMAQ no Amazonas: experiências e narrativas sobre a implementação da Política de Atenção Básica**. In: FAUSTO, M.C.R. e FONSECA, H.M.S. (orgs.) Rotas da atenção Básica no Brasil: Experiências do trabalho de campo PMAQ AB. Rio de Janeiro: Saberes, 2013.

HARTZ, Z.M.A. **Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais**. Ciênc. saúde coletiva, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

HAUSER L et al. **Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 8, n. 29, p. 244-255, 2013.

JORGE, M.S.B.; LEITÃO, M.T.A.; BEZERRA, I.C. **Produção de saberes e novas práticas em saúde coletiva: pesquisas em saúde coletiva**. Fortaleza: EdUECE, 2017.

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

LOSSO, L. N.; FREITAS, S. F. **Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil**. Saúde Debate, v. 41, n. especial 3, p.171-187, 2017.

LUZ, M. T. **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX**. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, v. 15, p.145-176, 2005.

LUZ, M.T.; BARROS, F.B. **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2012.

MACINKO, J; HARZHEIM, E. **Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – sua utilização no Brasil**. *Revista Brasileira Saúde da Família*, n. 14, p. 4-8, 2007.

MARTINS, G. A.; THEOPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MATO GROSSO. **Lei nº 10.483, de 28 de dezembro de 2016**. Institui a Política Estadual de Plantas Medicinais, Aromáticas e Condimentares e de Medicamentos Fitoterápicos no Estado de Mato Grosso. Mato Grosso: Diário oficial, 2016.

MATTA, G.C. MOSORINI, M. V. G. **Atenção Primária a Saúde**. Dicionário da educação profissional em saúde, v.1, p. 23 a 28, 2017.

MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MINAS GERAIS. **Resolução SES-MG n. 1885, de 27 de maio de 2009**. Institui a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. Minas Gerais: Diário oficial, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

NAGAI, S.C.; QUEIROZ, M.S. **Introdução de métodos terapêuticos alternativos: a experiência desenvolvida na rede básica de Campinas**. Campinas: Arte Escrita/FAPESP, 2009.

NIH. National Center for Complementary and Integrative Health. **The Use of Complementary and Alternative Medicine in the United States**. Disponível em [https://nccih.nih.gov/research/statistics/2007/camsurvey\\_fs1.htm](https://nccih.nih.gov/research/statistics/2007/camsurvey_fs1.htm). Acesso em 29mai19.

NOGALES-GAETE, J. **Medicina alternativa y complementaria**. Revista chilena de neuropsiquiatria, v. 42, n. 4, p. 243-250, 2004.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Estratégia sobre medicina tradicional: 2014-2023**. Genebra: OMS; 2013.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **"Report of the International Conference on Primary Health Care, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund, Alma-Ata - URSS, 6 to 12 September 1978"**. The World Health Organization, 1978.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. **A medicina integrativa e a construção de um novo modelo de saúde**. Cien Saúde Coletiva, v. 16, n.3, p.1801-1811, 2011.

PAIM, J.S. **Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil**. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

PATTON, M. Q. **Utilization focused evaluation**. The new century text. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1997.

PROTASIO, A.P.L.; SILVA, P.B. LIMA, E.C.; GOMES, L.; MACHADO, L.S.M.; VALENÇA, A.M.G. **Avaliação do sistema de referência e contra referência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB**. Saúde debate, v. 38, n. especial, p. 209-220, 2014.

QUEIROZ, M. S. **O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde**. Cad Saúde Pública, v. 16, p. 363-375, 2000.

RIO GRANDE DO NORTE. **Portaria Nº 274/GS, de 27 de junho de 2011**. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) no Sistema Único de Saúde do RN. Rio Grande do Norte: diário oficial, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução Nº 695/2013**. Aprova a Política Estadual de Práticas integrativas e Complementares. Rio Grande do Sul: Secretaria de Saúde, 2013.

SANTOS, F.A.S. **Análise da política de práticas integrativas e complementares no Recife**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública); Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2010.

SANTOS, M.C.; TESSER, C.D. **Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde**. Cien Saúde Coletiva, v.17, n.11, p.3011-3024, 2012.

SÃO PAULO. **Decreto nº 51.435, de 26 de abril de 2010 regulamenta a Lei nº 14.903, de 6 de fevereiro de 2009**. Institui o programa de produção de fitoterápicos e plantas medicinais no município de São Paulo. São Paulo: Diário Oficial do Município, 2010.

SÃO PAULO. **Lei nº 13.717, de 8 de janeiro de 2004**. Dispõe sobre a implantação das terapias naturais na secretaria municipal de saúde, e dá outras providências. São Paulo: Diário Oficial do Município, 2010.

SÃO PAULO. **Projeto de Lei nº 130, de 2013**. Institui, no âmbito do Estado de São Paulo, a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde e dá outras providências. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde, 2013.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANE, J.F. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. Rev. Bras. Hist. Cienc. Soc., v.1, n.1, p.1-15, 2009.

SCHVEITZER, M. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Papel das práticas complementares na compreensão dos profissionais da Atenção Básica: uma revisão sistemática**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 48, n. spe, p. 184-191, 2014.

SILENZIO, V. M.B. **What Is the Role of Complementary and Alternative Medicine in Public Health?** Am J public Health, v.92, p.1562-4, 2002.

SOUSA, I.M.C.; BODSTEIN, R.C.A.; TESSER, C.D.; SANTOS, F.A.S; HORTALE, V.A. **Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados**. Cad Saúde Pública, v. 28, p. 2143-2154, 2012.

SOUSA, I.M.C; TESSER, C.D. **Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária**. Cad Saúde Pública, v. 33, p.e00150215, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. **Is primary-care essential?** Lancet, v.344, n. 8930, p. 1129-1133, 1994.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E. M.O. **Papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde.** Cien Saúde Coletiva, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TEIXEIRA, C.F. **Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites.** Cien Saúde Coletiva, v.11, n.3, p.564-576, 2006.

TELESSI JUNIOR, E. **Práticas Integrativas e Complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS.** Estudos avançados, v.30 n. 86, 2016.

TESSER CD. **Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas.** Cad Saúde Pública, v.25, n.8, p.1732-42, 2009.

TESSER, C.D. **Práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas no SUS e na atenção primária à saúde: possibilidades estratégicas de expansão.** Journal of Management and Primary Health Care, v.8, n.2, p.278-289, 2017.

TESSER, C.D.; SOUSA, I.M.C.; NASCIMENTO, M.C. **Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira.** Saúde em Debate, v. 42, p. 174-188, 2018.

THIAGO, S.C. **Medicinas e terapias complementares na visão de médicos e enfermeiros da Saúde da Família de Florianópolis [dissertação].** Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2009.

THURSTON, W.; RAMALIU, A. **Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned.** Canadian Journal of Program Evaluation, v. 20, n. 2, 2005.

VIEIRA-DA-SILVA, L. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde.** In: \_\_\_\_\_; HARTZ, Z. (Orgs.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

## ANEXO A - Comprovantes de aprovação no COEP da UFMG e da PBH

Saúde  
Ministério da Saúde

Plataforma  
Brasil

Público Pesquisador Alterar Meus Dados

Janice Simpson de Paula - Pesquisador | V3.2  
Sua sessão expira em: 30min 57

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE OFERTADAS NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE: UM ESTUDO DE AVALIABILIDADE  
 Pesquisador Responsável: Janice Simpson de Paula  
 Área Temática:  
 Versão: 2  
 CAAE: 01215218 9 0000 5149  
 Submetido em: 19/01/2019  
 Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
 Situação da Versão do Projeto: Aprovado  
 Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável  
 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção: PB\_COMPROVANTE\_RECEPCAO\_1219129

COORDENADOR

Saúde  
Ministério da Saúde

Plataforma  
Brasil

Público Pesquisador Alterar Meus Dados

Janice Simpson de Paula - Pesquisador | V3.2  
Sua sessão expira em: 30min 50

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE OFERTADAS NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE: UM ESTUDO DE AVALIABILIDADE  
 Pesquisador Responsável: Janice Simpson de Paula  
 Área Temática:  
 Versão: 2  
 CAAE: 01215218 9 3001 5140  
 Submetido em: 08/04/2019  
 Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH  
 Situação da Versão do Projeto: Aprovado  
 Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável  
 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção: PB\_COMPROVANTE\_RECEPCAO\_1294640

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Versão Atual Aprovada (POC) - Versão 2

- Documentos de Centro Coordenador
- Pareceres
- Documentos do Projeto
- Comprovante de Recepção - Submissão

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações

PB\_PARECER\_CON....pdf PB\_PARECER\_CON....pdf PB\_PARECER\_CON....pdf PB\_PARECER\_CON....pdf Barema\_selecao\_m....xls

Exibir todos

16:40  
27/05/2019

## ANEXO B - Comprovante de submissão do artigo 1

← → ↻ Não seguro | cadernos.ensp.fiocruz.br/csp1/index.php ☆ | Erro

Logon: janicesimpson Português English Español

**SAGAS**  
Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos  
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

Início Autor Consultor Editor Mensagens Sair

**CSP\_1036/19**

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Data de submissão	02 de Junho de 2019
Título	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Brasil: uma análise a partir dos dados do PMAQ-AB
Título corrido	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Brasil
Área de Concentração	Políticas Públicas de Saúde
Palavras-chave	Avaliação em saúde, Terapias complementares, Medicina integrativa, Atenção Primária à Saúde, Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde
Fonte de Financiamento	Nenhum
Conflito de Interesse	Nenhum
Condições éticas e legais	Não se aplica (estudo não envolve pesquisa com seres humanos ou animais).
Registro Ensaio Clínico	Nenhum
Sugestão de consultores	Islândia Carvalho <pps.fiocruz@gmail.com> Daniel Amado <pics@saude.gov.br>
Autores	Jane Saula de Oliveira (Discente do Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais) <jansolve@hotmail.com> Mariana Inês Barreiros Senna (Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais) <marianessenna@gmail.com> Cláudio do Vale Araújo Melo (Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais) <valeclaudio@gmail.com> Raquel Conceição Ferreira (Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais) <raquelconceicaoferreira@gmail.com> Janice Simpson de Paula (Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais) <janicesimpsondp@yahoo.com.br>
STATUS	Com Secretaria Editorial

Novo artigo (CSP\_1036/19)

De: Cadernos de Saude Publica (cadernos@fiocruz.br)

Para: janicesimpsondp@yahoo.com.br

Data: domingo, 2 de junho de 2019 11:56 BRT

Prezado(a) Dr(a). JANICE SIMPSON DE PAULA:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Brasil: uma análise a partir dos dados do PMAQ-AB" (CSP\_1036/19) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Profª. Marília Sá Carvalho  
Profª. Claudia Medina Coeli  
Profª. Luciana Dias de Lima  
Editoras



**Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health**  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Fundação Oswaldo Cruz  
Rua Leopoldo Bulhões 1480  
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil  
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737  
cadernos@ensp.fiocruz.br  
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

# Certificado

Este certificado está sendo conferido a **JANE SAULA DE OLIVEIRA**, discente do Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, pela palestra realizada para profissionais de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Lima.

**TEMA: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE: OFERTA PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA ÁREA DE ODONTOLOGIA.**

Carga horária total: 03 horas

Nova Lima, 31 de maio de 2019.

José Roberto Lintz Machado  
Secretário Municipal de Saúde

**José Roberto Lintz Machado**  
Secretário Municipal de Saúde de Nova Lima - MG



PREFEITURA

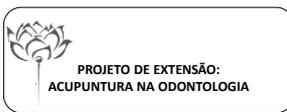
**NOVA LIMA**

SECRETARIA DE SAÚDE

## ANEXO D - Primeiro Slide da Apresentação e Registros do dia da capacitação



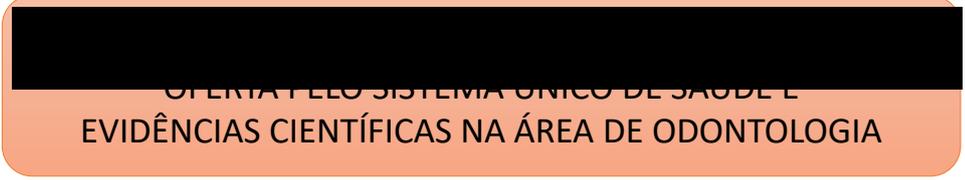
LAOPIC  
UFGM  
@laopicufmg



PROJETO DE EXTENSÃO:  
ACUPUNTURA NA ODONTOLOGIA



FAO UFGM  
FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA



**OFERTA PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E  
EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA ÁREA DE ODONTOLOGIA**

**Jane Saula de Oliveira**  
Cirurgiã-dentista AB/SUS/PBH e discente do Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública da FAOUFGM

**Felipe Ardana Chaim**  
**Clarice do Vale Araújo Melo**  
**Thainá de Paula Guimarães Duval**  
**Glenda Gomes Miranda Sette**  
Integrantes da Liga Acadêmica de Odontologia em Práticas Integrativas e Complementes da FAOUFGM







