

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Patrícia Paula Dias de Sá

**PREVALÊNCIA E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS À
UTILIZAÇÃO DAS PICS NO BRASIL NOS ANOS DE 2013 E 2019**

Belo Horizonte
2023

Patrícia Paula Dias de Sá

**PREVALÊNCIA E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS À
UTILIZAÇÃO DAS PICS NO BRASIL NOS ANOS DE 2013 E 2019**

Trabalho de conclusão de Mestrado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para o grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vanessa de Almeida

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Mery Natali Silva Abreu

Belo Horizonte
2023

SA111p Sá, Patrícia Paula Dias de.
Prevalência e fatores sociodemográficos associados à utilização das PICS no Brasil nos anos de 2013 e 2019 [recursos eletrônicos]. / Patrícia Paula Dias de Sá. -- Belo Horizonte: 2023.

97 f.: il.

Formato: PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Vanessa de Almeida.

Coorientador (a): Mery Natali Silva Abreu.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Terapias Complementares. 2. Inquéritos Epidemiológicos. 3. Política de Saúde. 4. Fatores Sociodemográficos. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Dissertação Acadêmica. I. Almeida, Vanessa de. II. Abreu, Mery Natali Silva. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WB 880

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 95 (NOVENTA E CINCO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA PATRÍCIA PAULA DIAS DE SÁ PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 11 (onze) dias do mês de outubro de dois mil e vinte e três, às 14:00 (catorze horas), realizou-se, por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "PREVALÊNCIA E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DAS PICS NO BRASIL NOS ANOS DE 2013 E 2019", da aluna *Patrícia Paula Dias de Sá*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Trabalho e Gestão Participativa na Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Mery Natali Silva Abreu, Adriane Vieira e Gelza Matos Nunes, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidato pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 11 de outubro de 2023.

Prof^ª. Dr^ª. Mery Natali Silva Abreu
Membro Titular - Coorientadora (UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Adriane Vieira
Membro Titular (UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Gelza Matos Nunes
Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Mery Natali Silva Abreu, Professora do Magistério Superior**, em 17/10/2023, às 15:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriane Vieira, Professora do Magistério Superior**, em 17/10/2023, às 21:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gelza Matos Nunes, Usuário Externo**, em 18/10/2023, às 23:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Davidson Luis Braga Lopes, Secretário(a)**, em 19/10/2023, às 14:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2721114** e o código CRC **69819FD1**.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não poderia ter sido feito sem o enorme auxílio, direto ou indiretamente, das pessoas queridas que estiveram comigo ao longo desse tempo todo.

Primeiramente, à Deus, por colocar seus planos acima das minhas vontades.

À minha família, minha mãe Silvana e irmã Samira, pois, se hoje, sou uma pessoa mais capaz e realizada, se deve a existência das duas na minha vida.

Ao meu companheiro de vida, Marcelo, que todos os dias me apresenta uma versão melhor de mim.

À orientadora Prof.^a Dr.^a Vanessa de Almeida, pela paciência, empatia e resiliência durante essa caminhada de altos e baixos.

À coorientadora Prof.^a Dr.^a Mery Natali Silva Abreu, pelo incalculável aprendizado e valiosos esclarecimentos.

Aos meus amigos, Elaine, Patrick e Úrsula, que além da disponibilidade a distância para os meus desabafos ilimitados, auxiliaram-me a conduzir esse trajeto de forma mais amena.

Aos meus colegas de trabalho, Ana Lúcia, Jálisson e Lucas, pela confiança, parceria e pelos preciosos conselhos profissionais e de vida, nunca esquecerei!

Aos docentes do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde que transmitiram seus ensinamentos a fim de me tornar mestre.

RESUMO

SÁ, Patrícia Paula Dias de. Prevalência e Fatores **Sociodemográficos associados à utilização das PICS no Brasil nos anos de 2013 e 2019**. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) consistem em práticas que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de ações seguras e com o emprego de recursos naturais no cuidado à saúde, recusando o uso de substâncias que não existem na natureza, diferenciando do modelo biomédico e da medicalização, como por exemplo as plantas medicinais e fitoterapia, acupuntura e homeopatia. Conseqüentemente, em 2006, com o objetivo de prevenir agravos, promover e recuperar a saúde e orientado ao cuidado mais humanizado e integral, foi criada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) que, atualmente, engloba 29 práticas. Este estudo propõe descrever a prevalência e os fatores sociodemográficos associados ao uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Brasil. Trata-se de um estudo transversal, utilizando dados das Pesquisas Nacional de Saúde com amostra total de 64.348 e 108.525 domicílios, em 2013 e 2019, respectivamente. O desfecho do estudo foi o uso das Práticas Integrativas e Complementares nos anos de 2013 e 2019. As variáveis explicativas foram: macrorregiões de residência do país (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sul, Sudeste), sexo (feminino e masculino), zona (urbana ou rural), idade (18-19, 20-24, 25-59 e 60 anos ou mais), cor de pele/raça auto-referida (branca, preto, amarela ou indígena), estado civil (casado, divorciado, viúvo ou solteiro), escolaridade (ensino fundamental, ensino médio ou ensino superior), possuidor de plano de saúde (sim ou não). Também foram descritas nas variáveis se o tratamento foi no SUS (sim ou não) e os tipos de PICs utilizadas. Para avaliação das possíveis associações, foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson, considerando um nível de significância de 5%. Para caracterizar o uso das PICS nos anos de 2013 e 2019, de acordo com os diferentes perfis dos entrevistados, foi utilizado o método de árvore de decisão pelo algoritmo CART. Os resultados demonstraram que, em 2013, a maior parcela de praticantes concentrava-se na região norte do Brasil e, no ano de 2019, além dessa região, houve a inclusão da região nordeste. Quanto às variáveis explicativas, os praticantes possuíam como perfil: sexo feminino para ambos anos (2013: 5,29%) (2019: 6,95%); idade acima dos 60 anos para ambos anos (2013: 5,37%) (2019: 6,61%); área rural (2013: 6,82%) e área urbana (2019 :5,66%); nível de escolaridade com ensino superior para ambos os anos (2013: 14,68%) (2019:11,56%); estado civil – viúvo (2013: 5,51%) e estado civil – divorciado (2019: 7,42%); e raça indígena para ambos anos (2013: 10,14%) (2019: 8,50%). Em 2013, 6,40% indivíduos receberam tratamento pelo SUS e, em 2019, 6,52%. Os tipos de PICS mais utilizadas foram: Acupuntura (2013: 22,23%) (2019: 27,96%); Homeopatia (2013: 13,02%) (2019: 17,94%); Plantas Medicinais e Fitoterapia (2013: 59,04%) (2019: 56,53%); e outros (2013: 5,7%) (2019: 5,3%). Evidenciou-se que, apesar do acréscimo do número de praticantes, na comparação entre 2013 e 2019, é indubitável a necessidade de maior participação dos gestores públicos nas políticas públicas de saúde orientadas a ampla divulgação, legitimação, implantação e acompanhamento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Ademais, similarmente, é fundamental que o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação impulsionem investigações, pesquisas e reflexões acerca das Práticas Integrativas e Complementares e seus possíveis benefícios à saúde da população brasileira.

Palavras-chave: Práticas integrativas e complementares. Inquéritos epidemiológicos. Política de saúde. Fatores sociodemográficos. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

SÁ, Patrícia Paula Dias de. Prevalence and **Sociodemographic Factors associated with the use of ICPs in Brazil in 2013 and 2019**. Dissertation (Professional Master's Degree in Health Services Management) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.

Integrative and Complementary Practices (ICPs) consist of practices that seek to stimulate natural mechanisms to prevent illnesses and recover health through safe actions and the use of natural resources in health care, refusing to use substances that do not exist in nature, differentiating them from the biomedical model and medicalization, such as medicinal plants and herbal medicine, acupuncture, and homeopathy. Consequently, in 2006, the National Policy for Integrative and Complementary Practices (NPICP) was created with the aim of preventing illnesses, promoting and recovering health, and aimed at providing more humanized and comprehensive care, which currently encompasses 29 practices. This study aims to describe the prevalence and sociodemographic factors associated with the use of Integrative and Complementary Health Practices in Brazil. This is a cross-sectional study, using data from the National Health Surveys with a total sample of 64,348 and 108,525 households, in 2013 and 2019, respectively. The outcome of the study was the use of Integrative and Complementary Practices in 2013 and 2019. The explanatory variables were: macroregions of residence in the country (North, Northeast, Midwest, South, Southeast), gender (female or male), area (urban or rural), age (18-19, 20-24, 25-59 and 60 years or older), self-reported skin color/race (white, black, yellow or indigenous), marital status (married, divorced, widowed or single), education (elementary school, high school or higher education), and having health insurance (yes or no). The variables were also described as to whether the treatment was provided by the UHS (yes or no) and the types of ICPs used. Pearson's chi-squared test was used to assess possible associations, considering a significance level of 5%. To characterize the use of ICPs in 2013 and 2019, according to the different profiles of the interviewees, the decision tree method using the CART algorithm was used. The results showed that, in 2013, the largest proportion of practitioners was concentrated in the northern region of Brazil, and in 2019, in addition to this region, the northeast region was included. As for the explanatory variables, the profile of practitioners was as follows: female for both years (2013: 5.29%) (2019: 6.95%); age over 60 for both years (2013: 5.37%) (2019: 6.61%); rural area (2013: 6.82%), and urban area (2019: 5.66%); higher education level for both years (2013: 14.68%) (2019: 11.56%); marital status - widowed (2013: 5.51%), and marital status - divorced (2019: 7.42%); and indigenous ethnicity for both years (2013: 10.14%) (2019: 8.50%). In 2013, 6.40% of individuals received treatment through the UHS, and, in 2019, 6.52%. The most commonly used types of ICPs were: Acupuncture (2013: 22.23%) (2019: 27.96%); Homeopathy (2013: 13.02%) (2019: 17.94%); Medicinal Plants and Phytotherapy (2013: 59.04%) (2019: 56.53%); and others (2013: 5.7%) (2019: 5.3%). Despite the increase in the number of practitioners between 2013 and 2019, there is an undoubted need for greater participation by public managers in public health policies aimed at broad dissemination, legitimization, implementation, and monitoring of the National Policy for Integrative and Complementary Practices (NPICP). Similarly, it is essential that the Ministry of Health and the Ministry of Education promote research, investigation, and reflection on Integrative and Complementary Practices and their possible benefits to the Brazilian population's health.

Keywords: Integrative and complementary practices. Epidemiological surveys. Health policy, sociodemographic factors and the Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Histórico da PNS	37
Figura 2 - Mapa temático da prevalência de utilização das PICS por estado e Distrito Federal segundo resultados da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013 e 2019	48
Figura 3 - Árvore de decisão (algoritmo CART) avaliando os fatores associados ao relato de utilização de PICS entre entrevistados brasileiros no ano de 2013	50
Figura 4 - Árvore de decisão (algoritmo CART) avaliando os fatores associados ao relato de utilização de PICS entre entrevistados brasileiros no ano de 2019	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Quantidade de municípios brasileiros com ofertas de PICS para 2017, 2018 e 2019 parcial	31
Gráfico 2 - Quantidade de estabelecimentos da APS com oferta de PICS por região nos anos de 2017, 2018 e parciais para o ano de 2019.....	32
Gráfico 3 - Percentual de utilização das PICS segundo resultados da Pesquisa Nacional de Saúde nos anos de 2013 e 2019	46
Gráfico 4 - Percentual de tipos de PICS mais utilizadas segundo resultados da Pesquisa Nacional de Saúde nos anos de 2013 e 2019	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Atos Normativos Relacionados à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares Brasil, 2006 a 2018	23
Quadro 2 - Temas abordados no Questionário da PNS	36
Quadro 3 - Perguntas envolvendo o PICS na PNS - 2013	41
Quadro 4 - Perguntas envolvendo o PICS na PNS - 2019	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos grupos de pesquisa em PICS por região e área predominante	33
Tabela 2 - PICS utilizadas em 2019	47
Tabela 3 - Tabela de frequência do percentual de PICS realizadas pelo SUS e se o indivíduo pagou pelo tratamento, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde nos anos (2013 e 2019)	48
Tabela 4 - Associação entre variáveis sociodemográficas e a utilização das PICS entre os participantes da Pesquisa Nacional de Saúde nos anos 2013 e 2019 indivíduo pagou pelo tratamento, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde nos anos (2013 e 2019)	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AB	Atenção Básica
AC	Acre
AICA	Atendimentos Integrados à Criança e ao Adolescente
AL	Alagoas
AM	Amazonas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Amapá
APS	Atenção Primária em Saúde
BA	Bahia
CAB	Caderno de Atenção Básica
CART	<i>Classification and Regression Tree</i>
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CD	Coleta de Dados
CE	Ceará
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CNPIC	Contribuição da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DDP	Domicílios Particulares Permanentes
DESF	Departamento de Saúde de Família
DF	Distrito Federal
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ES	Espírito Santo
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
GM	Gabinete do Ministro
GO	Goiás
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILO	<i>International Labour Organization</i>
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idoso
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPPS	Instrumento Padrão de Pesquisa e Satisfação
MA	Maranhão
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
MT/MCA	Medicina Tradicional e Complementar / Alternativa
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MTCI	Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OIT	Organização Mundial do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PA	Pará
PB	Paraíba
PE	Pernambuco
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PI	Piauí
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PR	Paraná
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relatório Nacional de Ações e Serviços do SUS
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RJ	Rio de Janeiro
RN	Rio Grande do Norte
RO	Rondônia
RR	Roraima
RS	Rio Grande do Sul

SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SC	Santa Catarina
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SE	Secretaria Executiva
SE	Sergipe
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIPD	Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares
SISAB	Sistema de Informação em Saúde de Atenção Básica
SP	São Paulo
SPID	Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares
STATA	Statistical software for data science
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TO	Tocantins
UF	Unidade de Federação
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade Primária de Amostragem

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVO	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 Práticas Integrativas e Complementares (PICs)	19
3.1.1 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)	21
3.1.2 Benefícios das PICS na promoção de saúde	26
3.2 Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)	33
4 METODOLOGIA DA PESQUISA	42
4.1 Delineamento e amostra	42
4.2 Variáveis analisadas	43
4.3 Análises dos dados	43
4.4 Aspectos éticos	45
5 RESULTADOS	46
6 DISCUSSÃO	53
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	77

APRESENTAÇÃO

Sou graduada em Administração de Empresas e especialista em Gestão em Saúde, Acreditação e Auditoria, além de Gestão Pública e Organização de Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

Os propulsores para a imersão no âmbito de serviços de saúde ocorreram no ano de 2012, com a minha admissão tanto como bolsista do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, por intermédio do projeto intitulado “Programa de Melhoria Contínua – Qualidade nota 100”, com as atividades de levantamento de dados, elaboração, aplicação e compilação dos resultados do Instrumento Padrão de Pesquisa e Satisfação (IPPS), como estagiária da Secretaria Administrativa do Serviço Nutrição e Dietética. Além desse percurso, atuei como Assistente Administrativa na Divisão de Gestão de Pessoas e, em 2013, ingressei-me na Residência Multiprofissional – Gestão Hospitalar - Administração, compreendendo, cada vez mais, a importância da atuação de um gestor hospitalar.

Somado ao início da concretização do conhecimento e da prática, fui aprovada em concurso público e, desde novembro de 2015, estou lotada no Hospital das Clínicas (HC – UFMG/Ebserh), como funcionária pública, analista administrativo – gestora hospitalar, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

Entre o final do ano de 2015 e de 2017, estive lotada na Unidade Multiprofissional, onde coordenei, orientei e acompanhei as atividades administrativas quanto às metas, aos indicadores, ao faturamento, à gestão das secretarias da internação e ambulatorial, à aquisição de materiais, à ouvidoria, ao planejamento estratégico, à integração dos novos acadêmicos e à participação em processos administrativos e cível da instituição.

De 2018 até setembro de 2022, atuei como gestora hospitalar no Ambulatório de Oftalmologia e Otorrinolaringologia do HC-UFMG, composto por 18 consultórios multiprofissionais, 34 consultórios médicos, cinco salas cirúrgicas e 19 leitos, que compreendendo um serviço de saúde que oferta atendimentos nas especialidades de Otorrinolaringologia, Fonoaudiologia e Oftalmologia (com serviço de Urgência 24 horas).

Com o transcorrer do tempo e da apropriação cada vez maior da vivência dos profissionais de saúde da instituição, foi perceptível o déficit de ações institucionais que promovessem a saúde dos trabalhadores, especialmente para os funcionários públicos, admitidos pela Ebserh. Somado a esse cenário e à preocupação como gestora, em junho de 2021 fui convidada a participar do Projeto “Atenção à Saúde do Trabalhador: cuidando de quem cuida com as Práticas Integrativas e Complementares”, que visa desenvolver um projeto

que possibilite a prevenção de doenças e a recuperação da saúde com a utilização de recursos terapêuticos complementares à medicina convencional, ampliando e facilitando o acesso do trabalhador a essas terapias.

Consequente ao convite, a permanência de atuação na saúde pública e a pretensão de ampliar os conhecimentos no campo da gestão, fomentaram-me a intenção do retorno à vida acadêmica e, em 2021, obtive a aprovação no Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde como oportunidade singular de apreender as ações em prol da promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores de saúde.

Com o transcorrer do tempo no mestrado e das vivências do dia a dia no trabalho, a minha inquietude quanto à saúde do trabalhador naquela época, que ainda vivenciava a pandemia do COVID, suscitou-me o interesse no aprofundamento dos possíveis métodos que pudessem promover a qualidade de vida dos profissionais de saúde.

Dessa forma, no primeiro ano do mestrado profissional, o planejamento do trabalho final foi iniciado com a proposta de criar um projeto piloto, a fim de avaliar a eficácia da aromaterapia (uma das 29 práticas integrativas existentes) na redução dos níveis de ansiedade, estresses e na melhoria na qualidade de sono dos profissionais de vínculo celetista que atuavam em um hospital de referência oftalmológica e otorrinolaringológica de Belo Horizonte.

No entanto, somado ao atraso na coleta de dados e pela alteração do meu local de trabalho que inviabilizaria a pesquisa, foi necessário realizar a substituição da primeira proposição. Mantendo o desejo de manter a abordagem sobre as PICS e, com o auxílio da orientadora e coorientadora, o novo desafio foi iniciado com uma trajetória mais intensa e menos tempo disponível. Dessa forma, optei por fazer uma nova pesquisa com utilização da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) que, apesar de ser caracterizada como dados secundários, foi considerada de grande relevância do ponto de vista da elucidação da utilização das PICS no país.

Além do início da nova perspectiva temática, em outubro de 2022, mantendo as mesmas atribuições quanto a realização do planejamento, organização, controle e assessoria nas áreas de gestão de pessoas, gestão de compras, gestão de patrimônio, gestão de contratos, gestão de faturamento, gestão de suprimentos, gestão dos indicadores e gestão de agendas de consultas, cirurgias e exames, fui transferida para a Unidade de Hematologia e Oncologia, onde estou até a presente data.

1 INTRODUÇÃO

Desde a sua constituição, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem procurando formas de fortalecer seus princípios para melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Com a sua criação em 1988, houve a redução da fragmentação dos serviços estabelecendo uma união entre os diferentes poderes governamentais e os serviços aos quais cada ente é responsável (SILVA *et al.*, 2020).

Segundo Almeida (2012), o modelo biomédico centrado em controle de sintomas apresenta dificuldades para modificar os fatores condicionantes do processo saúde-doença, sendo necessário desenvolver intervenções fundamentadas em uma visão ampliada de saúde. Dessa forma, as práticas integrativas e complementares revelam-se como uma alternativa complementar ao modelo biomédico existente.

A conformação desse novo paradigma, capaz de superar o modelo de atenção à saúde centrado no controle de enfermidades, foi um dos pontos principais da Conferência de Alma – Ata, em 1978, em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou a proposta “Saúde para Todos no Ano 2000” e a estratégia “Atenção Primária à Saúde”. Esta iniciativa fomentou a revisão das práticas assistenciais, a oferta de cuidados primários de saúde e os princípios da medicina integral e preventivas, de forma a tornar a promoção da saúde em componente central para o desenvolvimento humano e para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2010).

De acordo com Soto (2009), a partir desse evento, a OMS reconheceu que o modelo médico hegemônico da medicina alopática ocidental era incapaz de resolver todos os problemas de saúde da humanidade, resultando no reconhecimento das práticas integrativas como forma de tratamento. Inclusive, criou o Programa de Medicina Tradicional que propunha estratégias para promover a utilização segura e eficaz das PICS mediante a regulamentação de produtos, práticas e profissionais (BORGES; MADEIRA; AZEVEDO, 2011; MEDEIROS; LIMA, 2010).

Indo ao encontro disso, Starosta e Anjos (2020, p. 203) destacam a importância e a necessidade do “diálogo que promova a socialização de saberes e práticas populares, não desarticulados dos conhecimentos técnico-científicos de modo a reconhecer e valorizar as culturas populares, bem como incentivar os sujeitos no enfrentamento dos problemas de saúde”.

Advindo dessa demanda, em 2006 foi criada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que englobava cinco práticas. Nos anos de 2017 e 2018, foram incluídas mais 24 práticas, totalizando 29 práticas. A implementação da PNPIC impulsionou uma expansão da oferta das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) nos serviços de

saúde nos últimos anos, reflexo da iniciativa, principalmente, dos profissionais que atuam na atenção básica (BARBOSA, *et al.*, 2019).

Esses procedimentos possuem como objetivo a incorporação e implementação de práticas na perspectiva de prevenir agravos, promover e recuperar a saúde, com ênfase na atenção básica e voltada para o cuidado humanizado e integral em saúde, ou seja, praticar saúde procurando estabelecer uma visão mais ampla sobre os cuidados com o indivíduo e não só com a sua enfermidade (TELESI JÚNIOR, 2016).

O uso das PICS já é comum em muitas culturas e permanece até os dias atuais como uma prática medicinal, demonstrando todos os seus benefícios para a saúde da população (RAMOS, 2017). No entanto, segundo Santos *et al.* (2022), pode-se afirmar que a falta de conhecimento gera uma concepção inadequada e, até mesmo, preconceituosa dessas práticas no processo de cuidado, pois demonstra uma invisibilidade e desvalorização.

Diante do exposto, nota-se a relevância de realizar um estudo baseado em inquéritos de abrangência nacional, como a Pesquisa Nacional de Saúde dos anos de 2013 e 2019 que, de acordo com Malta *et al.* (2023), investigue a frequência de utilização das PICS em âmbito nacional. Esses inquéritos consistem em estratégias programáticas que subsidiam a gestão do sistema nacional de saúde. Travassos, Viacava e Laguardia (2008) também destacam a importância dos inquéritos de saúde, que são considerados ferramentas essenciais para compreender as necessidades reais da população - condições de vida e saúde -, imprescindíveis para o planejamento, criação e/ou aperfeiçoamento de programas e políticas de saúde.

A motivação para o desenvolvimento deste estudo se deu pela necessidade de dar maior visibilidade a toda sociedade e gestores de saúde, acerca dos tipos de PICs ofertadas, bem como explorar os fatores associados à sua utilização. Tais ações foram realizadas por meio da elaboração de relatório técnico e artigo científico com propostas estratégicas com vistas a expansão dessas práticas.

Dessa forma, com base no conceito das PICS, nas diretrizes da Política Nacional das Práticas Integrativas Complementares (PNPIC) e na importância da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), salienta-se que este estudo colaborará para a disseminação de informações acerca da prevalência e dos fatores sociodemográficos associados ao uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Brasil e, conseqüentemente, na elaboração de subsídios a fim de auxiliar os gestores de saúde na promoção de oferta das PICS a população brasileira.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Descrever a prevalência e os fatores sociodemográficos associados ao uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a prevalência de uso das PICS na população brasileira nos anos de 2013 e 2019.
- Identificar os possíveis fatores sociodemográficos associados à utilização das PICS comparando os anos de 2013 e 2019.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo são abordados os temas que serviram de embasamento para a estruturação desta dissertação. Partindo do tema Práticas Integrativas e Complementares, sua definição, institucionalização, seguido pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, do panorama nacional e internacional das PICS e pela Pesquisa Nacional de Saúde.

3.1 Práticas Integrativas e Complementares (PICs)

O termo Medicinas Complementares ou Práticas Integrativas e Complementares (PICs) é utilizado pela Organização Mundial de Saúde para descrever o conjunto de práticas e ações terapêuticas que não estão presentes na biomedicina (LIMA; SILVA; TESSER, 2014). Segundo Malafaia, Magalhães e Alvim (2009), as PICs são entendidas como práticas que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de ações seguras e com o emprego de recursos naturais no cuidado à saúde, recusando o uso de substâncias que não existam na natureza, diferenciando do modelo biomédico e da medicalização.

Silva *et al.*, (2020) reiteram que as práticas integrativas possuem bases teóricas que se distanciam do padrão convencional, o biomédico, cujo suporte filosófico é o pensamento cartesiano, visto que o seu enfoque visa um olhar holístico do ser humano, mediante a integração dos aspectos psicológicos, sociais e físicos. Telesi Junior (2016) salienta que as PICs focam os sujeitos como pessoas, não como objetos, valorizando seus contextos sociais, culturais e familiares, democratizando as relações terapêuticas por meio da dialogicidade e que esse entendimento evidencia a integralidade da saúde ao expressar novos modos de aprender e cuidar.

Destaca-se como principal objetivo das PICS a integralidade, que busca compreender o ser humano na perspectiva integral, unindo o corpo físico ao mental, emocional, espiritual, familiar e social, já que podem auxiliar a redução de danos à saúde e promover a saúde do indivíduo como forma integral. Busca-se também trabalhar com a conscientização dos indivíduos para a adoção de práticas menos invasivas, promover o resgate dos saberes familiares e populares e a diminuir o uso de medicamentos (SCHVEITZER; ESPER; SILVA, 2012; LIMA; SILVA; TESSER, 2014; MATOS *et al.*, 2018).

Justo (2010) salienta que, diante do cenário de transição epidemiológica do século XX, no qual as doenças crônicas e degenerativas emergem como principal causa de

morbimortalidade mundial, inicia-se uma mudança de paradigma na saúde pública na qual a Atenção Primária em Saúde (APS), a prevenção e a promoção de saúde revelam-se como estratégias prioritárias. A promoção da saúde é exercida por meio do empoderamento, da autonomia, da consciência crítica, do maior controle sobre sua própria vida, da melhora da autoestima e da responsabilidade do próprio paciente por sua vida e saúde, em busca de bem-estar, qualidade de vida e cuidado efetivo (SCHVEITZER; ESPER; SILVA, 2012; LIMA; SILVA; TESSER, 2014; MATOS *et al.*, 2018).

Silva-Arioli *et al.*, (2013) enfatizam que a educação na área de saúde no território brasileiro possui como uma de suas principais características a percepção de que as condições de saúde dependem basicamente do indivíduo, que deve receber as informações necessárias, sendo induzido a modificar seu comportamento a fim de evitar a entrada do agente causal da doença. Sua visão da saúde é, portanto, ainda focada na doença e nas maneiras de evitá-la e embasa-se em uma concepção biologicista, que concebe a educação na saúde como repasse de informações corretas à população. Apesar de mencionar a multicausalidade, seu foco está na percepção unicausal da doença e embasa-se em um modelo biomédico, no qual a figura do médico detém o poder, promovendo, assim, o interesse no estabelecimento de um enfrentamento mais adequado aos problemas de saúde.

Dentre as 29 PICS existentes, as plantas medicinais e fitoterapia, acupuntura e homeopatia, representam as práticas de maior utilização no país. As plantas medicinais são uma alternativa terapêutica que existe há milhares de anos, principalmente nos países do Oriente Médio e na Ásia. Historicamente, várias espécies são utilizadas no tratamento de vários distúrbios de saúde, na prevenção de epidemias e no controle microbiano e antifúngico (DONADEL *et al.*, 2022).

Em geral, a população confunde a fitoterapia com o uso de plantas medicinais. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) avalia como medicamento fitoterápico aquele obtido unicamente de matérias-primas de origem vegetal, com qualidade constante e reprodutível e que tanto os riscos como a eficácia sejam caracterizados por levantamentos etnofarmacológicos, documentações técnico científicas em publicações ou ensaios clínicos (NICOLETTI *et al.*, 2007).

A acupuntura é um dos métodos que compõem a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), sendo uma prática considerada secular. Consiste na aplicação de agulhas em pontos estratégicos do corpo com o objetivo de cura, redução de dores, melhora na qualidade de vida e quadro clínico de pacientes. Ao proporcionar o equilíbrio das energias corpóreas possui considerável efeito terapêutico (ZHANG; JING; GUYATT, 2022).

A homeopatia se refere a uma abordagem terapêutica de caráter holístico e vitalista que vê a pessoa como um todo, não em partes, e cujo método terapêutico envolve três princípios fundamentais: a Lei dos Semelhantes; a experimentação no homem sadio e o uso da ultra diluição de medicamentos (BRASIL, 2018). Utiliza substâncias retiradas de todos os reinos da natureza, preparadas por intermédio de uma técnica especial e bem definida, denominada “dinamização” ou “potencialização” sucessivas diluições e sucussões (agitações) do medicamento, o qual é prescrito de acordo com a semelhança do resultado da experimentação em indivíduos sadios, com o quadro que se pretende tratar (CAVALCANTI, 2014).

Posto isso, no contexto das Américas, o Brasil foi um dos países pioneiros a reivindicar a inclusão social de tais práticas no sistema público de saúde, cujo marco constituiu a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 (LUZ; BARROS, 2012). Contudo, o processo de oficialização das PICS culminou 20 anos depois, em 2006, com a publicação da Portaria nº 971/2006, que criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006). A aprovação da PNPIC contribuiu para a visibilidade da oferta de serviços de PICS no país, demonstrada pelo aumento de serviços cadastrados e, também, para o pluralismo terapêutico no SUS (SOUSA *et al.*, 2012).

3.1.1 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)

As Práticas Integrativas e Complementares envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006b).

Por intermédio dessas estratégias para o enfrentamento dos novos desafios na atenção à saúde, a OMS lançou na década de 1970 o Programa de Medicina Tradicional, visando o desenvolvimento de políticas públicas na área (HABIMORAD *et al.*, 2020). Desde então, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os Estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA) nos sistemas nacionais de atenção à saúde bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade (BRASIL, 2006b).

Alguns dos eventos que merecem notoriedade, acerca do histórico da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, iniciaram no ano de 1985, pela Celebração

de convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemanniano do Brasil, com a finalidade de institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde.

Em 1986, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada também um marco para a oferta da MNPC no sistema de saúde do Brasil, visto que, impulsionada pelo movimento da Reforma Sanitária, deliberou em seu relatório final pela “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida”.

Em 1988, decorreu a criação das resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) - Ciplan nº 4, 5, 6, e 8/88 -, que fixaram as normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo e em técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia.

Após sete anos, em 1995, fomentaram a criação da Instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas não-Convencionais, por meio da Portaria nº 2.543/GM, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde - hoje, Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Anvisa.

Acrescido em 1996, em seu relatório final, a X Conferência Nacional de Saúde aprovou a “incorporação ao SUS, em todo o país, de práticas de saúde, como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”, porém a inclusão das consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS somente decorreu em 12 de outubro de 1999, pela Portaria GM nº 1.230.

Depois de quatro anos, em 2003, realizou-se tanto a divulgação do relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, com ênfase na importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS, como do relatório final da 12ª CNS, com as deliberações da efetiva inclusão da MNPC no SUS. Nesse mesmo ano, foi constituído o Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) ou apenas MNPC no SUS (atual PNPIC).

Seguido três anos, sucedeu-se a instituição da PNPIC, pela Portaria GM nº 971 de 03 de maio de 2006, com o reconhecimento da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia.

No entanto, apenas após 11 anos, por intermédio da Portaria GM/MS nº 849, de 27 de março de 2017, que as PICS ampliaram o rol de práticas, incorporando 14 novas práticas, como a Arterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia,

Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. Um ano depois, em 2018, foram inseridas mais 10 novas práticas, a Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de florais.

Dessa maneira, destaca-se que a continuidade e conclusão da construção da PNPIC sucedeu após o recebimento de recomendações de várias conferências nacionais de saúde, da composição de grupos de trabalho compostos pelo Departamento de Atenção Básica, pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), pela Secretaria-Executiva, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pelas associações brasileiras de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica. A aprovação, por unanimidade, pelo Conselho Nacional de Saúde, em fevereiro de 2006, consolidou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, publicada nas formas das portarias ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006 e nº 1.600 de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2006a).

Somado ao exposto, verifica-se que a institucionalização das PICS no SUS envolveu, até o momento, a publicação de 11 atos normativos com vistas à visibilidade, ao monitoramento e à normatização da oferta, conforme apresenta o quadro 1.

Quadro 1 - Atos Normativos Relacionados à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares Brasil, 2006 a 2018

(Continua...)

Ano	Natureza da ação	Título	Resumo
2006	Portaria nº 853/GM/MS	Inclui na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES/SUS – as seguintes classificações: 001 – Acupuntura; 002 - Fiteroparia; 003 – Outras Técnica em Medicina Tradicional Chinesa; 004 – Práticas Corporais/Atividades Física; 005–Homeopatia; 006 – Termalismo/Crenoterapia; 007– Medicina Antroposófica.	Possibilitou o registro de profissionais, serviços e produção relativas às PICS, o que até então só era possível em relação às consultas em homeopatia e acupuntura.
2008	Portaria nº 154/GM/MS	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF	Inclusão do médico acupunturista e do médico homeopata no rol de profissionais que podem atuar no NASF. Representa um estímulo à transversalidade das PICS em outras estratégias e políticas.

Fonte: Adaptado de Silva *et al.* (2020).

Quadro 1 - Atos Normativos Relacionados à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares Brasil, 2006 a 2018.

(Continua...)

Ano	Natureza da ação	Título	Resumo
2009	Cadernos de Atenção Básica nº 27	Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Primeiro Caderno de Atenção Básica (CAB) com um capítulo dedicado às PICS.
2009	Portaria nº 84	Adequa o serviço especializado 134 – Serviço de práticas integrativas e sua classificação 001 – acupuntura.	Adequou o serviço de acupuntura à inclusão das ocupações enfermeiro, biomédico, fisioterapeuta, acupunturista, psicólogo, clínico – psicólogo, acupunturista e farmacêutico na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).
2010	Portaria nº 4.217/ GM / MS	Inclui os medicamentos homeopáticos da Farmacopeia Homeopática Brasileira e alguns fitoterápicos no Elenco de Referência da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.	Aprovação de normas de financiamento e a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica com vistas a ampliar o acesso a medicamentos fitoterápicos no SUS, todos passíveis de financiamento com recursos tripartite.
2012	Relação Nacional de Ações e Serviços do SUS (RENASES).	Inclui ações de PICS no rol das ações e serviços da Atenção Primária.	Reconhecimento das PICS como estratégia de ampliação do escopo da Atenção Básica.
2012	Caderno de Atenção Básica nº 31	Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Básica	Primeiro CAB dedicado integralmente a uma das PICS elencadas na PNPIC.
2015	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)	Foram inseridos 12 fitoterápicos, além de toda a farmacopéia homeopática brasileira.	Possibilidade de os municípios brasileiros utilizarem recursos do componente da Assistência Farmacêutica Básica para aquisição de medicamentos fitoterápicos, mediante pactuação entre gestores estaduais e municipais.
2017	Portaria nº 145	Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica.	Inclusão de oito práticas integrativas na tabela de procedimentos do SUS.
2017	Portaria nº 849	Inclui a Arterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.	Ampliação das práticas integrativas e complementares contempladas na PNPIC.

Fonte: Adaptado de Silva *et al.* (2020).

Quadro 1 - Atos Normativos Relacionados à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares Brasil, 2006 a 2018.

(Conclusão)

Ano	Natureza da ação	Título	Resumo
2018	Portaria nº 702	Inclui a aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/ antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais à PNPIC.	Ampliação das práticas integrativas e complementares contempladas na PNPIC.
2018	Publicação do Ministério da Saúde	Guia de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS.	Orientações sobre implantação e cadastramento de serviços de PICS no SUS no SCNES.

Fonte: Adaptado de Silva *et al.* (2020).

A aprovação da PNPIC contribuiu para a visibilidade da oferta de serviços de PICS no país, demonstrada pelo aumento de serviços cadastrados e, também, pelo pluralismo terapêutico no SUS (SOUSA *et al.*, 2012) e seu fortalecimento ao atuar nos campos da prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde, sendo baseada em um modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo. Além disso, também representou um avanço no processo de construção do SUS, garantindo o acesso dos cidadãos brasileiros a serviços antes restritos a práticas do setor privado (DACAL; SILVA, 2018).

Segundo a PNPIC, a incorporação dessas práticas na saúde pública se justifica principalmente pela garantia do princípio da integralidade. Nesse sentido, sua principal finalidade é atender a necessidade de conhecer, apoiar e incorporar as experiências com PICS já em andamento na rede pública de saúde, visando estimular os mecanismos naturais de prevenção, recuperação e promoção da saúde, com ênfase na Atenção Primária de Saúde (APS) (BRASIL, 2006b). Além disso, a institucionalização da PNPIC permitiu a inclusão de variáveis de monitoramento nos sistemas de informação em saúde, como Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/DATASUS), Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH), o que permite o acompanhamento do desenvolvimento dessas práticas no SUS (BRASIL, 2020).

Dois anos após a publicação da PNPIC foi realizado um diagnóstico, em parceria com o Departamento de Atenção Básica (DAB) com o objetivo de analisar o conhecimento, a institucionalização e a oferta das PICS nos municípios brasileiros (SIMONI; BENEVIDES;

BARROS, 2008). A partir dos resultados deste trabalho, foram listados alguns desafios mais imediatos e estratégicos para o desenvolvimento da política: 1) viabilização da formação e qualificação dos profissionais em número adequado para atuar no SUS; 2) implementação do monitoramento e avaliação; 3) o fornecimento de insumos (medicamentos homeopáticos/fitoterápicos, agulhas para MTC/acupuntura); e 4) a implementação de pesquisa em PIC, fomentando a ampliação de conhecimento, considerando as necessidades e diretrizes do SUS (HABIMORAD *et al.*, 2020).

Mais recentemente, em 2017, houve a ampliação da PNPIC em 14 novas práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga e, em março de 2018, com a publicação da Portaria Ministerial nº 702, de 21 de março de 2018, foram incluídas outras 10 práticas, a saber: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia, terapia de florais e, mudando da condição de observatório para a prática, medicina antroposófica e termalismo/crenoterapia.

Cada país possui uma variedade própria de prática de saúde – quer sejam próprias da cultura local ou importada de outras tradições – reconhecidas com base nos aspectos socioculturais e diferentes graus de integração com a medicina convencional de cada país.

A falta de profissionais que atuem com PICS é reiterada por Habimorad *et al.*, (2020), que afirmam que a formação existente no Brasil é deficiente na graduação, pós-graduação e educação permanente e, por isso, tem o potencial de disseminar conceitos errôneos e complicar a relação com a medicina convencional.

3.1.2 Benefícios das PICS na promoção de saúde

Desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde tem estimulado que práticas/saberes em saúde tradicionais ou diversos da biomedicina, chamadas Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas (MTCI), sejam consideradas como recursos de cuidado pelos sistemas nacionais de saúde (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018). Além disso, esses autores também destacam que, com a Declaração de Alma Ata em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS) expandiu-se como estratégia de organização de sistemas públicos universais, visando universalizar o cuidado clínico-sanitário às populações. No que diz respeito à organização das redes de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) além de ser considerada uma das portas de entrada para resolução das

necessidades, dos problemas e da intervenção na população de forma integral, com o cuidado contínuo e o desenvolvimento de vínculos (MATOS *et al.*, 2018), também estimula os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde recorrendo a tecnologias eficientes, acolhimento, visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção do cuidado humano (TELESI JÚNIOR, 2016).

O persistente crescimento do uso de novas práticas terapêuticas tem chamado a atenção de diversos atores sociais, tanto na sociedade civil como no Estado (SOUZA; LUZ, 2009). O surgimento das práticas integrativas nos sistemas públicos de saúde vem de longa data, especificamente em 1978, com a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária de Saúde, em Alma – Ata, no Cazaquistão (antiga União Soviética), que consistia nas primeiras recomendações para a implantação das medicinas tradicionais e práticas (TELESI JUNIOR, 2016).

Foi na declaração de Alma Ata, em 1978, que houve o afastamento do modelo médico tradicional e a priorização dos determinantes sociais da saúde com a participação das pessoas e de suas comunidades. Foram as recomendações de Alma-Ata que nortearam a discussão para implantação das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas, denominadas no Brasil, de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) ou, mais conhecidas como PICS (BARBOSA *et al.*, 2020; BRASIL, 2015).

O objetivo da Declaração Alma Ata era promover a saúde de todos os povos do mundo, particularmente os países em desenvolvimento, ou seja, desenvolver uma abordagem de atenção primária integral com os componentes de: garantia de acesso universal a cuidados de saúde de qualidade, primeiro ponto de contato de uma rede integral de atenção à saúde; a indissociabilidade entre saúde e desenvolvimento econômico-social, o que implica na cooperação de outros setores para enfrentar determinantes sociais e promover a saúde; e de participação social para gerar autonomia e ampliar direitos sociais (RAMIREZ *et al.*, 2011 *apud* GIOVANELLA; ALMEIDA 2017).

De acordo com a Declaração Alma Ata (1978), há 10 pontos imprescindíveis a serem implementados para a prestação de serviços à comunidade, de forma a garantir o bem-estar da população. O primeiro a ser elencado defende que a saúde corresponde ao estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde (OMS, 1979).

O próximo tópico aponta que as desigualdades existentes no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como em seu interior sendo política, social e economicamente inaceitáveis e constitui, por isso, objeto da preocupação comum a todos, é inaceitável. Ratificando a questão anterior, o terceiro ponto, defende que, para ocorrer o desenvolvimento econômico e social dos países, é essencial que haja a promoção e a proteção de saúde dos indivíduos. Subsequente premissa, alega que é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde (OMS, 1979).

A quinta proposição cita que os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais, ou seja, o governo deverá realizar ações a fim de que os cidadãos atinjam um nível de saúde que seja capaz de lhes proporcionar uma vida social e econômica produtiva. Conjuntamente a esse tópico, pode-se agregar o sexto e sétimo ponto, em que ambos citam que os cuidados primários, que representam o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema nacional de saúde, por meio da garantia da saúde nutricional, saúde materno-infantil, saneamento básico adequado, medicamentos essenciais e prevenção e proteção contra doenças, devem ser viabilizados para o recebimento dos cuidados de saúde (OMS, 1979).

Com relação ao preceito político, o oitavo ponto, cita que todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, faz-se necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis. Questão essa que vem ao encontro do nono ponto, que alega que todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países (OMS, 1979).

E, por fim, o décimo e último ponto, que argumenta que poder-se-á atingir um nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável, atualmente, gasta em armamentos e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz, distensão e desarmamento podem e devem liberar recursos adicionais que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada (OMS, 1979).

Concomitantemente as propostas da Declaração Alma Ata, no final da década de 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o Programa de Medicina Tradicional com o intuito de formulação das políticas na área, além de expressar seu compromisso em incentivar os Estados – membros, a formularem e implementarem políticas públicas para o uso racional e integrado da Medicina Tradicional e da Medicina Complementar Alternativa, bem como desenvolver estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade (BRASIL, 2009a).

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) estão inclusas em um modelo milenar de saúde chamada de Medicina Tradicional e Complementar (MTC), em especial a chinesa, que dispõe de um compilado de práticas terapêuticas que consistem em ver o indivíduo na sua integralidade e assim buscam promover saúde empregando meios naturais de tratamento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece as práticas integrativas como forma de tratamento fundamental para o indivíduo, que utiliza técnicas milenares, saberes populares, artes e músicas. Além disso, as PICS provocam sensações de bem-estar, alívio de dores e stress, entre outros (Mendes *et al.*, 2019).

De acordo com Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) a rede regional em Medicina Tradicional e Complementar Integrativa para as Américas é uma iniciativa colaborativa com diversos atores sociais (organizações, instituições governamentais e não governamentais, entre outros) criada para desenvolver uma agenda comum e avançar rumo à integração das MTCI nos sistemas e serviços de saúde de acordo com os contextos nacionais. Além disso, informam que o termo “medicina tradicional” engloba uma ampla variedade de terapias e práticas em saúde alinhadas às características socioculturais de cada país e região, sendo importante considerá-las neste contexto. Ou seja, consistem no somatório de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas nas teorias, crenças e experiências dos povos tradicionais de diferentes culturas, explicáveis ou não, utilizadas na manutenção da saúde, bem como na prevenção, diagnóstico, melhoria ou tratamento de doenças físicas e mentais. Por exemplo, cada país compreende a medicina tradicional de acordo com suas especificidades e suas denominações diferem de país para país, como por exemplo, a Medicina tradicional norte-americana, a Medicina tradicional andina, a Medicina tradicional mesoamericana, a Medicina tradicional amazônica, a Medicina tradicional afro-americana, a Medicina tradicional das comunidades Rom e as Práticas populares de cuidado (como são chamadas no Brasil).

Somado a isso, no final do século XX, o modelo hospitalocêntrico e médico-centrado começou a ser questionado no Brasil, com o Movimento da Reforma Sanitária (SOUZA;

BOTAZZO, 2013). A legitimação de um conceito ampliado de saúde, que compreende circunstâncias de educação, moradia, emprego, transporte e alimentação, destoava do paradigma vigente centrado na doença (PETTRES; DA ROS, 2018). Diante do processo de implantação do SUS, que se baseia na atenção à saúde humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, deu-se imprescindível a posterior incorporação do uso das PICS na saúde dos brasileiros (ALVES; QUERINO, 2019).

As PICs buscam incentivar a prevenção e promoção da saúde, de uma forma mais natural possível, em relação à agravos, por meio de seguras tecnologias. A escuta acolhedora é muito importante para criar um vínculo entre o paciente e o profissional da saúde, desenvolvendo a interação do paciente com o meio ambiente, interação humana e na sociedade (PEREA *et al.*, 2022).

No Brasil, o aumento das doenças crônicas, aumentos dos custos dos serviços de saúde e insatisfação com os serviços existentes, são alguns fatores que promovem a necessidade das PICS como ferramenta de promoção de saúde (SUMIYA *et al.*, 2022). A medicação alopática representa problemas para o SUS, principalmente pela dificuldade de acesso e alto custo. Além do mais, muitos dos medicamentos têm sua eficácia limitada ou vêm acompanhados de efeitos adversos (AGUIAR; KANAN; MASIERO, 2019). Isso demonstra o quanto se faz relevante apresentar à população que as práticas complementares portam saberes/técnicas especificamente voltados à promoção da saúde e que podem ser instrumentos/aliados na prevenção de doenças e para o favorecimento do bem-estar integral (TESSER, 2009).

As PICS visam assistência à saúde do indivíduo, seja na profilaxia, tratamento ou cura, considerando-o como um ser integral e não um conjunto de partes isoladas. Assim, as PICS possibilitam o enriquecimento da observação assistida, trazendo conhecimentos e saberes de outras racionalidades médicas, a fim de compreender o adoecimento, ampliando os diálogos no campo dos planos terapêutico a fim de melhorar a qualidade de saúde do indivíduo (TESSER; NORMAN, 2020).

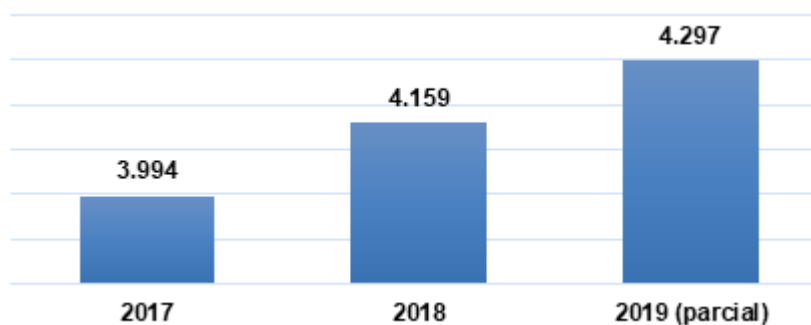
Nos estudos de Perea *et al.* (2022) verificou-se que com a incorporação das PICS um acolhimento mais humanizado para a população, autonomia e o cuidado coletivo. Na maioria dos atendimentos desses usuários hoje tornou-se possível conversar, escutá-los e, até mesmo, criar um vínculo mais fortalecido com eles, passando confiança para aqueles que buscam essas práticas integrativas. Isto é, as práticas vêm trazendo um conhecimento de um sistema mais humanizado tanto para os usuários, como para os profissionais da saúde. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do

autocuidado. Essas características possibilitam a afirmação do tratamento de algo palpável de suma importância para as PICS, que se valorizam no trabalho da saúde pública (AGUIAR; KANAN; MASIERO, 2020).

Dados do ano de 2018, sugerem que as PICS estiveram presentes em 16.007 serviços de saúde do SUS, sendo 14.508 (90%) da Atenção Primária à Saúde (APS), distribuídos em 4.159 municípios (74%) – APS e média e alta complexidade – e em todas das capitais (100%). Foram ofertados 989.704 atendimentos individuais, 81.518 atividades coletivas com 665.853 participantes e 357.155 procedimentos em PICS. Nas parciais para o ano de 2019, as PICS estiveram presentes em 17.335 serviços de saúde do SUS, sendo 15.603 (90%) da Atenção Primária à Saúde (APS), distribuídos em 4.296 municípios (77%) – APS e média e alta complexidade – e em todas das capitais (100%). Foram ofertados 693.650 atendimentos individuais, 104.531 atividades coletivas com 942.970 participantes e 628.239 procedimentos em PICS (BRASIL, 2020).

De acordo com os dados parciais obtidos para o ano de 2019, as PICS foram ofertadas em 17.335 serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) distribuídos em 4.297 municípios (77%) e em todas das capitais (100%) (Gráfico 1). Houve um aumento de 16% (2.860) no quantitativo de serviços, comparando com 2017.

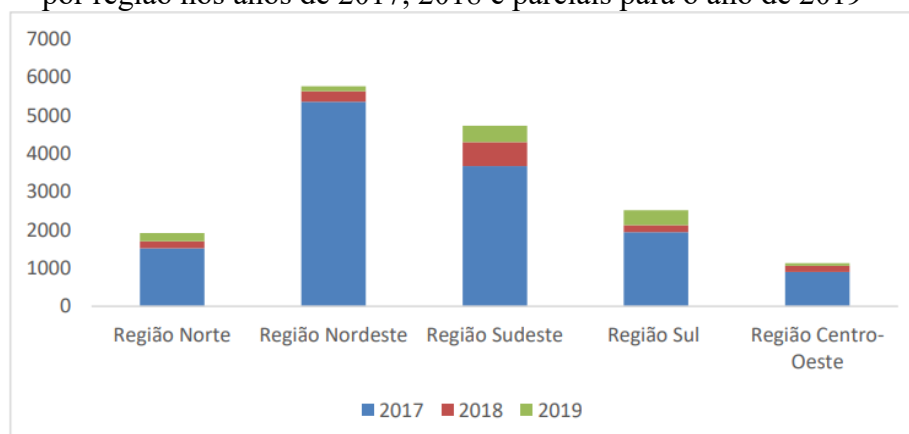
Gráfico 1 - Quantidade de municípios brasileiros com ofertas de PICS para 2017, 2018 e 2019 parcial



Fonte: Adaptado de Brasil (2020).

Outros dados que merecem destaque consistem na quantidade de estabelecimentos da APS com oferta de PICS por região brasileira (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Quantidade de estabelecimentos da APS com oferta de PICS por região nos anos de 2017, 2018 e parciais para o ano de 2019



Fonte: Brasil (2020).

Em relação ao número de estabelecimentos da APS que ofertaram PICS no período de 2017 a 2019, dentre um total de 41.952 unidades básicas de saúde em funcionamento no SUS, encontrou-se a oferta de 37%, o que representa 15.603 dos estabelecimentos. Observou-se um crescimento considerável nos estados de São Paulo (mais 491 unidades), Minas Gerais (411 unidades), Rio Grande do Sul (mais 272 unidades), Paraná (180 unidades), Rio de Janeiro (mais 138 unidades), Santa Catarina (mais 121 unidades), entre outros. Dentre os anos de 2018 e parciais de 2019, 2.480 novas unidades de saúde da APS passaram a ofertar alguma prática integrativa.

O Brasil pode, sem dúvida, ser incluído entre os países que já dispõem de uma política nacional voltada para as PICS, sendo ela construída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), embora algumas dificuldades ainda necessitam ser superadas (BRASIL, 2009a). Como por exemplo, a escassez das produções científicas sobre as PICS que, de acordo com o relatório publicado pelo ObervaPICS (2020), foram identificados 548 grupos de pesquisa, com 172 na região Sudeste, 149 na região Nordeste, 122 na região Sul, 59 na Região Norte e 46 na região Sul. Outros dados relevantes desse relatório consistem na distribuição dos grupos de pesquisa em PICS por região e área predominante.

Segundo ObervaPICS (2020), observa-se uma prática interdisciplinar na produção de conhecimento dos grupos, com predomínio das Ciências da Saúde, aglutinando 31,6% (173) dos grupos de pesquisa, seguido das Ciências Biológicas com 30,5% (167) e Ciências Agrárias, responsável por 20,8% (114) dos grupos (tabela 1). A diversidade de áreas presente nas pesquisas em PICS demonstra a transversalidade que perpassa o campo, bem como a

necessidade de conjugação de diferentes abordagens. As regiões Sudeste e Nordeste concentram a maior quantidade de grupos em todas as áreas analisadas.

Tabela 1 - Distribuição dos grupos de pesquisa em PICS por região e área predominante

ÁREA DOMINANTE	GRUPOS DE PESQUISA POR REGIÃO						
	SE	NE	SU	CO	NO	n	%
CIÊNCIAS DA SAÚDE	53	45	40	12	23	173	31,6
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS	49	53	37	14	14	167	30,5
CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA	18	15	9	5	8	55	10,0
CIÊNCIAS HUMANAS	7	3	7	2	2	21	3,8
LINGUÍSTICA, LETRAS E ARTES	4	2	1	1	-	8	1,5
ENGENHARIAS	2	2	1	-	-	5	0,9
CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS	-	2	-	-	-	2	0,4
OUTRAS	1	2	-	-	-	2	0,5
N						548	100,0

Fonte: ObservaPICS (2019).

Embora o Brasil seja um dos países que mais produz legislação e oferta ações e serviços públicos focados nas PICS, transcorridos 16 anos de PNPIC e mais de 30 anos da criação do SUS, a implementação dessas práticas parece ainda incipiente, considerando todo o potencial terapêutico passível de exploração (SILVA *et al.*, 2020).

3.2 Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

Os inquéritos populacionais de saúde vêm sendo utilizados de forma crescente não só para avaliar o funcionamento da assistência de saúde do ponto de vista do usuário (GOUVEIA *et al.*, 2005), mas também como meio de se obter informações sobre a morbidade referida e estilos de vida saudáveis. Repetidos com determinada periodicidade, os inquéritos permitem consolidar as informações coletadas como uma base de referência populacional para o estabelecimento da vigilância de doenças crônicas e seus determinantes (SZWARCOWALD, 2022).

Estes inquéritos acrescentam pelo menos quatro vantagens aos dados rotineiros. Primeiro, permitem medir comportamentos que influenciam hábitos de saúde, segundo, permitem entender os padrões de busca de serviços assistenciais para doenças importantes como hipertensão e diabetes, terceiro o uso de questionários padronizados na população permite medir problemas de saúde que, apesar de resultarem em grandes cargas de morbidade, não ficam evidentes nos sistemas de mortalidade ou morbidade, como por exemplo referente a saúde

mental e osteomusculares. Finalmente, por meio de coleta de informações sobre posição socioeconômica, escolaridade, sexo e etnia, os inquéritos permitem estratificar todos os indicadores estudados para subgrupos populacionais, evidenciando e monitorando as desigualdades em saúde (VICTORA, 2022).

Szwarcwald, Souza- Júnior e Damacena (2010) citam que além de possibilitar conhecer o perfil de saúde e as exposições e condições de risco da população, os inquéritos permitem obter um grande número de indicadores para avaliação do desempenho do sistema de saúde, como o acesso, a utilização e o grau de satisfação do usuário com os serviços de saúde, em conjunto com as características sociodemográficas, possibilitando investigar as relações entre as diversas variáveis e conseqüentemente formular políticas públicas visando atender às prioridades do Ministério da Saúde (MS).

Como exemplo de um inquérito de saúde de base domiciliar de âmbito nacional, tem-se a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) que é realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com uma periodicidade quinquenal, com o propósito de ampliar o escopo temático dos Suplementos de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (GODIM *et al.*, 2022). A PNS apresenta-se, atualmente, como uma pesquisa independente da PNAD. Além de manter todas as informações sociodemográficas e características do trabalho da PNAD – uma vez que faz parte do SIPD/IBGE –, a PNS permitiu aprofundar questões específicas de saúde, incluindo questionário sobre morbidade e estilos de vida, respondido individualmente por morador selecionado de forma aleatória entre os demais adultos do domicílio (DAMACENA, 2015).

Godim *et al.* (2022), reiteram que monitorar as condições de saúde da população, por meio de inquéritos como a PNS, é essencial para a produção de informações relevantes para a tomada de decisão assertiva no campo da saúde pública, contribuindo na construção e avaliação de políticas de saúde. Assim, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), juntamente com parceiros como o IBGE, reforça o seu compromisso na realização de inquéritos que permitam monitorar o perfil de saúde dos brasileiros, produzindo indicadores necessários para acompanhar o cumprimento de metas propostas nacionalmente, bem como de compromissos assumidos pelo país em agendas internacionais estratégicas.

O planejamento da PNS ocupou o período de 2009 a 2012, durante o qual foram discutidas algumas questões metodológicas: forma de condução do projeto; plano de amostragem; elaboração do questionário; medidas físicas e instrumentos de mensuração; e coleta de material biológico (DAMACENA, *et al.*, 2015).

A abrangência geográfica da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS é todo o território nacional, dividido nos Setores Censitários da Base Operacional Geográfica, excluídas áreas com características especiais, classificadas, pelo IBGE, como setores de quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, setores com baixo patamar domiciliar, agrupamentos indígenas, unidades prisionais, Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPI), Atendimento Integrado à Criança e ao Adolescente (AICA), conventos, hospitais, agrovilas de projetos de assentamentos rurais e agrupamentos quilombolas. A população-alvo é constituída pelos moradores em domicílios particulares permanentes pertencentes à área de abrangência geográfica da pesquisa (IBGE, 2020).

De acordo com Szwarcwald *et al.* (2014), a PNS tem como objetivo geral caracterizar a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira, bem como a atenção a sua saúde, quanto ao acesso e uso dos serviços, às ações preventivas, a continuidade dos cuidados e ao financiamento da assistência e como objetivos específicos, tais como: coletar informações para avaliar o desempenho do sistema nacional de saúde, no que se refere ao acesso e uso dos serviços de saúde e continuidade dos cuidados; estimar a cobertura de plano de saúde, dimensionando a população segurada em cada UF; delinear o perfil de necessidade de saúde, com base na morbidade autorreferida e restrições das atividades habituais; dimensionar a prevalência de deficientes físicos e intelectuais; estabelecer parâmetros consistentes para avaliar a capacidade de resposta do sistema de saúde brasileiro frente às necessidades da população; investigar os estilos de vida da população brasileira em relação aos hábitos de alimentação, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e prática de atividade física, e os fatores associados aos comportamentos não saudáveis; estimar a cobertura de exames preventivos de câncer de colo de útero e mama; dimensionar a exposição da população brasileira aos acidentes de trânsito e às violências; estimar a prevalência das principais doenças crônicas não transmissíveis e as limitações provocadas pelas doenças; investigar a atenção fornecida aos doentes diagnosticados com hipertensão, diabetes e depressão, incluindo acesso a medicamentos, exames complementares de diagnóstico e continuidade nos cuidados; estabelecer os padrões de obesidade da população brasileira e os fatores associados; delinear o perfil lipídico da população brasileira, com base em exames laboratoriais; dimensionar o acesso ao diagnóstico de alguns agravos crônicos, tais como hipertensão, diabetes, obesidade, hipercolesterolemia, com base na comparação de medidas objetivas (medidas antropométricas, de pressão arterial e exames laboratoriais) e subjetivas (morbidade autorreferida); dimensionar a necessidade de cuidados para a realização das atividades habituais entre as pessoas idosas; dimensionar a necessidade de cuidados para a realização das atividades habituais entre as

peessoas idosas; investigar o acesso ao atendimento médico, em diferentes níveis de atenção, em termos do deslocamento geográfico, tempo de espera e dificuldades na obtenção do atendimento, medicamentos, exames complementares de diagnóstico e consultas especializadas; e identificar os determinantes que influenciam a estratificação social das condições de saúde, das exposições a fatores de risco à saúde, bem como a capacidade de resposta do sistema de saúde brasileiro.

Além dos objetivos específicos citados anteriormente, o questionário da PNS é subdividido, conforme apresenta o quadro 2, em três partes: o domiciliar, o de todos os moradores do domicílio e o individual.

Quadro 2 - Temas abordados no Questionário da PNS

Partes	Categoria	Tipos de questões	Responsável pela resposta
1ª Parte	Domiciliar	Informações do domicílio e visitas domiciliares realizadas pela equipe de Saúde da Família e agentes de endemias.	Pessoa responsável pelo domicílio ou pela pessoa que detenha essas informações no momento da entrevista.
2ª Parte	Moradores do domicílio	Características gerais de todos os moradores do domicílio, incluindo nível de educação, trabalho, rendimento, deficiências, cobertura de plano de saúde, utilização dos serviços de saúde, saúde do idoso, cobertura de mamografia e características de crianças menores de dois anos de idade.	Todos os moradores do domicílio, em caso de ausência ou impossibilidade do morador ser entrevistado, a pessoa responsável pode responder ao questionário (ou parte dele) em substituição ao morador ausente, como é feito na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).
3ª Parte	Individual	Questões dirigidas a um morador adulto (18 anos ou mais de idade), selecionado aleatoriamente, sobre outras características de trabalho e apoio social, percepção do estado de saúde, acidentes e violências, estilos de vida, doenças crônicas, saúde de mulher, atendimento pré-natal, saúde bucal e atendimento médico.	Adulto maior ou igual 18 anos escolhido aleatoriamente, entre os moradores elegíveis. Essa parte do questionário só pode ser respondida pelo morador selecionado, não sendo permitido que outro morador do domicílio responda por ele.

Fonte: Adaptado de Souza-Júnior *et al.* (2015).

De modo a atender as lacunas de informação existentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da PNS teve seu início com a revisão das experiências nacionais e internacionais em inquéritos de saúde. Entre os tópicos investigados, destacam-se os temas pesquisados por estes inquéritos, questionários aplicados, medidas físicas e exames laboratoriais realizados, orçamento total e recursos gastos por entrevista (DAMACENA *et al.*, 2015). Além dessas lacunas, houve também a necessidade de atender as recomendações feitas

pelo Comitê Temático sobre Informações de Base Populacional, que determinava que a PNS deveria se apoiar em três eixos fundamentais: o desempenho do sistema nacional de saúde; as condições de saúde e estilo de vida da população; a vigilância de doenças e agravos de saúde e fatores de risco associados (MALTA, 2008).

Destaca-se que, por fazer parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE, a amostra da PNS é uma subamostra da Amostra Mestra da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), com avanços tanto no espalhamento geográfico como na precisão das estimativas. Com desenho próprio, elaborado, especificamente, para coletar informações de saúde, a PNS foi planejada para a estimação de vários indicadores em diferentes níveis de desagregação geográfica (SZWARCOWALD, 2022).

No Brasil, o processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) foi conduzido conforme apresenta a figura 1:

Figura 1 - Histórico da PNS

2003	<ul style="list-style-type: none"> Foi iniciado pelo Comitê Temático sobre Informações de Base Populacional Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA).
2007	<ul style="list-style-type: none"> Foi revigorado no seminário da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) sobre inquéritos, onde foi recomendado o estabelecimento de um grupo executivo de trabalho para o seu planejamento.
2009	<ul style="list-style-type: none"> Foi promulgada uma portaria do Ministério da Saúde (MS) que nomeou um Comitê Gestor para a elaboração das diretrizes na condução da PNS.
2011	<ul style="list-style-type: none"> Atualização da Portaria atribuindo a Coordenação da pesquisa à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e instituindo a Secretaria de Vigilância em Saúde, a Secretaria de Vigilância em Saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde de Gestão Estratégica e Participativa, e a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos como instituições participantes.
2013	<ul style="list-style-type: none"> Coordenada pela Fiocruz em parceria com o Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE), foi conduzida a primeira edição da PNS como uma pesquisa integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE, com desenho próprio e elaborado especificamente, para coletar informações de saúde.
2017	<ul style="list-style-type: none"> Por ocasião do lançamento dos resultados da PNS – 2013, o MS mostrou interesse em conduzir uma segunda edição da pesquisa, de modo a permitir o monitoramento dos indicadores de saúde e avaliar as ações e programas em curso. Em abril de 2017, foi promulgada a portaria que definiu o Comitê Gestor da segunda edição da PNS, sob a coordenação do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, e a inclusão da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena e da Fiocruz.
2019	<ul style="list-style-type: none"> Apesar da pesquisa ter sido planejada para ter periodicidade quinquenal, por questões relacionadas ao seu delineamento e execução, a segunda edição, foi realizada no ano de 2019.

Fonte: Adaptado de Szwarcwald (2022).

Em 2003, o Comitê Temático sobre Informações de Base Populacional recomendou a realização de uma pesquisa nacional de saúde de base populacional para avaliar condições de saúde, o acesso e utilização dos serviços e os gastos com saúde, a vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e seus determinantes, além de questões sobre desigualdades sociais em saúde. Naquela ocasião, o Comitê Temático salientou a importância da previsão de recursos com periodicidade regular, para a sustentabilidade de uma pesquisa de tamanha abrangência e relevância (MALTA *et al.*, 2008).

Posteriormente, em 2007, no seminário da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) sobre inquéritos de saúde, o processo de uma pesquisa nacional voltou a ser tema de destaque, quando foi recomendada a definição de um grupo de trabalho para seu planejamento e execução. No ano de 2009, o Ministério da Saúde promulgou a portaria que instituiu o Comitê Gestor para a estruturação de diretrizes na gestão da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (BRASIL, 2009a).

Em 2011, a portaria ministerial foi atualizada e incluiu as seguintes secretarias na condução da pesquisa: de Vigilância em Saúde (SVS), Executiva (SE), de Atenção à Saúde (SAS); de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); e, juntamente com elas, a Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (BRASIL, 2011).

Em 2013, foi a campo a primeira edição da PNS, com o propósito de ampliar a investigação temática dos Suplementos Saúde da PNAD. O questionário da PNS incluiu, integralmente, os módulos de acesso e utilização de serviços de saúde e cobertura de planos de saúde, principais investigações da PNAD e possibilitou o acompanhamento da série quinquenal de seus indicadores no período 1998-2013. Ademais, de forma diferente à dos Suplementos Saúde, a PNS foi inserida no Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), independentemente da amostra da PNAD Contínua, com desenho próprio e elaborada especialmente para coletar dados de saúde. Definiu-se a periodicidade de cinco anos para a realização de cada edição da PNS (STOPA, 2020).

A população-alvo da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é composta pelas pessoas residentes em domicílios particulares permanentes (DPP), pertencentes à área de abrangência geográfica da pesquisa. Os DPP são aqueles domicílios construídos para servir, exclusivamente, como habitação, com a finalidade de servir de moradia a uma ou mais pessoas (IBGE, 2011).

A coleta dos dados, mediante entrevistas, ocorreu entre agosto de 2013 e fevereiro de 2014. Conduzida pelo IBGE, ela envolveu mais de 1 mil técnicos da instituição, que coletaram dados em 1.600 municípios brasileiros. No total, quatro relatórios foram divulgados e,

conjuntamente com as bases de dados, foram disponibilizados no sítio eletrônico do IBGE, vindo a ser empregados em diversas publicações técnico-científicas (IBGE, 2014; IBGE, 2016).

A PNS-2013 incluiu os módulos de acesso, utilização dos serviços de saúde e o de cobertura de plano de saúde do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) na sua íntegra, com pequenas atualizações, de modo a possibilitar o acompanhamento temporal de indicadores de saúde, de utilidade já consagrada para avaliar o desempenho do sistema de saúde. Foram propostas, adicionalmente, questões para dimensionar o acesso à assistência médica em diferentes níveis de atenção, incluindo exames complementares de diagnóstico e consultas com médicos especialistas, bem como para avaliar a assistência de saúde sob a perspectiva do usuário em termos de tempo de espera e dificuldades na obtenção do atendimento (SZWARCOWALD, 2022).

Outro eixo importante abordado na PNS-2013 foi o das condições de saúde da população. O perfil de morbidade, ao prover uma medida da magnitude dos problemas, fornece as necessidades de saúde que devem ser analisadas à luz da adequação do sistema de saúde na prestação dos cuidados (SZWARCOWALD, 2022).

Diante do crescimento significativo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que trazem considerável grau de sofrimento, dor e incapacidade, além de provocar grande pressão sobre os serviços de saúde, as questões relacionadas à sua presença e ao seu tratamento mereceram atenção específica na pesquisa. Complementarmente, na sua primeira edição, a PNS-2013 incluiu medidas antropométricas e de pressão arterial, bem como coleta de sangue e urina, para avançar no conhecimento sobre alguns marcadores biológicos na população brasileira. Tendo em vista que as DCNT são associadas a fatores de riscos altamente prevalentes, destacando-se o tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo, além do monitoramento desses fatores ser primordial para definição de políticas de saúde voltadas para prevenção destes agravos, a PNS dedicou, igualmente, um módulo específico contemplando os comportamentos saudáveis (SZWARCOWALD, 2022).

Por ocasião do lançamento dos relatórios da PNS, em 2014 e 2015, o Ministério da Saúde logo manifestou interesse em conduzir uma segunda edição, de forma a permitir o monitoramento da evolução de seus indicadores de saúde sobre a situação investigada anteriormente e a consequente resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento às necessidades da população (STOPA, 2020).

Em abril de 2017, foi publicada a portaria ministerial que criou o Comitê Gestor da segunda edição da PNS, com a participação das seguintes secretarias: SVS, cabendo ao

Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis a coordenação da pesquisa; Secretaria de Ciência, de Tecnologia e de Insumos Estratégicos (SCTIE); Secretaria Executiva (SE); Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); Especial de Saúde Indígena (SESAI); e a Fiocruz (BRASIL, 2017).

Assim como em 2013, a PNS 2019 manteve o compromisso de dar sequência à investigação periódica das temáticas de acesso e utilização de serviços de saúde, além da cobertura de planos de saúde no país, iniciada em 1998 no Suplemento Saúde da PNAD. Dessa forma, são mais de 20 anos acompanhando os avanços e desafios nacionais na área. Por conseguinte, a PNS 2019 não apenas dá continuidade à investigação dessas temáticas, ela acompanha, no decorrer do tempo, os aspectos relativos às amostragens dos Suplementos Saúde. Assim, na medida em que se permite a comparação dos dados coletados entre as edições das duas pesquisas, se torna possível monitorar a evolução dos indicadores (IBGE, 2020).

A PNS-19 que consistiu em dotar o país de informações sobre os determinantes, condicionantes e necessidades de saúde da população brasileira (STOPA, 2020), dá continuidade a maioria dos módulos abordados na primeira edição, mantendo o compromisso de dar sequência à investigação das temáticas de acesso e utilização de serviços de saúde e cobertura de planos de saúde no país (IBGE, 2020). Além disso, apresentará informações sobre estilos de vida e doenças crônicas, com dados antropométricos, informação essa bastante importante para estabelecer os padrões de sobrepeso e obesidade da população brasileira e para o monitoramento de meta estabelecida no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), acidentes e violências, esse último sendo totalmente reformulado para a edição de 2019, podendo investigar, separadamente, as violências por tipo (psicológica, física e sexual); ciclos de vida, compreendendo informações sobre crianças menores de dois anos de idade, pessoas com 60 anos ou mais de idade, bem como saúde do homem, saúde da mulher; entre outros aspectos.

Dentre os novos módulos temáticos incluídos na PNS 2019, destacam-se os de doenças transmissíveis, com investigação sobre presença de tosse, manchas com dormência, doença de Chagas e infecções sexualmente transmissíveis; atividade sexual, contemplando iniciação sexual e uso de preservativos, além de paternidade e pré-natal do parceiro, com temáticas contidas no Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde e atendimento médico, tendo como foco o acesso e a qualidade da atenção primária à saúde. Em parceria com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) (*International Labour Organization* [ILO]), foi desenvolvido um módulo sobre relações de trabalho, que investiga as condições laborais que

impactam a saúde do trabalhador, tais como coerção, involuntariedade e exposição a condições degradantes (IBGE, 2020).

Godim *et al.* (2022) reiteram que monitorar as condições de saúde da população, por meio de inquéritos como a PNS se faz essencial para a produção de informações relevantes para a tomada de decisão assertiva no campo da saúde pública, contribuindo na construção e avaliação de políticas de saúde. Assim, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), juntamente com parceiros como o IBGE, reforça o seu compromisso na realização de inquéritos que permitam monitorar o perfil de saúde dos brasileiros, produzindo indicadores necessários para acompanhar o cumprimento de metas propostas nacionalmente, bem como de compromissos assumidos pelo país em agendas internacionais estratégicas.

Especificamente, quanto a proposição deste estudo, destaca-se que a Pesquisa Nacional de Saúde, também pontuou indagações acerca das PICS, conforme apresentam os quadros 3 e 4.

Quadro 3 - Perguntas envolvendo PICS na PNS – 2013

J053. Nos últimos 12 meses, ____ utilizou alguma prática integrativa e complementar, isto é, tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia etc ?
J054. Qual tratamento ____ fez uso ? 1. Acupuntura; 2. Homeopatia; 3. Plantas Mediciniais e Fitoterapia; 4. Outro.
J055. Este tratamento foi coberto por algum plano de saúde?
J056. ____ pagou algum valor por este tratamento ?
J057. Este tratamento foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

Fonte: Adaptado de Brasil (2013).

Quadro 4 - Perguntas envolvendo PICS na PNS – 2019

J 53 ^a . Nos últimos 12 meses, ____ utilizou alguma prática integrativa e complementar, isto é, tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, tai chi chuan, lian gong ou outra prática integrativa e complementar a saúde?
J54. Qual tratamento ____ fez uso? 1. Acupuntura; 2. Homeopatia; 3. Plantas Mediciniais e Fitoterapia; 4. Auriculoterapia; 5. Meditação; 6. Yoga; 7. Tai chi chuan, Lian gong, Qi gong; 8. Terapia comunitária integrativa; 9. Outro (Especifique: _____)
J56. ____ pagou algum valor por este(s) tratamento(s)?
J57. Este (s) tratamento (s) foi (eram) feito (s) através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

Fonte: Adaptado de Brasil (2019)

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1 Delineamento e amostra

Trata-se de um estudo transversal que utilizou os dados coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), inquérito epidemiológico de base domiciliar realizado em âmbito nacional, nos anos de 2013 e de 2019, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com Ministério da Saúde.

Em 2013 a sua população-alvo foi constituída de moradores de domicílios particulares permanentes com abrangência demográfica incluindo todo o território nacional, com a exceção dos setores censitários especiais como os quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, asilos, orfanatos, conventos, hospitais. No ano de 2019, embora tenha permanecido a população-alvo como o território nacional, foram incluídos como exceções de setores censitários os agrupamentos indígenas, Instituições de Longa Permanência (ILPI), Atendimentos Integrados à Criança e ao Adolescentes (AICA), Agrovilas de Projetos de Assentamentos Rurais, setores com baixo patamar domiciliar e Agrupamentos Quilombolas (IBGE, 2014). Nesse mesmo período, 2019, o processo de coleta de dados também ocorreu em parceria com o Ministério da Saúde, com o intuito de promover a comparação dos indicadores divulgados anteriormente e fornecer aportes à resposta do Sistema Único de Saúde (SUS).

O plano amostral, em ambos os anos de realização dos inquéritos, consistiu no emprego da amostragem conglomerada em três estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem. Os setores censitários ou conjunto de setores formaram as unidades primárias de amostragem (UPAs), os domicílios são as unidades de segundo estágio e os moradores com 18 anos ou mais de idade (no inquérito de 2013) e com 15 anos ou mais de idade (no inquérito de 2019), definiram as unidades de terceiro estágio.

O plano de amostragem da PNS 2013 foi desenvolvido a partir da Amostra Mestra do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE, cuja abrangência geográfica compreende os setores censitários da Base Operacional Geográfica do Censo Demográfico de 2010 – exceto os setores censitários demasiadamente pequenos ou considerados especiais (DAMACENA *et al.*, 2015).

Para o cálculo da amostra da PNS 2019, observou tanto o tamanho da amostra estudados para a PNS 2013 quanto na sua precisão das estimativas obtidas com os dados da pesquisa anterior, sendo constatado que seria necessário definir um tamanho de amostra maior que o

da criação anterior para garantir precisão aceitável para os diversos domínios de estimação. Logo, para o ano de 2013, foi considerado a amostra total de 64.348 domicílios sorteados (Souza–Júnior *et al.*, 2015) e, para o ano de 2019, uma amostra de 108.525 domicílios sorteados (STOPA *et al.*, 2020).

Para este estudo foram considerados os dados de brasileiros com idade superior a 18 anos que responderam às seguintes questões: J053. Nos últimos 12 meses, __ utilizou alguma prática integrativa e complementar, isto é, tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia etc.? para a PNS 2013. E J53a. Nos últimos doze meses, __ utilizou tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, *yoga*, *tai chi chuan*, *lian gong* ou outra prática integrativa e complementar a saúde? Para a PNS 2019.

4.2 Variáveis analisadas

O desfecho do presente estudo foi o uso das Práticas Integrativas e Complementares nos anos de 2013 e 2019, mensurado por meio das questões supracitadas: J053. Nos últimos 12 meses, __ utilizou alguma prática integrativa e complementar, isto é, tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia etc.? E J53a. Nos últimos doze meses, __ utilizou tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, *yoga*, *tai chi chuan*, *lian gong* ou outra prática integrativa e complementar a saúde? Para a PNS 2019.

As variáveis explicativas analisadas foram: macrorregiões de residência do país (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sul, Sudeste), sexo (feminino e masculino), zona (urbana ou rural), idade (18-19, 20-24, 25-59 e 60 anos ou mais), cor de pele/raça autorreferida (branca, preto, amarela ou indígena), estado civil (casado, divorciado, viúvo ou solteiro), escolaridade (ensino fundamental, ensino médio ou ensino superior) e possuidor de plano de saúde (sim ou não).

Também foram descritas variáveis relacionadas à utilização das PICS: se o tratamento foi no SUS (sim ou não) e os tipos de PICs utilizadas (acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia entre outras).

4.3 Análises dos dados

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva de todas as variáveis estudadas, por meio de tabelas de distribuição de frequências, gráficos e mapas temáticos.

Para verificar diferenças na prevalência de utilização das PICS, de acordo com os grupos comparados, foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson, considerando-se um nível de significância de 5%.

Ainda para caracterizar o uso das PICS nos anos de 2013 e 2019, de acordo com os diferentes perfis dos entrevistados, foi utilizado o método de árvore de decisão, como forma de análise multivariada. Segundo Breiman (1984), esse é um método não paramétrico, também considerado um tipo de análise multivariada por considerar simultaneamente a influência de todas as variáveis explicativas em relação ao desfecho analisado, fundamentando-se em regras de classificação.

Esse método de análise multivariada permite fazer o ajuste dos possíveis fatores de confusão, além de viabilizar a elaboração de um perfil mais descritivo e ilustrativo das informações de interesse. O autor define que a árvore começa com um nó raiz contendo todas as observações da amostra. Os nós seguintes representam subconjuntos e subdivisões dos dados. Cada divisão resulta em exatamente dois nós. Essa estratégia permite a identificação de subgrupos homogêneos, pela comparação sistemática de suas características, visando a estabelecer relação entre as variáveis explicativas e uma única variável resposta (neste caso, a utilização das PICS). O processo de divisão é repetido até que nenhuma das variáveis selecionadas mostre influência significativa na divisão ou, então, quando o tamanho do subconjunto se tornar muito reduzido¹.

A árvore de decisão realizada utilizou o algoritmo *Classification and Regression Tree* – árvore de classificação e regressão (CART). Na análise pelo algoritmo CART, o critério de exclusão das variáveis do modelo é uma medida denominada *improvement*, que avalia o grau de “impurezas” que foram eliminadas do modelo diante do acréscimo de novas variáveis. Quanto maior o valor do *improvement*, maior a importância da variável na classificação e, conseqüentemente, mais homogêneos serão os novos nós. Foi utilizado como critério de encerramento do processo um *improvement* mínimo de 0,0001¹. O ajuste do modelo final foi avaliado por meio da estimativa de risco de classificação incorreta, que indica em que medida a árvore prediz corretamente os resultados, comparando a diferença entre o valor ajustado estimado pelo modelo e o valor real observado na amostra. Todas as análises foram realizadas no programa Stata 12.0 (<https://www.stata.com>) e levaram em consideração as ponderações impostas pelo delineamento amostral do estudo.

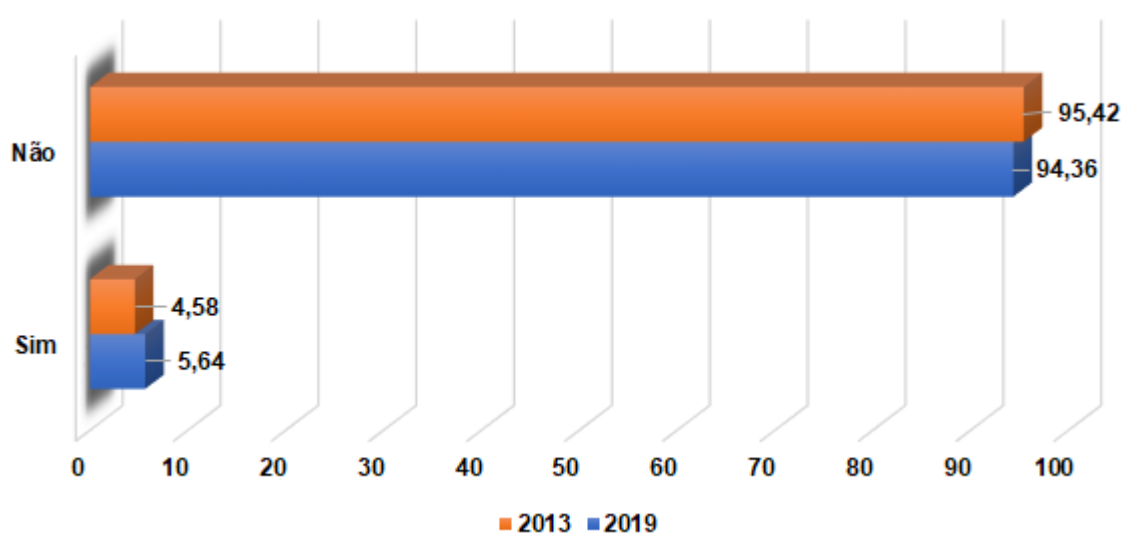
4.4 Aspectos éticos

Os projetos das Pesquisas Nacional de Saúde foram encaminhados à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/ Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovados sob o Parecer nº 328.159 para a edição de 2013 e sob o Parece nº 3.529.376 para a edição de 2019.

5 RESULTADOS

De acordo com os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada nos anos de 2013 e 2019, observou-se que a prevalência de utilização das PICS pela população brasileira foi de 4,58% e 5,64% respectivamente (Gráfico 3). Isso indica que, em seis anos, houve um incremento de 1,06 pontos percentuais na taxa de realização de alguma prática integrativa.

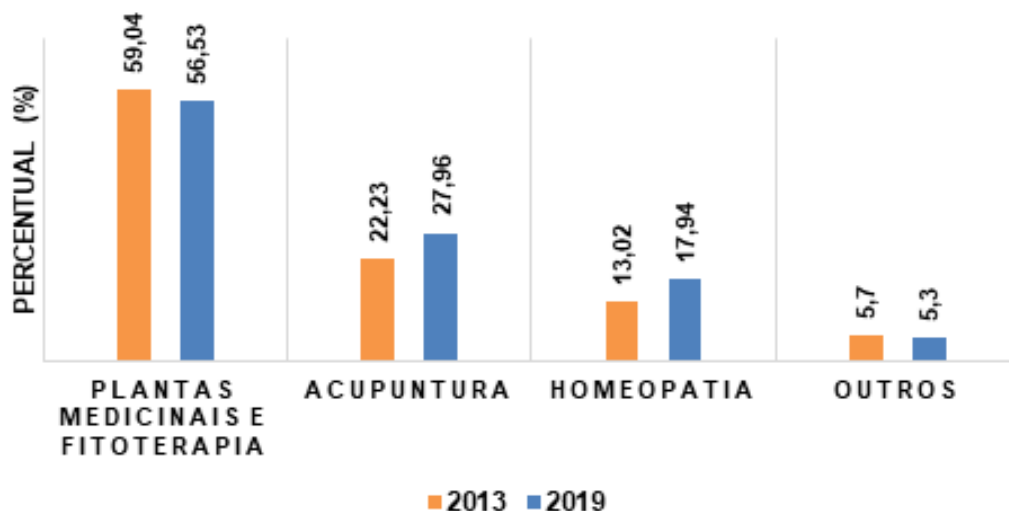
Gráfico 3 - Percentual de utilização das PICS segundo resultados da Pesquisa Nacional de Saúde nos anos de 2013 e 2019



Fonte Dados da pesquisa (2023).

As práticas mais utilizadas segundo os resultados da pesquisa nos anos de 2013 e 2019, conforme apresenta o gráfico 4, foram Planta Mediciniais (59,04% e 56,53%), seguida de Homeopatia (22,23% e 27,96%) e a Acupuntura (13,02% e 17,94%), respectivamente, nos anos de 2013 e 2019.

Gráfico 4 - Percentual de tipos de PICS mais utilizadas segundo resultados da Pesquisa Nacional de Saúde nos anos de 2013 e 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Para o ano de 2019, as práticas utilizadas foram descritas com mais detalhes, conforme apresenta a tabela 2, com destaque para meditação, quarta prática mais utilizada, vindo logo após as três supracitadas, relatada em 12,08% dos casos.

Tabela 2 - PICS utilizadas em 2019

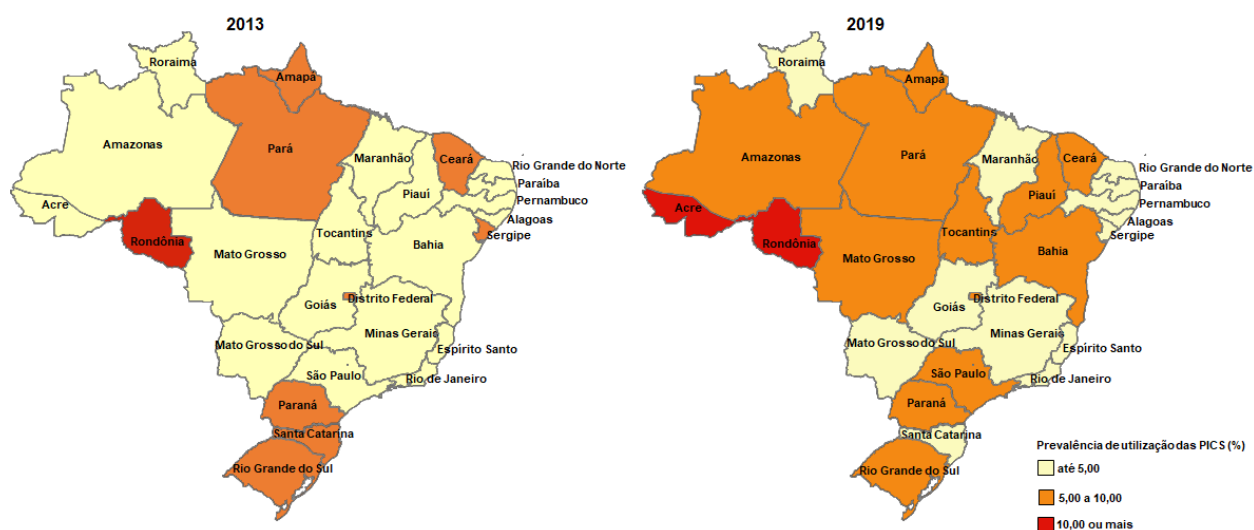
Plantas Medicinais	56,53%
Acupuntura	27,96%
Homeopatia	17,94%
Meditação	12,08%
Yoga	7,98%
Auriculoterapia	6,28%
Outras PICS	5,30%
Terapia Comunitária	1,66%
MTC Corporais (Medicina Tradicional Chinesa)	1,16%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Com relação à utilização das PICS nos estados brasileiros, nota-se, conforme ilustra a figura 2, que no ano de 2013 o estado de Rondônia apresentou a maior prevalência de utilização de PICS (acima de 10%), seguido dos estados do Amapá, Pará, Ceará, Sergipe, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Distrito Federal (com prevalência entre 5% e 10%).

No ano de 2019, os estados de Rondônia (assim como em 2013) e Acre tiveram prevalência de utilização de PICS acima de 10%. Amapá, Pará, Ceará, Distrito Federal, Paraná e Rio Grande do Sul mantiveram prevalência entre 5% e 10%, assim como no ano de 2013. Além desses, Amazonas, Mato Grosso, Tocantins, Piauí, Bahia e São Paulo passaram a ter uma proporção de utilização das PICS na faixa entre 5% e 10% (Figura 2).

Figura 2 - Mapa temático da prevalência de utilização das PICS por estado e Distrito Federal segundo resultados da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013 e 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

De acordo com os resultados apresentados na tabela 3, 6,40% (2013) e 6,52% (2019) dos indivíduos realizaram o tratamento das PICS pelo SUS. Além disso, observa-se que 37,49% dos entrevistados pagaram pelo tratamento das PICS no ano de 2013, sendo que no ano de 2019, esse percentual passou para 45,0% dos indivíduos.

Tabela 3 - Tabela de frequência do percentual de PICS realizadas pelo SUS e se o indivíduo pagou pelo tratamento, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde nos anos (2013 e 2019)

O TRATAMENTO FOI PELO SUS?	2013	2019
SIM	6,40%	6,52%
NÃO	92,66%	93,43%
PAGOU PELO TRATAMENTO?	2013	2019
SIM	37,49%	45,0%
NÃO	62,51%	55,05%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Com relação à associação das características sociodemográficas com a utilização de PICS (Tabela 6), no ano de 2013, foram observadas maiores prevalências de utilização das PICS no sexo feminino (5,29%), na faixa etária dos idosos – 60 anos ou mais (5,37%), nas regiões Norte (7,03%) e Sul (6,26%), na zona rural (6,82%) entre aqueles com escolaridade de ensino superior (14,68%), viúvos (5,51%) e indígenas (10,14%). Em todos os casos essas diferenças foram estatisticamente significativas (valores- $p < 0,05$).

No ano de 2019 (Tabela 4), foi observado um padrão semelhante, com maior frequência de utilização das PICS (valores-p<0,05) para o sexo feminino (6,95%), na faixa etária dos idosos – 60 anos ou mais (6,61%), regiões também para o Sul (6,43%) e Norte (6,82%), escolaridade superior (11,56%) e raça indígena (8,5%). Houve diferença no ano de 2019 em relação a 2013, na comparação da utilização das PICS por estado civil e zona urbana/rural. Em 2019, o maior percentual de praticantes das PICS eram divorciados (7,42%), enquanto em 2013 o maior percentual foi entre viúvos (5,51%) e não houve diferença significativa para a zona urbana/rural no ano de 2019.

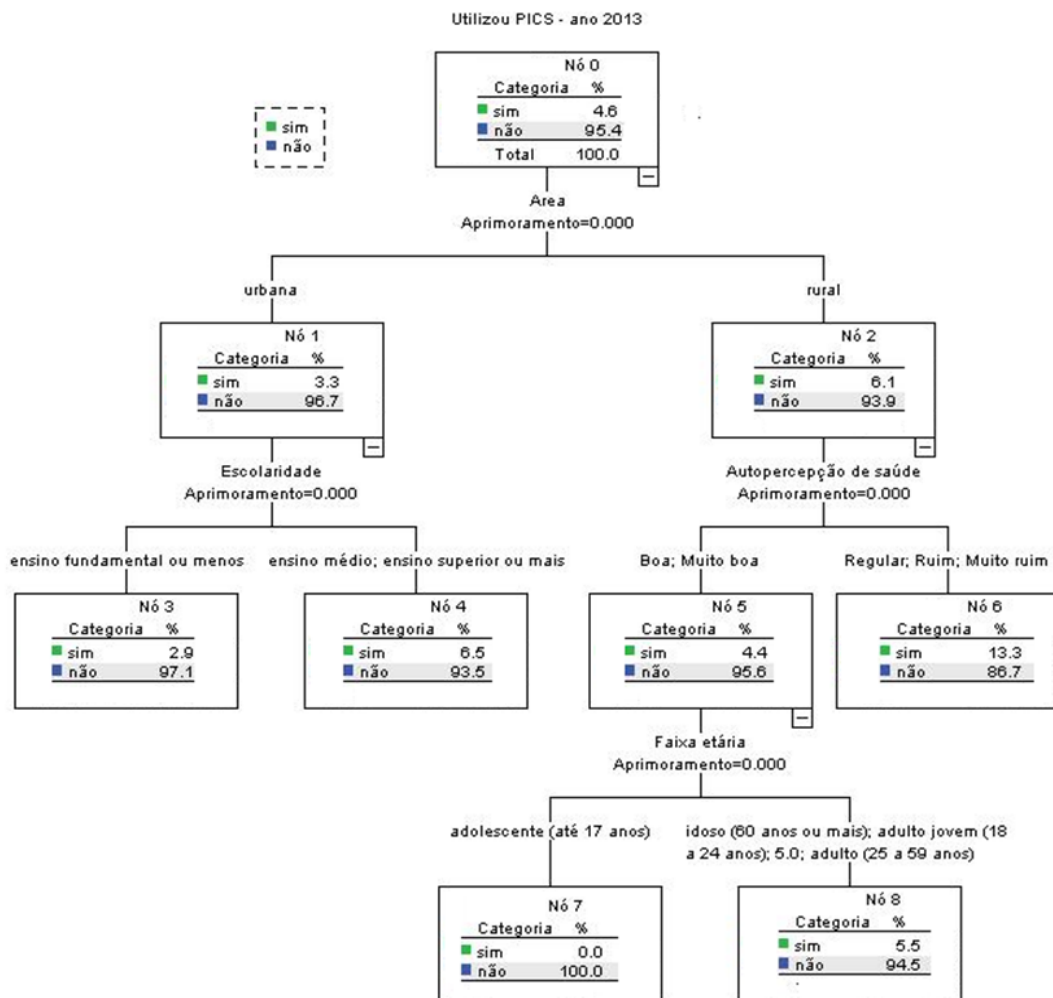
Tabela 4 - Associação entre variáveis sociodemográficas e a utilização das PICS entre os participantes da Pesquisa Nacional de Saúde nos anos 2013 e 2019

Variáveis	Amostra 2013		Amostra 2019	
	Prevalência de utilização das PICS	Valor-p	Prevalência de utilização das PICS	Valor-p
Demográficas				
Gênero		<0,001		<0,001
Masculino	3,67		4,18	
Feminino	5,29		6,95	
Idade (anos)		<0,001		<0,001
Adolescente (18-19 anos)	2,02		2,73	
Adulto Jovem (20-24 anos)	2,85		3,66	
Adulto (25-59 anos)	4,78		5,79	
Idoso (60 anos ou mais)	5,37		6,61	
Região		<0,001		0,005
Norte	7,03		6,82	
Nordeste	4,12		5,21	
Sudeste	3,95		5,59	
Sul	6,26		6,43	
Centro - Oeste	4,27		4,61	
Zona		<0,001		0,722
Urbana	4,22		5,66	
Rural	6,82		5,50	
Escolaridade		<0,001		<0,001
Ensino Fundamental	3,93		4,46	
Ensino Médio	7,78		4,20	
Ensino Superior	14,68		11,56	
Estado Civil		<0,001		<0,001
Casado	4,96		5,97	
Divorciado	4,91		7,42	
Viúvo	5,51		6,60	
Solteiro	3,94		4,80	
Raça		<0,001		<0,001
Branca	4,89		6,81	
Preta	4,19		4,62	
Amarela	6,94		8,01	
Indígena	10,14		8,50	

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Considerando os resultados da análise multivariada, conforme apresentado na figura 3, para o ano de 2013, os fatores que permaneceram associados à maior probabilidade de utilização das PICS foram residir em área rural, ter escolaridade de ensino médio ou mais, relatar autopercepção de saúde regular a muito ruim e faixa etária de 18 anos ou mais. As subdivisões da árvore indicam que o primeiro determinante da utilização das PICS em 2013 foi a área onde o entrevistado reside (urbana ou rural). Indivíduos que residem em áreas rurais e relataram saúde regular a ruim têm 13,3% de probabilidade de utilização das PICS. Para aqueles que vivem em áreas rurais e relataram saúde muito boa ou boa, a faixa etária é outro fator importante, ou seja, nesse nicho, indivíduos que possuem 18 anos ou mais, possuem 5,5% probabilidade de realizar alguma prática integrativa.

Figura 3 - Árvore de decisão (algoritmo CART) avaliando os fatores associados ao relato de utilização de PICS entre entrevistados brasileiros no ano de 2013



Fonte: Dados da pesquisa (2023).

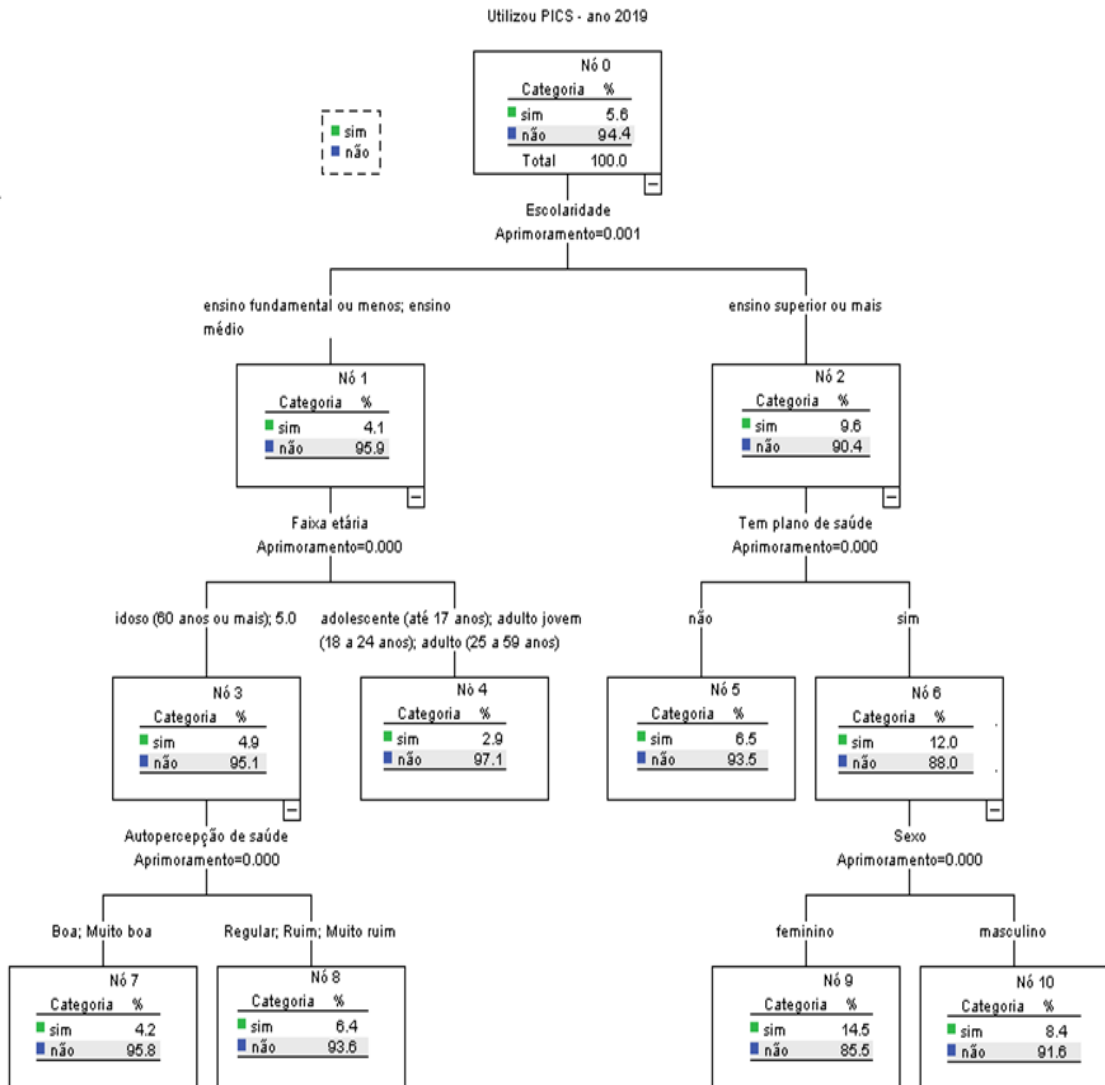
Por outro lado, entre os brasileiros residentes na zona urbana, para aqueles com baixa escolaridade (ensino fundamental ou menos), a probabilidade de utilização das PICS é de apenas 2,9%. Entre os residentes da zona urbana, com escolaridade nível médio ou mais, a probabilidade de utilização das PICS sobe para 6,5%.

Segundo os resultados apresentados na figura 4, para o ano de 2019, os fatores que permaneceram associados à maior probabilidade de utilização das PICS foram ter escolaridade superior ou mais, faixa etária de 60 anos ou mais, ter plano de saúde, relatar autopercepção de saúde regular a muito ruim e ser do sexo feminino.

As subdivisões da árvore indicam que o primeiro determinante da utilização das PICS em 2019 foi a escolaridade. Indivíduos com ensino superior ou mais, que tem plano de saúde e são do sexo feminino tem 14,5% de probabilidade de utilização das PICS. Para aqueles com ensino superior ou mais, que tem plano de saúde e são do sexo masculino, a probabilidade de utilização das PICS cai para 8,4%. Entre os entrevistados com escolaridade superior ou mais, mas que não têm plano de saúde a probabilidade de utilização das PICS cai para 6,5%.

Por outro lado, entre os brasileiros com escolaridade até ensino médio, nas faixas etárias até 59 anos, a probabilidade de utilização das PICS é de apenas 2,9%. Entre aqueles com escolaridade até ensino médio, na faixa etária de 60 anos ou mais e que relataram saúde regular a muito ruim, essa probabilidade aumenta para 6,4%. Com as mesmas características anteriores, mas relatando saúde boa ou muito boa a probabilidade diminui para 4,2%.

Figura 4 - Árvore de decisão (algoritmo CART) avaliando os fatores associados ao relato de utilização de PICS entre entrevistados brasileiros no ano de 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Se torna importante ressaltar que ambos os modelos propostos pela árvore de decisão (2013 e 2019) apresentaram bom ajuste, com risco de classificação incorreta de 0,039 para 2013 e 0,047 para 2019, indicando que o modelo prediz corretamente 96,1% e 95,3% dos dados, respectivamente.

6 DISCUSSÃO

Este trabalho retrata a prevalência e os fatores sociodemográficos associados ao uso das PICS, conforme os resultados obtidos pela Pesquisa Nacional realizada no Brasil nos anos de 2013 e 2019. Os principais resultados subsidiarão futuras premissas no âmbito da saúde pública brasileira.

Os primeiros resultados do presente estudo evidenciaram que entre os anos de 2013 e 2019, houve um aumento de utilização das práticas integrativas, de 4,58% para 5,64%.

Esse aumento, possivelmente, pode ocorrer pela influência da insatisfação com o modelo biomédico que apresenta limites em resolver problemas relacionados ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas, as degenerativas, além disso, à iatrogenia decorrente do excesso de exames e procedimentos, à contaminação corporal e ambiental associadas a agrotóxicos, aditivos químicos, poluição, etc., aos efeitos colaterais decorrentes da crescente medicalização, bem como ao aumento de usuários com sofrimento difuso, dentre outros (PELIZZOLI, 2014).

Tal perspectiva exige uma aproximação que inclua dimensões socioculturais e emocionais, em um envolvimento direto do paciente na promoção da sua cura. Trata-se de uma postura completamente diferente da adotada pela medicina alopática, que percebe a doença, principalmente, como resultante de um agente agressor externo, que precisaria ser radicalmente combatido (NAGAI; QUEIROZ, 2011).

Além das questões já mencionadas, a evolução das PICS no Brasil é reiterada por Contatore *et al.* (2015), devido: ao aumento da demanda causado pelas doenças crônicas; ao aumento dos custos dos serviços de saúde, levando à procura por outras formas de cuidado com a saúde; à insatisfação com os serviços de saúde existentes; ao ressurgimento do interesse por um cuidado holístico e preventivo; e aos tratamentos que ofereçam qualidade de vida quando não é possível a cura.

Outro resultado revelou que a região norte do Brasil, com o estado de Rondônia, foi considerada a região de maior prevalência de PICS no país, tanto nos anos de 2013 como em 2019. Tendo a região nordeste sendo incluída apenas no ano de 2019, quando os estados do Piauí e Bahia passaram a ter os valores de prevalência entre 5% e 10%.

Tais resultados, especificamente os das regiões do norte e nordeste do Brasil, são corroborados pelas desigualdades regionais nas condições de vida e de oferta de serviços de saúde, pelas iniquidades de acesso geográfico, insuficiência de profissionais de saúde e precariedade da rede física de unidades de saúde (BOUSQUAT *et al.*, 2017). Às limitações da

organização e oferta de serviços de saúde, associam-se a baixa renda e dispersão populacional que conjugados, resultam em barreiras ao acesso e utilização dos serviços de saúde, que penalizam, particularmente, as populações rurais (GARNELO, SOUSA, SILVA, 2017). Além dessas questões, outro motivo de obtenção de maior taxa de prevalência para essas regiões, se deve a existência de maiores concentrações populacionais de indígenas do país, norte (44,48%) e nordeste (31,22%), assumindo o protagonismo do cuidado da saúde.

Segundo Rocha *et al.* (2021), a atenção primária é preconizada para toda a população (acesso universal), entretanto, as barreiras encontradas para atender a população indígena acabam dificultando a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS. De acordo com Maia *et al.* (2021), além das dificuldades interculturais, as capacitações com enfoque em saúde indígena, de profissionais da saúde, são exíguas e, ainda, não contempla a diversidade cultural destes indivíduos.

Vale ressaltar que, os indígenas apresentam condutas e pensamentos particulares quanto à experiência da doença, além de noções singulares sobre saúde e terapêutica. Desse modo, as especificidades que o atendimento à população indígena apresenta, suas peculiaridades sociais, culturais e históricas que acabam afetando a organização da assistência prestada e, em consequência, as práticas de saúde. Quando se refere a assistência prestada pelos profissionais de enfermagem, as diferenças culturais ocasionam dificuldades com consequente separação das práticas de saúde tradicionais (MELO *et al.*, 2021). Devido à riqueza natural, social e cultural do Norte, pode ser provável que, nessa região, as PICS sejam desenvolvidas à margem do sistema público de saúde, pelos raizeiros, curandeiros, benzedeiros e xamãs, longe da formalidade do SUS e das unidades de saúde (BARBOSA *et al.*, 2019).

Destaca-se que a PNS, apesar de ser caracterizada como uma fonte de dados secundários, por se tratar de um inquérito de base domiciliar que capta dados para além dos dados oferecidos pelos serviços de saúde, constitui uma importante ferramenta de apoio ao planejamento em saúde do SUS e para a formulação de políticas públicas sociais integradas e articuladas, pois permite obter informações e estabelecer medidas consistentes sobre os determinantes, condicionantes e as necessidades de saúde da população brasileira, além de prover estimativas segundo a situação urbana/rural, as Grandes Regiões, as Unidades de Federação, os municípios das capitais e as regiões metropolitanas, possibilitando conhecer a realidade do acesso aos serviços de saúde e as condições de vida e saúde da população brasileira (MALTA *et al.*, 2021).

Ademais, outros fatores que merecem destaque, que além da dimensão amostral apreendida pela PNS e perfil da pesquisa (domiciliar), ela também possui registros que não são

notificáveis pelos sistemas de registros e monitoramentos do SUS, como por exemplo, no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e fichas Coleta de Dados (CDS) do e-SUS na Atenção Básica (AB) ou sistema próprio de acordo com as especificidades de cada prática para monitoramento e avaliação dos serviços ofertados ao usuário, ou seja, a PNS ao possuir uma grande variedade de informações nos permite incluir uma série de controles que podem estar relacionados à autoavaliação da saúde, por meio do controle das características socioeconômicas, demográficas, geográficas e de saúde, os resultados encontrados demonstram existir associação entre hábitos de vida saudáveis e a autoavaliação positiva da saúde (TRIARCA *et al.*, 2017), que não constam nos sistemas de registros do SUS.

No que tange as PICS com maior utilização no período compreendido pelo estudo, as de maiores índices foram às plantas medicinais e fitoterapia, acupuntura e homeopatia. O Brasil é um país com uma grande biodiversidade e as práticas integrativas e complementares no cuidado à saúde, como o uso de fitoterápicos e plantas medicinais, são aportes que fazem parte dessa particularidade. Além de ser um recurso natural, também é de baixo custo e, por vezes, cultivada pelos usuários dos serviços de saúde pública (GÓES; SILVA; CASTRO, 2019).

Barreto e Vieira (2015) demonstraram que, apesar dos profissionais perceberem a importância da inserção da fitoterapia no SUS, principalmente na Atenção Primária à Saúde, ainda não possuem conhecimentos suficientes para a correta prescrição e/ou orientação de fitoterápicos aos usuários. Observaram também que a fitoterapia é um tratamento alternativo e veem como principal dificuldade da inserção a questão política e a falta de capacitação dos profissionais de saúde. Posto isso, verifica-se o quanto é importante que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) contemple o fortalecimento da utilização das plantas medicinais e fitoterapia para o tratamento de agravos à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, contribuindo para o desenvolvimento da prática terapêutica fitoterápica no país (PEDROSO; ANDRADE; PIRES, 2021).

Cabe ressaltar que, em muitas partes do mundo, as práticas tidas integrativas e complementares são aceitas sem reservas e permanecem como o principal veículo de tratamento médico. Contudo, apesar de alguns desses métodos - como a Acupuntura, a Homeopatia e a Fitoterapia - terem recebido alguma aceitação das autoridades médicas ocidentais, a maioria ainda é marginalizada pela ciência (BATISTA, 2014), mesmo tendo sido institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por intermédio da PNPIC em 2006 (BRASIL, 2018). A maior parte dessas práticas baseia-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. Assim, as propostas de saúde influenciadas por essa

doutrina se caracterizam por serem não intervencionistas, mas focadas no indivíduo, mostrando eficazes na superação do modelo biomédico, excessivamente centrado na doença, na assistência curativa e intervenção medicamentosa (LUZ, 2011).

Outra Prática Integrativa Complementar que, segundo os resultados obtidos nas Pesquisas Nacionais dos anos de 2013 e 2019, obteve crescimento no sistema público, foi a acupuntura (2013: 22,23%; 2019: 27,96%). Embora seja uma terapia que, em sua origem, era exercida por pessoas sem formação específica, antes do século XIV, registros históricos comprovam que os índios brasileiros já praticavam técnicas rudimentares muito semelhantes à acupuntura clássica chinesa, antes da descoberta do Brasil pelos portugueses, por meio da inserção de espinhos no corpo (CONTATORE; TESSER; BARROS, 2018). Verifica-se que no longo da última década, a acupuntura vem se estabelecendo no Sistema Único de Saúde (SUS), com ações integradas na perspectiva corpo-mente-espírito, legitimando-se no cuidado integral de caráter biopsicossocial (SALLE; SILVA, 2011) e, atualmente, no Brasil, ela se tornou aceita formalmente como especialidade por diversas categorias de profissionais de saúde, como enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, naturólogos, dentistas e médicos (BOUSFIELD *et al.*, 2023).

O terceiro maior índice de PICS obtida pela PNS foi a homeopatia que, apesar de apresentar percentual de utilização bastante inferior às plantas medicinais e fitoterapia e acupuntura, apresentou um incremento de 4,92 pontos percentuais na comparação entre 2019 e 2013. No entanto, na área médica e acadêmica, a homeopatia ainda é fonte de muita controvérsia, argumentos fundamentados em vivências, observações clínicas cuidadosas e experimentações controladas se misturam a crenças e preconceitos, gerando desinformações (DANTAS, 2023). O mesmo autor cita que a demonstração científica da eficácia e efetividade da terapêutica homeopática, em especial nos problemas de saúde mais comuns e relevantes, continua a ser o ponto crucial que dificulta o uso mais extenso da terapêutica homeopática entre a comunidade médica e o público usuário bem como sua recomendação mais explícita nos serviços públicos de saúde.

Por exemplo, no estado do São Paulo, apesar da existência da demanda dessa prática na saúde pública e sendo de baixo custo, a homeopatia enfrenta entraves à adesão, tanto da classe médica como da população, por falta do conhecimento, contratação de médicos homeopatas, priorização de outras especialidades e, sobretudo, o preconceito carregado pela novidade que foge do convencional (SILVA, 2023).

Além da notoriedade das três PICS com maiores índices de prevalência citadas, outro enfoque a ser considerado corresponde ao percentual de PICS realizadas pelo SUS e se elas

foram remuneradas pelo Sistema Único de Saúde. Verificou-se que de 2013 (6,40%) para 2019 (6,52%) ocorreu um aumento de 0,12 pontos percentuais para as práticas realizadas pelo SUS. Uma hipótese para a o baixo progresso de utilização das PICS pelo SUS são os principais desafios vivenciados pelos secretários de saúde referentes à gestão das PICS, como a necessidade de capacitação profissional para a execução das práticas integrativas, a deficiência de recursos materiais e o aspecto financeiro (VIEIRA; MARTINS FILHO, 2022).

Observa-se que há um subfinanciamento para a efetiva implementação e oferta de tais práticas nos serviços do SUS, apesar de passada uma década da publicação da PNPIC (SOUSA *et al.*, 2017). A pouca ou ausente valorização das PIC pelos gestores e demais membros da equipe torna-se mais um elemento que contribui para a periferização das PIC na APS no SUS (RANDOW, *et al.*, 2016). A questão do financiamento é uma problemática na estruturação da política de PICS nos serviços, pois a PNPIC foi aprovada sem a dotação de orçamento próprio da União aos municípios (COSTA *et al.*, 2020) e estratégias para captação de outros recursos financeiros para subsidiar a implantação ainda não estão bem fundamentadas, dificultando, assim, o desenvolvimento das PICS, principalmente na APS (SOARES, PINHO, TONELLO, 2020). Paralelamente, dos indivíduos que responderam as pesquisas, 37,49% alegam ter pagado pelo tratamento (IBGE, 2013) e 45,0% (IBGE, 2019), ou seja, no transcorrer do tempo verificou-se um aumento de 7,51 pontos percentuais de indivíduos custeando seu tratamento.

Nota-se que, em ambos anos de aplicação dos inquéritos de saúde, a maioria dos participantes era do sexo feminino, o que condiz com a literatura que aponta que as mulheres como mais propensas ao cuidado com a saúde, seja pela socialização que elas recebem desde cedo, para reproduzirem e consolidarem os papéis que as tornam responsáveis, quase que exclusivamente, pela manutenção das relações sociais (de cuidados) e pela prestação de serviços aos outros (GOMES, NASCIMENTO, ARAUJO, 2007).

Na perspectiva da saúde da mulher, a população feminina utiliza mais frequentemente dos serviços de saúde. Assim, as PICs trazem para elas esses benefícios, visto que o ser mulher possui diferentes transformações corporais e mentais durante toda a sua vida (SILVA *et al.*, 2016). O autor revela que, além de promover bem-estar, é uma forma não farmacológica de tratar desconfortos durante o período gravídico-puerperal. Por essa fase ser caracterizada por diversos desconfortos que são vivenciados pela maioria das gestantes, recomenda-se utilizar essas práticas não medicamentosas, com o intuito de minimizar essas sensações. Nesse sentido, a prática vem contribuir para um equilíbrio fisiológico e emocional das mulheres. Além do mais, as PICs têm a capacidade de tornar as dores das contrações de parto mais suportáveis, ou seja, não há uma melhora total com relação essa dor, porém, permite que a gestante possa seguir

com o trabalho de parto o mais natural e fisiológico possível, se concentrando naquele momento que é o mais importante, o nascimento de um filho (BORGES, MADEIRA, AZEVEDO, 2011).

Porém, se faz relevante ressaltar que a baixa presença da população masculina nos ambientes de atendimento a atenção primária à saúde e o olhar receoso a esse serviço, ocorre, em parte, devido ao homem, na crença de invulnerabilidade, acreditar que adoecer não seja algo peculiar a ele e, na observação de que os serviços de atenção primária à saúde não são adequados aos homens, visto que suas ações são voltadas prioritariamente aos grupos de idosos, mulheres, adolescentes e crianças, favorecendo ainda mais a invisibilidade e distanciamento da população masculina (BRASIL, 2009b).

Quanto à perspectiva da idade, observou-se que, nos dois períodos da pesquisa, os indivíduos com 60 anos ou mais apresentaram maiores prevalências de utilização de PICS. Nota-se que, na terceira idade, tem-se, progressivamente, mudanças fisiológicas, sociais e comportamentais, caracterizando um processo que é vivenciado de modo singular, por existir aqueles que chegam nessa fase sem que haja mudanças bruscas no corpo, no seu papel da sociedade e nem lidar com a ausência de afetividade tendo um envelhecimento saudável (BERNARDES *et al.*, 2021). Entretanto, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de anos vividos com incapacidade pela população com mais de 80 anos aumentou, aproximadamente, 77% na última década e meia (BERNARDES *et al.*, 2021). Com isso, a grande maioria da população idosa possui alguma limitação motora, intelectual ou são acometidos por alguma patologia e, em alguns casos, são deprimidos pela sociedade, lidam com a falta do respeito e afetividade. Assim, destaque-se a criação de políticas públicas voltadas à esta população, bem como promoções de saúde que asseguram que o processo de envelhecimento seja vivenciado de forma saudável, independente de suas limitações, doenças, subjetividade, economia ou políticas (LIMA *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Nessa perceptiva, intervenções considerando a capacidade funcional desse idoso, possuindo alguma limitação fisiológica, mental ou social, instiga que o profissional da saúde busque novas estratégias para assegurar a qualidade de vida e um envelhecimento saudável. Portanto, a implementação das terapias alternativas, especialmente a arteterapia, jogos cognitivos e educacionais, são metodologias eficazes, demonstrada por intermédio de estudos e práticas que delimitam sua eficiência terapêutica e viabilidade econômica (LESS; SEHNEM, 2018), visto que a maioria dos idosos se encontram em ILPI e/ou instituições filantrópicas que podem ser adaptadas para realidade local (POLLO *et al.*, 2019). Os benefícios disponibilizados pela realização cotidiana das práticas integrativas por pessoas idosas são inúmeros. Os autores apontam para a melhora da autoestima, aumento da disposição, do convívio social,

fortalecimento das estruturas ósseas e musculares, além de redução do consumo medicamentoso, uma vez que, são inseridos meios naturais no cuidado à saúde, evitando o consumo de substâncias não existentes na natureza (GLASS; LIMA; NASCIMENTO, 2021). Além disso, considera-se que o envelhecimento favorece o aumento do uso de medicamentos, principalmente uma associação de vários fármacos para as comorbidades que apresentam nesse período da vida. Assim, as PICS possuem o intuito de auxiliar esta gama de usuários na redução, seja ela na associação ou no uso da quantidade de medicação contínua, favorecendo uma melhor qualidade de vida da população senil (VENCESLAU, 2014).

Quanto ao nível de escolaridade - ensino superior - associado à utilização das PICS para ambos os anos da pesquisa, pode ser inferido que indivíduos com maior nível educacional, em geral, apresentam menores taxas desemprego, renda mais elevada, mais acesso a serviços de saúde e um letramento maior em saúde quando comparados a indivíduos com menos anos de estudo. Essas características poderiam levar a um maior conhecimento sobre as PICS e conseqüentemente maior utilização das mesmas (BARATA, 2009; ZAJACOVA; LAWRENCE, 2018).

A predominância da utilização das PICS pela etnia indígena (em 2013 e 2019), pode ser justificada, devido às suas características particulares, como sua própria maneira de pensar e agir, integrando um sistema próprio no processo saúde-doença, manifestando de modo empírico, destinando ao significado etiológico da doença respostas distintas para sua existência (BERTANHA *et al.*, 2012), ou seja, além da sua concepção sobre saúde-doença, a população indígena enfrenta infinitos obstáculos para o recebimento de assistência à saúde, como por exemplo, a barreira linguística entre os profissionais de saúde e a comunidade indígena (MARTINS, 2017), conseqüentemente, precisando adotar recursos a fim de minimizarem o processo de adoecimento do seu povo, por meio do uso das prática integrativas.

O saber em saúde indígena é o que existe de mais ancestral e nativo na cultura brasileira, revelando a importância dessas práticas milenares que não dependem de novas culturas ou métodos diferentes. O conhecimento popular não é baseado em suposições, mas restaura a tradição de cura e costumes, por meio de experiências positivas com ervas, rezas, rituais ou costumes repassados entre as gerações (COSTA *et al.*, 2016). “As práticas aplicadas pelos povos indígenas têm como intuito promover, proteger e recuperar a saúde, sendo constituídas a partir de diferentes saberes fundamentados no contexto de sua própria medicina tradicional. O agrupamento desses saberes e práticas terapêuticas não apenas auxiliam na melhora do estado de saúde, mas ajudam a formar a identidade das pessoas, estruturando suas particularidades.” (EL KADRI *et al.*, 2021, p. 39). É em meio a floresta que os indígenas encontram soluções para

as doenças e suas necessidades de autocuidado. A prática medicamentosa e o uso de remédios caseiros auxiliam nas doenças e promovem o “saber” sobre o ecossistema onde vivem.

O conhecimento indígena é determinado como a junção de crenças e conhecimentos que são passados de uma geração para outra, por meio da transmissão cultural no que se refere a relação entre o ser humano e o ambiente (GAUDÊNCIO; MARTINS; RODRIGUES, 2020). Os saberes, os costumes, os rituais e a energia das plantas medicinais, são oriundos da observação, da utilização, aperfeiçoamento e da transmissão desse conhecimento por intermédio da oralidade, por vezes da escrita dos mais velhos para os mais jovens nas comunidades indígenas. As populações indígenas seguem com o conhecimento profundo da utilização das plantas para a saúde, a partir das folhas, cascas, raízes, flores, frutos, sementes, juntamente com cipós, taquaras, entre outros, que formam a base da medicina indígena. As essas medicinas se acrescentam as argilas, gorduras de animais, a água, as pedras e o profundo conhecimento “intenso” e sagrado que os indígenas conferem à natureza (IGNÁCIO *et al.*, 2020).

Considerando a distribuição das PICS por área de residência, observou-se que em 2013 a maior taxa (6,82%) encontrava-se na área rural, sendo válido destacar que no contexto rural, o uso das PICS é mais disseminado, uma vez que diversas terapias tiveram origem no conhecimento empírico ou popular (SHUMER *et al.*, 2014). O conhecimento popular é baseado em crenças pessoais e culturas locais, mas o panorama dessa população mostra muitas desigualdades socioeconômicas e de saúde, visto que a área rural pode oferecer uma maior vulnerabilidade para seus residentes (URSINE; PEREREIRA; CARNEIRO, 2018; CEOLIN *et al.*, 2009).

Os moradores das áreas rurais são mais vulneráveis devido a sua baixa escolaridade, dificuldade no transporte e de acesso aos serviços de saúde (COIMBRA JÚNIOR., 2018). Estudos revelam que a população rural usa medicamentos tradicionais para suas necessidades básicas pelo fato de serem mais acessíveis, estarem disponíveis e terem baixo custo (ZAMAWÉ *et al.*, 2018; AGHAJI; EZEOME; EZEOME, 2018), assim, a fitoterapia tem seu amplo uso nas populações rurais com medicamentos testados para suas finalidades e eficazes para diversos fins (AGHAJI; EZEOME; EZEOME, 2018). Quanto ao ano de 2019, a maior taxa de utilização de PICS foi a área urbana (5,66%) e presume-se que há influência das migrações populacionais, por exemplo, dos jovens que possuem conflitos entre os desejos de permanecer e as necessidades de qualificação, trabalho e qualidade de vida para os jovens na própria comunidade de origem (SILVA; COSTA, 2020) e mudam do campo para as cidades. Outro motivo da modificação do perfil da área praticante consiste na realização das feiras que figuram

os locais onde os usuários no mundo urbano têm acesso garantido às plantas medicinais para que sejam consumidos como medicamentos e em práticas religiosas. São, portanto, espaços de interseção entre o rural e o urbano, nos quais conhecimentos diversos, às vezes, marcados por diferentes ontologias, se tocam e se entrecruzam (SOARES *et al.*, 2023).

Quanto ao percentual de utilização das PICS ser maior nas pessoas que possuem a autopercepção de saúde regular, ruim e muito ruim observado, situação semelhante foi identificada em um estudo que buscou verificar a utilização das PICS por Agentes Comunitários de Saúde atuantes nas equipes de Saúde da Família no município de Montes Claros - MG, em que a autopercepção negativa do estado de saúde foi referida por 48,9% dos participantes (LIMA *et al.*, 2018).

Quanto ao percentual de utilização das PICS ser maior no perfil de pessoas que possuem plano de saúde, pode ser possível que a carência de recursos humanos capacitados no SUS seja algo a se considerar, pois Azevedo *et al.*, (2019) relatam que a assistência oferecida pelos profissionais no SUS ocorra de forma insuficiente em relação à alta demanda, fazendo com que os serviços necessitem refletir sobre a ampliação dos atendimentos e melhoria do planejamento operacional. Observa-se a importância, tanto os serviços de PICS como a rede de serviços públicos, de forma geral, se estruturarem, para que seja possível oferecer aos usuários tudo aquilo que está disposto na PNPIC. Dessa forma, possibilita que os serviços atinjam o seu maior potencial de ação, favorecendo as atividades de promoção da saúde, no qual, em sua maioria, as PICS estão inseridas, fazendo com que sejam ampliadas a integralidade das ações e o acesso universal às atividades (HABIMORAD *et al.*, 2020). Em uma pesquisa realizada com o objetivo de avaliar a acessibilidade dos usuários às PICS na Rede de Atenção Primária de Saúde de Porto Alegre destacam-se alguns relatos:

Boa vontade dos profissionais dessa área, quando chega na parte da gestão, depois logo corta, com a demanda vai tirando os funcionários, se afastam, daí não tem mais, já se renovou o pessoal, gostaria de fazer, mas, como é caro, então a gente faz só quando a necessidade é muito grande, se o SUS ofertasse para a gente, no nosso posto de saúde seria muito bem-vindo. Não acredito que a secretaria municipal de saúde vá botar isso em prática, a maior parte dos médicos não acreditam nisso (BENITES; BONAMIGO, 2022, p. 38)

Por fim, como limitações deste estudo, relacionam-se as subnotificações dos sistemas de informações de saúde para mensuração das PICS realizadas no Sistema Único de Saúde e do déficit de investigações e pesquisas acerca dos custos de efetividade das PICS para a gestão pública. No entanto, tais limitações não invalidaram a relevância do estudo, pois, apesar delas, foi possível ter uma noção geral acerca da evolução da utilização das PICS bem como de sua potencialidade. Outra limitação encontrada é que a maioria das informações utilizadas no

modelo é autoreportada e, ao serem respondidas, estão sujeitas ao viés de memória e informação.

Ainda assim, apesar das limitações, este estudo fornece uma importante contribuição a gestão em saúde pública, conseqüentemente, espera-se que esta dissertação venha contribuir para os gestores em suas ações em prol da promoção da saúde do usuário e que todas as informações apresentadas possam fomentar novas produções técnicas e científicas, a fim de suscitar a disseminação e o fortalecimento das PICS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da realização desta pesquisa foi possível verificar a evolução da utilização das PICS, a distribuição espacial por regiões brasileiras, aquelas de maior prevalência, bem como caracterizar o perfil sociodemográfico com a sua utilização e as seguintes variáveis: sexo feminino, ensino superior, etnia indígena, residente na área rural, com autopercepção de saúde regular ou ruim ou pessoas que possuam planos de saúde.

Também em complementação aos objetos principais deste trabalho, se torna oportuno reiterar que, apesar da instituição da PNPIC no Brasil há 17 anos, o quantitativo de grupos de pesquisa e de produções com evidências robustas sobre as PICS ainda é escasso, o que é prejudicial ao avanço da implementação e utilização das práticas integrativas e complementares. Logo, mediante aos resultados encontrados, foram identificados os principais entraves quanto à ampla disseminação das PICS pelo país assim como o intenso potencial a ser contemplado nacionalmente.

Nesse sentido, primeiramente, se faz fundamental reafirmar, continuamente, o lugar que as PICS ocupam na prevenção e promoção da saúde no SUS com métodos naturais, de baixo custo e com eficácia. Para tal, multiprofissionais e pesquisadores devem, cada vez mais, promover pesquisas que materializem e explicitem, tanto os benefícios das PICS para a saúde do usuário, quanto os custos diretos e indiretos aos gestores públicos, pois são eles que decidem, coordenam, estruturam a sua implantação no SUS, bem como a sua manutenção, nas esferas municipais, estaduais e federal.

Dessa forma, cabe destacar que, somado aos resultados das Pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e de 2019, as análises realizadas neste trabalho iteram que, apesar deste acréscimo do número de praticantes, se mostrou indubitável a necessidade de maior participação dos gestores públicos nas políticas públicas de saúde orientadas a ampla divulgação, legitimação, implantação e acompanhamento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Ademais, similarmente, é fundamental que o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação impulsionem investigações, pesquisas e reflexões acerca das Práticas Integrativas e Complementares e seus possíveis benefícios à saúde da população brasileira.

Portanto, além dessas ações, também tem-se como primordial a aplicabilidade da gestão política no que se refere à destinação dos recursos organizacionais, como por exemplo, o financeiro, a fim de que, com a realização de uma gestão coparticipativa com os municípios, ocorra a corroboração das políticas de PICS.

REFERÊNCIAS

2

- AGHAJI, A. E.; EZEOME, I. V.; EZEOME, E. R. Evaluation of content and cost of traditional eye medication in a resource-poor country—Implications for eye care practice and policy. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v. 21, n. 11, p. 1514-1519, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_201_18. Acesso em: 10 nov. 2023.
- AGUIAR, J.; KANAN, L. A.; MASIERO, A. V. Práticas integrativas e complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 1205-1218, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912318>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- ALMEIDA, V. **Possibilidades e limites de uma intervenção no ambiente de trabalho de servidores públicos na área da saúde: práticas corporais como estratégia de promoção da saúde**. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-26062012-104809/publico/VANESSA_ALMEIDA.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.
- ALVES C. M.; QUERINO, R. A. Práticas integrativas e complementares de saúde em Uberlândia, Minas Gerais: o processo de implantação na perspectiva dos trabalhadores. **Hygeia** [Internet], v. 15, n. 32, 149-163, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/Hygeia153246912>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- AZEVEDO, C.; MOURA, C. C.; CORRÊA, H. P.; MATA, L. R. F.; CHAVES, E. C. ; CHIANCA, T. C. M. Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico-assistencial. **Escola Anna Nery**, v. 23, N. 2, P. 1-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0389>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. (Temas em Saúde collection). 120 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2023.
- BARBOSA, F. E. S.; GUIMARÃES, M. B. L.; SANTOS, C. R.; BEZERRA, F. B.; TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Oferta de práticas integrativas e complementares em saúde na estratégia saúde da família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, N. 1, P. 1-13, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208818>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- BARRETO, B. B.; VIEIRA, R. C. P. Percepção dos profissionais de saúde sobre a inserção da fitoterapia na atenção primária à saúde. **Revista de APS**, v. 18, n. 2, p. 191-198, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15404> Acesso em: 16 nov. 2023.
- BATISTA, S. M. L. Educação Popular em Saúde: Sua Interface com as Práticas Integrativas e Complementares e Seus Caminhos para o Fortalecimento do SUS. In: BARRETO, A. F. (ORG.). **Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação**. Recife: UFPE, 2014. p. 175-182. Disponível em: http://www.neplame.univasf.edu.br/uploads/7/8/9/0/7890742/livro_praticas_integrativas_em

[sa%C3%BAde_versao_final.pdf](#). Acesso em: 20 nov. 2023.

BENITES, D. F.; BONAMIGO, A. W. Acessibilidade das práticas integrativas e complementares na rede de atenção primária de saúde, no âmbito da prática e do ensino. **Revista Brasileira de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**, v. 2, n. 3, p. 28-42, 2022. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/revista-praticas-interativas/article/view/1262>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BERNARDES, T. A. A. *et al.* Caracterização clínica e epidemiológica de idosos de uma instituição de longa permanência. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 3, p. 588-593, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4397/1207>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BERTANHA, W. F. F. CAVALCANTE, G. M. S.; CAVALCANTI, A. L.; ARRUDA, T. A.; D'AVILA, S. Atenção à saúde bucal nas comunidades indígenas: evolução e desafios: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 6, n. 1, p. 105-112, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10116>. Acesso em: 16 nov. 2023.

BORGES, M. R.; MADEIRA, L. M.; AZEVEDO, V. M. G. O. As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no Hospital Sofia Feldman. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 105-113, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-600150>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BOUSFIELD, A.P. S.; PADILHA, M. I.; BELLAGUARDA, M. L. R.; COSTA, R. A prática da acupuntura por enfermeiras: revisão integrativa. **História da Enfermagem: Revista Eletrônica (HERE)**, v. 14, p. 1-15, 2023. Disponível em: <https://here.abennacional.org.br/here/v14/a5.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2023.

BOUSQUAT, A. *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. 1-15, 2017. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>. Acesso em: 14 nov. 2023.

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 2006a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.002, de 13 de abril de 2017. Institui, no âmbito no Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da Pesquisa Nacional de Saúde 2018 – PNS/2018. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1002_10_05_2022.html. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no 2.350, de 5 de outubro de 2011. Institui, no âmbito no Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). **Diário Oficial da União, Brasília** (DF), 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2350_05_10_2011.html. Acesso em:

10 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas complementares no SUS**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2018. Disponível em: Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Departamento de ações programáticas e Estratégias, 2009a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2006b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 3. ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica**. Brasília-DF: Departamento de Atenção Básica, 2013. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_a_passo_dab.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Departamento de Atenção Básica. 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde – PNPIC**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pics/Relatorio_Monitoramento_das_PI_CS_no_Brasil_julho_2020_v1_0.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório do 1º seminário internacional de práticas integrativas e complementares em saúde – PNPIC**. Brasília: . Departamento de Atenção Básica, 2009b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_praticas_integrativas_complementares_saude.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.

BREIMAN, L. **Classification and Regression Trees, Pacific Grove**: Wadsworth. Breiman Classification and Regression Trees. New York: Routledge, 1984.

CAVALCANTI, F. *et al.* Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: histórico, avanços, desafios e perspectivas. In: BARRETO, A. F. (ORG.). **Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação**. Recife: UFPE, 2014. P. 140-153. Disponível em:

http://www.neplame.univasf.edu.br/uploads/7/8/9/0/7890742/livro_praticas_integrativas_em_sa%C3%BAde_versao_final.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

CEOLIN, T. *et al.* Plantas medicinais utilizadas como calmantes por agricultores ecológicos da região Sul do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 3, n. 4, p. 1034-1041, 2009. Disponível em: Acesso em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1032801>. 10 nov. 2023.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Saúde rural no Brasil: tema antigo mais que atual. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/XZXTsF3z95y56jZ3tZ7BDsp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 nov. 2023.

CONTATORE, O. A. *et al.* Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, N. 10, p. 3263-3273, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.00312015>. Acesso em: 10 nov. 2023.

CONTATORE, O. A.; TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicina chinesa/acupuntura: apontamentos históricos sobre a colonização de um saber. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 3, p. 841-858, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000400013>. Acesso em: 16 nov. 2023.

COSTA, A. S. A.; COSTA, A. S. V.; CORDEIRO, E. C.; LIMA, R. A. LOPES, S. C. N.. Between local and national: contemporary challenges in the management of the national policy of integrative and complementary health practices directed to primary care, in the city of São Luís-MA. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 4, p. 17072-17085, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n4-032>. Acesso em: 10 nov. 2023.

COSTA, F. A. S.; CATANIO, P. A. G.; ARAGÃO, A. E. A.; PONTE, H. M. S.; ARAÚJO, L. M. Práticas populares em saúde indígena e integração entre o saber científico e popular: revisão integrativa. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 2, 2016. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1045>. Acesso em: 10 nov. 2023.

DACAL, M. P. O.; SILVA, I. S. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 724-735, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811815>. Acesso em: 10 nov. 2023.

DAMACENA, G. N. *et al.* **O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 24, n. 2, p. 197-206, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200002>. Acesso em: 10 nov. 2023.

DANTAS, F. Homeopatia e racionalidade médica. **Revista de Homeopatia**, v. 84, n. 1, p. 39-46, 2023. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/04/1425551/aph-revista_84-nr_1-artigo-4-p39a46-atualiz345.pdf. Acesso em: 16 nov. 2023.

DONADEL, Guilherme *et al.* **Safety Investigations of Two Formulations for Vaginal Use Obtained from *Eugenia uniflora* L.** Leaves in Female Rats. *Pharmaceuticals*, v. 15, n. 12, 1567-1580, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ph15121567>. Acesso em: 10 nov. 2023.

EL KADRI, M. R. *et al.* **Bem Viver: Saúde Mental Indígena.** Porto Alegre: Rede Unida, 2021. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Bem-viver-Saude-Mental-Indigena.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2023.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. O. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1225-1234, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>. Acesso em: 16 nov. 2023.

GAUDÊNCIO, J. S.; MARTINS, D. R.; RODRIGUES, S. P. J. Indígenas brasileiros e o uso das plantas: saber tradicional, cultura e etnociência. *Khronos*, n. 9, p. 163-182, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/khronos.v0i9.171134>. Acesso em: 10 nov. 2023.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. supl 2, p. 1-21, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118816>. Acesso em: 10 nov. 2023.

GLASS, L.; LIMA, N. W.; NASCIMENTO, M. M. Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde do Brasil: disputas político-epistemológicas. *Saúde e Sociedade*, v. 30, n. 2, p. 1-21, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200260>. Acesso em: 10 nov. 2023.

GODIM, F. S. S.; CAMPOS, M. O.; FLOORES, T. R.; FRANÇA, G. V. A.; MEDEIROS, A. C. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: avanço no monitoramento da saúde dos brasileiros. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/XfXHbXZcrXJXLFqLHYHt55f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2023.

GOÉS, A. C. C.; SILVA, L. S. L.; CASTRO, N. J. C. Uso de plantas medicinais e fitoterápicos: saberes e atos na atenção primária à saúde. *Rev. Aten. Saúde*, v. 17, n. 59, p. 53-61, 2019. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/download/5785/pdf/18794. Acesso em: 13 nov. 2023.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>. Acesso em: 10 nov. 2023.

GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W. V.; LUNA, C. F.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; SZWARCOWALD, C. L. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. (Suppl.1), p. 109-118, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000700012>. Acesso em: 10 nov. 2023.

HABIMORAD, P. H. L. *et al.* Potencialidades e fragilidades de implantação da política

nacional de práticas integrativas e complementares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 395-405, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.11332018>. Acesso em: 10 nov. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos familiares: 2008–2009**. Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil, 2011. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=250063&view=detalhes>. Acesso em: 10 nov. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento e Gestão, 2014. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/03/Pesquisa-Nacional-de-Sau%CC%81de-2013-percepc%CC%A7a%CC%83o-do-estado-de-sau%CC%81de-estilos-de-vida-e-doenc%CC%A7as-cro%CC%82nicas.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013**: indicadores de saúde e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento e Gestão, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=297329>. Acesso em: 10 nov. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde**: manual de entrevista. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento e Gestão, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?id=55591&view=detalhes>. Acesso em: 10 nov. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2019. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101748>. Acesso em: 10 nov. 2023.

IGNÁCIO, Z. M.; ONÇAY, S. T. V.; FAGUNDES, J. R.; BERTOLLO, A. G.; CADETE, S. D. Educação popular e saúde: o cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais na cultura indígena kaingang. *In: Educação popular e saúde: o cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais na cultura indígena kaingang*. 2020. p. 92-92. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Livro-O-cuidado-em-sa%C3%BAde-com-o-uso-de-plantas-medicinais-na-cultura-ind%C3%ADgena-Kaingang.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2023.

JUSTO, C. A crise do modelo biomédico e a resposta da promoção de saúde. **Rev Portuguesa Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 117-118, 2010. Disponível em: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-a-crise-do-modelo-biomedico-S0870902510700018>. Acesso em: 13 nov. 2023.

LESS, L. A.; SEHNEM, S. B. Terapias alternativas e a saúde pública. **Pesquisa em Psicologia-Anais Eletrônicos**, p. 219-238, 2018. Disponível em: https://periodicos.unoesc.edu.br/pp_ae/article/view/19178. Acesso em: 13 nov. 2023.

LIMA, A. M. C.; PIAGGE, C. S. L. D.; SILVA, A. L. O.; ROBAZZI, M. L. C. C.; MÉLO, C.

- B.; VASCONCELOS, S. C. Tecnologias educacionais na promoção da saúde do idoso. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 4, p. 87-94, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3277/956>. Acesso em: 13 nov. 2023.
- LIMA, K. M. S.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface**. v. 18, n. 49, p. 261-72, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0133>. Acesso em: 13 nov. 2023.
- LIMA, Cássio de Almeida et al. Práticas integrativas e complementares: utilização por agentes comunitários de saúde no autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2682-2688, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0078>. Acesso em: 13 nov. 2023.
- LUZ, M. T. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis, 2012. p. 15-24.
- 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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311997000100002>. Acesso em: 13 nov. 2023.
- MAIA, A. S.; NASCIMENTO, E. M.; CARVALHO, T. P.; SOUSA, C. G. Os desafios da enfermagem na atenção integral à saúde dos povos indígenas. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 2, p. 333-338, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4166/1139>. Acesso em: 14 nov. 2023.
- MALFAIA, L. M.; MAGALHÃES, G. M.; ALVIM, N. A. T. Implementação de práticas integrativas e complementares de saúde em instituições hospitalares do município do Rio de Janeiro: limites e possibilidades no cuidado de enfermagem. In: PESQUISANDO EM ENFERMAGEM, XVI., 2009, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311997000100002>. Acesso em: 13 nov. 2023.
- MALTA, D. C.; SZWARCOWALD, C. L.; STOPA, S. R.; RIOS NETO, L. G. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: sustentabilidade e continuidade do monitoramento da saúde da população brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 1-3, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/549720210001.supl.2>. Acesso em: 13 nov. 2023.
- MALTA, D. C.; FELISBINO-MENDES, M. S.; SILVA, K. L.; CHIANCA, T. C. M. Inquéritos populacionais e informações para análise e monitoramento da saúde da população brasileira. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 27, p. 1-2, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remem/article/view/42056/37218>. Acesso em: 13 nov. 2023.
- MALTA, D. C.; LEAL, M. C.; COSTA, M. F. L.; MORAIS-NETO, O. L. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro.

Rev. Bras. Epidemiol., v. 11, n. Supl. 1, p.159- 167, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500017>. Acesso em: 13 nov. 2023.

MATOS, P. C.; LAVERDE, C. R.; MARTINS, P. G.; SOUZA, J. M.; OLIVEIRA, N. F.; PILGER, C. Práticas integrativas complementares na atenção primária à saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 1-8, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.54781>. Acesso em: 10 nov. 2023.

MARTINS, J. C. L. **O trabalho do enfermeiro na saúde indígena**: desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, SP, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-29082017-152141/publico/JulianaClaudiaLealMartinsORIGINAL.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2023.

MEDEIROS, R.; LIMA, P. T. Acesso às terapias complementares cresce no SUS. **Einstein: Educ Contin Saúde**, v. 8, n. 1, p. 40-1, 2010.

MELO, J. S.; FREITAS, N. O.; APOSTOLICO, M. R. O trabalho em saúde coletiva da equipe de enfermagem brasileira no distrito sanitário especial indígena. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 2, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0116>. Acesso em: 16 nov. 2023.

MENDES, D. S.; MORAES, F. S.; LIMA, G. O.; SILVA, P. R.; CUNHA, T. A.; CROSSETTI, M. G. O.; RIEGEL, F. Benefits of integrative and complementary practices in nursing care/ Benefícios de las prácticas integrativas y complementarias en el cuidado de enfermería. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 1, p. 302–318, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3452>. Acesso em: 13 nov. 2023.

NAGAI, S. C.; QUEIROZ, M. S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1793-1800, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300015>. Acesso em: 13 nov. 2023.

NICOLETTI, M. A.; OLIVEIRA-JÚNIOR, M. A.; BERTASSO, C. C.; CAPAROSSI, P. Y.; TAVARES, A. P. L. Principais interações no uso de medicamentos fitoterápicos. **Infarma**, v. 19, n. 1/2, p. 32-40, 2007. Disponível em: <https://www.revistas.cff.org.br/infarma/article/view/222>. Acesso em: 16 nov. 2023.

OBSERVAPICS. **Ciência aberta em PICS**. Recife, 2020. Disponível em: https://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Relat%C3%B3rio_Grupos_CNPq_PICS_04.2020.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

OLIVEIRA, A. P. Z.; GROSS, C. B.; SCHNEIDER, R. H.; PILLATT, A. P. Fragilidade em idosos residentes em município de pequeno porte. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 24, n. 3, p. 101-114, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.86445>. Acesso em: 13 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência de Alma-Ata**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de

setembro de 1978. Brasília: UNICEF, 1979. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 13 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Rede MTCI das Américas. **Medicinas tradicionais, complementares e integrativas**. 2023 Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/medicinas-tradicionais-complementares-e-integrativas>. Acesso em: 13 nov. 2023.

PEDROSO, R. S.; ANDRADE, G.; PIRES, R. H. Plantas medicinais: uma abordagem sobre o uso seguro e racional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. 1-19, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310218>. Acesso em: 13 nov. 2023.

PELLIZZOLI, Marcelo L. **Visão histórica e sistêmica: bases para o paradigma integrativo em saúde**. 2014. Disponível em: https://www.academia.edu/es/52725415/Vis%C3%A3o_hist%C3%B3rica_e_sist%C3%AAmica_base_para_o_paradigma_integrativo_em_Sa%C3%BAde. Acesso em: 13 nov. 2023.

PEREA, D. F. *et al.* **Práticas integrativas e complementares na promoção da saúde: uma revisão integrativa**. Práticas Integrativas e Complementares: Visão Holística e Multidisciplinar. Guarujá: Editora Científica Digital, 2022. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/210805737.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2023.

PETTRES, A. A.; ROS, M. A. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 3, p. 183-196, 2018. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/375>. Acesso em: 13 nov. 2023.

POLLO, S. H. L.; ASSIS, M. Instituições de longa permanência para idosos-ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, p. 29-44, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2008.11014>. Acesso em: 13 nov. 2023.

RAMOS, M. S. D. **Práticas integrativas e complementares no SUS: uma análise a partir do PMAQ**. 2017. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFRS, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/178242>. Acesso em: 13 nov. 2023.

RANDOW, R.; CAMPOS, K. F. C.; ROQUETE, F. F.; SILVA, L. T. H.; DUARTE, V. E. S.; GUERRA, V. A. Periferização das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: desafios da implantação do Lian Gong como prática de promoção à saúde. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**. v. 29, n. Suppl., p. 111-17, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.sup.p111>. Acesso em: 20 nov. 2023.

ROCHA, E. S. C.; PINA, R. M. P.; PARENTE, R. C. P.; GARNELO, M. L. P.; LACERDA, R. A. Longitudinalidade e orientação comunitária na organização da Atenção Primária à Saúde em contexto indígena. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. 1-7. 2021. Disponível em: Acesso em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0872>. 16 nov. 2023.

SALLES, L. F.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem e as práticas complementares em saúde**. São Paulo: Yendis, 2011.

SANTOS, J. C.; SANTOS, D. K. C.; SILVA, W. A.; CRUZ, M. S.; MATOS, M. S. Uso das práticas integrativas e complementares por profissionais da atenção primária em saúde: desafios e potencialidades. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v. 5, n. 2, p. 1-7, 2022. Disponível em: <https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/555>. Acesso em: 10 nov. 2023.

SCHVEITZER, M. C.; ESPER, M. V.; SILVA, M. J. P. Práticas integrativas e complementares na atenção primária em saúde: em busca da humanização do cuidado. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 442-451, 2012. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/480>. Acesso em: 13 nov. 2023.

SHUMER, G. *et al.* Complementary and alternative medicine use by visitors to rural Japanese family medicine clinics: results from the international complementary and alternative medicine survey. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 14, n. 1, p. 1-10, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-360>. Acesso em: 13 nov. 2023.

SIMONI, C.; BENEVIDES, I.; BARROS, N. F. As práticas integrativas e complementares no sus: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. **Rev. Bras. Saúde Fam.**, v. 9, n. Especial, p. 70-76, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-60496>. Acesso em: 10 nov. 2023.

SILVA, M. F. Disponibilidade de medicamentos homeopáticos pelo sistema único de saúde no estado de São Paulo. **Revista de Homeopatia**, v. 84, n. 1, p. 74-76, 2023. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/1425556/aph-revista_84-nr_1-artigo-9-p74a76-atualizado-5mai23537.pdf. Acesso em: 16 nov. 2023.

SILVA, Flávio César Bezerra da et al. Uso da acupressão para minimizar desconfortos na gestação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 2, p. 1-7, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.54699>. Acesso em: 13 nov. 2023.

SILVA, G. K. F.; SOUSA, I. M. C.; CABRAL, M. E. G. S.; BEZERRA, A. F. B. ; GUIMARÃES, M. B. L. Política nacional de práticas integrativas e complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. 1-25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300110>. Acesso em: 13 nov. 2023.

SILVA-ARIOLI, I. G.; SCHNEIDER, D. R.; BARBOSA, T. M.; ROS, M. A. Promoção e Educação em saúde: uma análise epistemológica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, p. 672-687, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300012>. Acesso em: 13 nov. 2023.

SOARES, E. P. et al. A medicina da feira: conhecimentos e formas de uso de plantas medicinais por consumidores de uma feira amazônica (PA). **Interfaces Científicas-Humanas e Sociais**, v. 10, n. 1, p. 155-169, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2023v10n1p155-169>. Acesso em: 16 nov. 2023.

SOARES, R. D.; PINHO, J. R. O.; TONELLO, A. S. Diagnóstico situacional das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde do Maranhão. **Saúde em Debate**,

v. 44, p. 749-761, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012612>. Acesso em: 16 nov. 2023.

SOTO, A. **Medicinas complementarias en el sistema público de salud: experiencia de la 'Unidad de Salud del Trabajador' del Servicio de Salud Metropolitano**. 2009. 133 f. (Tesis para optar al Título de Antropólogo Social) – Facultad de Ciências Sociais, Universidad de Chile, Santiago, 2009. Disponível em: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/106155>. Acesso em: 13 nov. 2023.

SOUSA, L. A.; BARROS, N. F.; PIGARI, J. O.; BRAGHETTO, G. T.; KARPIUCK, L. B.; PEREIRA, M. J. B. Acupuntura no Sistema Único de Saúde: uma análise nos diferentes instrumentos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 301-310, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.10342015>. Acesso em: 16 nov. 2023.

SOUSA, I. M. C.; BODSTEIN, R. C. A.; TESSER, C. D.; SANTOS, F. A. S.; HORTALE, V. A. et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100014>. Acesso em: 13 nov. 2023.

SOUZA, C. R.; BOTAZZO, C. Construção social da demanda em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 393-413, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200005>. Acesso em: 13 nov. 2023.

SOUZA, E. F.; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 6, N. 2, p. 393-405, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702009000200007>. Acesso em: 13 nov. 2023.

SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; FREITAS, M. P. S.; ANTONACI, G. A.; SZWARCOWALD, C. L. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 207-216, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200003>. Acesso em: 13 nov. 2023.

STAROSTA, J. A.; ANJOS, M. C. R. “Cantos e saberes”: processo de construção de um documentário sobre plantas medicinais. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 14, n. 1, P. 1-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i1.1748>. Acesso em: 13 nov. 2023.

STOPA, S. R. *et al.* Pesquisa nacional de saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500004>. Acesso em: 13 nov. 2023.

SUMIYA, A. *et al.* Distribuição espacial das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Básica no Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 35, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0003-0757-2186>. Acesso em: 13 nov. 2023.

SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. B.R.; DAMACENA, G. N. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. **BMC Health Services Research**, v. 10, p. 1-7, 2010.

Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-217>. Acesso em: 13 nov. 2023.

SZWARCWALD, C. L.; MALTA, D. C.; PEREIRA, C. A.; VIEIRA, M. L. F. P.; CONDE, W. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Cien. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 333-342, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>. Acesso em: 13 nov. 2023.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos avançados**, v. 30, p. 99-112, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>. Acesso em: 13 nov. 2023.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1732-1742, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800009>. Acesso em: 13 nov. 2023.

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, n. Esp. p. 174-188, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S112>. Acesso em: 13 nov. 2023.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares em saúde (I): aproximação fundamental. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2551-2551, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2551](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2551). Acesso em: 13 nov. 2023.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; LAGUARDIA, J. Os suplementos de saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, supl. p. 98-112, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500010>. Acesso em: 13 nov. 2023.

TRIARCA, L. M.; FRANCA, M. T. A.; GUTTIER, M. C.; TEJADA, C. A. O. Estilos de vida saudável e autoavaliação de saúde como boa: uma análise dos dados da PNS/2013. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 9, n. 3, 2017. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883011/doi-1021115_jbesv9n3p260-66.pdf. Acesso em: 13 nov. 2023.

URSINE, B. L.; PEREIRA, E. L.; CARNEIRO, F. F. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 22, n. 64, p. 109-121, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0666>. Acesso em: 13 nov. 2023.

VIEIRA, L. O.; MARTINS FILHO, I. E. Secretários de saúde e aspectos relacionados à gestão das práticas integrativas e complementares. **Saúde e Sociedade**, v. 31, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210698pt>. Acesso em: 16 nov. 2023.

VENCESLAU, E. M.; SILVA, J. K. S.; TORQUATO, I. M. B. **Utilização de medicamentos por idosos**: uma reflexão para as ações educativas em saúde. 2014. Disponível em:

https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cneh/2016/TRABALHO_EV054_MD2_SAI1_ID1876_10102016233634.pdf. Acesso em: 13 nov. 2023.

VICTORA, C. G. Por que precisamos de inquéritos populacionais sobre saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 13, p. 1-2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311xen010222>. Acesso em: 13 nov. 2023.

ZAJACOVA, A.; LAWRENCE, E. M. The relationship between education and health: reducing disparities through a contextual approach. *Annual Review of Public Health*, v. 39, p. 273-289, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1146%2Fannurev-publhealth-031816-044628>. Acesso em: 16 nov. 2023.

ZAMAWE, C.; REI, C.; JENNINGS, H. M.; FOTTRELL, E. Associations between the use of herbal medicines and adverse pregnancy outcomes in rural Malawi: a secondary analysis of randomised controlled trial data. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 18, n. 1, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12906-018-2203-z>. Acesso em: 10 nov. 2023.

ZHANG, Y-Q.; JING, X.; GUYATT, G. Improving acupuncture research: progress, guidance, and future directions. **BMJ**, v. 376, p. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.o487>. Acesso em: 13 nov. 2023.

APÊNDICE A - Relatório Técnico

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Patrícia Paula Dias de Sá

**PRODUTO TÉCNICO RESULTANTE DO TRABALHO: PREVALÊNCIA E
FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DAS PICS NO
BRASIL NOS ANOS DE 2013 E 2019**

Belo Horizonte

2023

Patrícia Paula Dias de Sá

PRODUTO TÉCNICO RESULTANTE DO TRABALHO: PREVALÊNCIA E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DAS PICS NO BRASIL NOS ANOS DE 2013 e 2019

Relatório Técnico resultante do trabalho de Conclusão de Mestrado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para o grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vanessa de Almeida

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Mery Natali Silva Abreu

Belo Horizonte

2023

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	81
2 OBJETIVO	82
3 METODOLOGIA	83
4 CONCLUSÕES	91
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	96

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa temático da prevalência de utilização das PICS por estado e Distrito Federal segundo resultados da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013 e 2019	86
Figura 2 - Árvore de decisão (algoritmo CART) avaliando os fatores associados ao relato de utilização de PICS entre entrevistados brasileiros no ano de 2013	89
Figura 3 - Árvore de decisão (algoritmo CART) avaliando os fatores associados ao relato de utilização de PICS entre entrevistados brasileiros no ano de 2019	90
Figura 4 - Perfil de Praticantes em 2013 e 2019	91
Figura 5 - As Práticas Integrativas e Complementares mais utilizadas em 2013	92
Figura 6 - As Práticas Integrativas e Complementares mais utilizadas em 2019	92
Gráfico 1 - Percentual de utilização das PICS segundo resultados da Pesquisa Nacional de Saúde nos anos de 2013 e 2019.....	85
Gráfico 2 - Percentual de tipos de PICS mais utilizadas segundo resultados da Pesquisa Nacional de Saúde nos anos de 2013 e 2019.....	85
Tabela 1 - PICS utilizadas em 2019	86
Tabela 2 - Tabela de frequência do percentual de PICS realizadas pelo SUS e se o indivíduo pagou pelo tratamento, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde nos anos (2013 e 2019)	87
Tabela 3 - Associação entre variáveis sociodemográficas e a utilização das PICS entre os participantes da Pesquisa Nacional de Saúde nos anos 2013 e 2019	88

1 INTRODUÇÃO

Desde a sua constituição, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem procurando formas de fortalecer seus princípios para melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Com a sua criação em 1988, houve a redução da fragmentação dos serviços estabelecendo uma união entre os diferentes poderes governamentais e os serviços aos quais cada ente é responsável (SILVA, 2020).

Segundo Almeida (2012) o modelo biomédico, centrado em controle de sintomas, apresenta dificuldades para modificar os fatores condicionantes do processo saúde-doença, sendo necessário desenvolver intervenções fundamentadas em uma visão ampliada de saúde.

A conformação desse novo paradigma, capaz de superar o modelo de atenção à saúde centrado no controle de enfermidades, foi um dos pontos principais da Conferência de Alma – Ata, em 1978, em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou a proposta “Saúde para Todos no Ano 2000” e a estratégia “Atenção Primária à Saúde”. Esta iniciativa fomentou a revisão das práticas assistenciais, a oferta de cuidados primários de saúde e os princípios da medicina integral e preventivas, de forma a tornar a promoção da saúde, componente central para o desenvolvimento humano e para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2010).

De acordo com Soto (2009), a partir desse evento a OMS reconheceu que o modelo médico hegemônico da medicina alopática ocidental era incapaz de resolver todos os problemas de saúde da humanidade, resultando no reconhecimento das práticas integrativas como forma de tratamento. Inclusive, criou o Programa de Medicina Tradicional que propunha estratégias para promover a utilização segura e eficaz das PICS mediante a regulamentação de produtos, práticas e profissionais (BORGES *et al.*, 2011, MEDEIROS, LIMA, 2010).

Indo ao encontro disso, Starosta e Anjos (2020, p. 203) destacam a importância e a necessidade do “diálogo que promova a socialização de saberes e práticas populares, não desarticulados dos conhecimentos técnico-científicos de modo a reconhecer e valorizar as culturas populares, bem como incentivar os sujeitos no enfrentamento dos problemas de saúde”.

Advindo dessa demanda, em 2006, foi criada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que englobava cinco práticas, nos anos de 2017 e 2018, foram incluídas mais 24 práticas, totalizando 29 práticas. A implementação da PNPIC impulsionou uma expansão da oferta das PICS nos serviços de saúde nos últimos anos, reflexo da iniciativa principalmente dos profissionais que atuam na atenção básica (BARBOSA, *et al.*, 2019).

Estes procedimentos possuem como objetivo a incorporação e implementação de práticas na perspectiva de prevenir agravos, promover e recuperar a saúde, com ênfase na atenção básica e voltada para o cuidado humanizado e integral em saúde, ou seja, praticar saúde procurando estabelecer uma visão mais ampla sobre os cuidados com o indivíduo e não só com a sua enfermidade (TELESI JUNIOR, 2016).

O uso das PICS já é uma prática comum em muitas culturas e permanece até os dias atuais como uma prática medicinal, demonstrando todos os seus benefícios para a saúde da população (RAMOS, 2017). No entanto, segundo Santos *et al.* (2022), pode-se afirmar que a falta de conhecimento gera uma concepção inadequada e, até mesmo, preconceituosa dessas práticas no processo de cuidado, pois demonstra uma invisibilidade e desvalorização.

Ao observar essa lacuna, nota-se a relevância de elaborar um estudo baseado em inquéritos de abrangência nacional, como a Pesquisa Nacional de Saúde dos anos de 2013 e 2019 que, de acordo com Malta *et al.* (2023), esses inquéritos consistem em estratégias programáticas que subsidiam a gestão do sistema nacional de saúde. Travassos *et al.* (2008) também destaca a importância dos inquéritos de saúde, que são considerados ferramentas essenciais para compreender as necessidades reais da população – condições de vida e saúde -, imprescindíveis para o planejamento, criação e/ou aperfeiçoamento de programas e políticas de saúde.

Além da lacuna que propulsionou o projeto, a motivação para o desenvolvimento deste estudo se deu pela necessidade de promover a toda sociedade e gestores de saúde, explicações deste tipo de cuidado à saúde bem como dos prováveis fatores correlacionados à utilização das PICS.

Dessa forma, com base no conceito das Práticas Integrativas Complementares (PICS), nas diretrizes da Política Nacional das Práticas Integrativas Complementares (PNPIC) e da importância da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), salienta-se que este estudo colaborará para a disseminação de informações acerca da utilização das PICS, conseqüentemente, auxiliará a visão do gestor sobre a oferta destes serviços no país.

2 OBJETIVO

O relatório técnico possui como objetivo geral apresentar aos órgãos municipais, estaduais e federais responsáveis pela promoção da saúde da população do país, a prevalência e os possíveis fatores sociodemográficos associados à utilização das PICS, comparando os anos de 2013 e 2019 a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Por meio deste relatório, os

gestores públicos terão subsídios sobre a importância das PICS bem como das estratégias necessárias a serem implementadas para cada prevalência e fatores sociodemográfico associados a utilização e não utilização das PICS no Brasil.

3 METODOLOGIA

Para a elaboração do relatório, foi realizado um estudo transversal que se fundamentou nos dados coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), inquérito epidemiológico de base domiciliar realizado em âmbito nacional, nos anos de 2013 e de 2019, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com Ministério da Saúde. Em 2013, a sua população-alvo foi constituída de moradores de domicílios particulares permanentes com abrangência demográfica incluindo todo o território nacional, com a exceção dos setores censitários especiais como os quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, asilos, orfanatos, conventos, hospitais.

No ano de 2019, embora tenha permanecido a população-alvo como o território nacional, foram incluídos como exceções de setores censitários os agrupamentos indígenas, Instituições de Longa Permanência (ILPI), Atendimentos Integrados à Criança e ao Adolescentes (AICA), Agrovilas de Projetos de Assentamentos Rurais, setores com baixo patamar domiciliar e Agrupamentos Quilombolas (IBGE, 2014). Nesse mesmo período, 2019, o processo de coleta de dados também ocorreu em parceria com o Ministério da Saúde, com o intuito de promover a comparação dos indicadores divulgados anteriormente e fornecer aportes à resposta do Sistema Único de Saúde - SUS.

O plano amostral, em ambos os anos de realização dos inquéritos, consistiu no emprego da amostragem conglomerada em três estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem. Os setores censitários ou conjunto de setores formaram as unidades primárias de amostragem (UPAs), os domicílios são as unidades de segundo estágio e os moradores com 18 anos ou mais de idade (no inquérito de 2013) e com 15 anos ou mais de idade (no inquérito de 2019), definiram as unidades de terceiro estágio.

O plano de amostragem da PNS 2013 foi desenvolvido a partir da Amostra Mestra do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE, cuja abrangência geográfica compreende os setores censitários da Base Operacional Geográfica do Censo Demográfico de 2010 – exceto os setores censitários demasiadamente pequenos ou considerados especiais (DAMACENA *et al.*, 2015). Para o cálculo da amostra da PNS 2019, observou tanto o tamanho

da amostra estudados para a PNS 2013 como a sua precisão das estimativas obtidas com os dados da pesquisa anterior, sendo constatado que seria necessário definir um tamanho de amostra maior que o da criação anterior para garantir precisão aceitável para os diversos domínios de estimação. Logo, para o ano de 2013, foi considerada a amostra total de 64.348 domicílios sorteados (SOUZA-JÚNIOR *et al.*, 2015) e, para o ano de 2019, uma amostra de 108.525 domicílios sorteados (STOPA *et al.*, 2020).

Para este estudo foram considerados os dados de brasileiros com idade superior a 18 anos que responderam às seguintes questões: J053. Nos últimos 12 meses, __ utilizou alguma prática integrativa e complementar, isto é, tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia etc.? para a PNS 2013. E J53a. Nos últimos doze meses, __ utilizou tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, *yoga*, *tai chi chuan*, *lian gong* ou outra prática integrativa e complementar a saúde? para a PNS 2019.

O desfecho do presente estudo foi o uso das Práticas Integrativas e Complementares nos anos de 2013 e 2019, mensurado por meio das questões supracitadas. As variáveis explicativas analisadas foram: macrorregiões de residência do país (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sul, Sudeste); sexo (feminino e masculino); zona (urbana ou rural); idade (18-19, 20-24, 25-59 e 60 anos ou mais); cor de pele/raça autorreferida (branca, preto, amarela ou indígena); estado civil (casado, divorciado, viúvo ou solteiro); escolaridade (ensino fundamental, ensino médio ou ensino superior); e possuidor de plano de saúde (sim ou não).

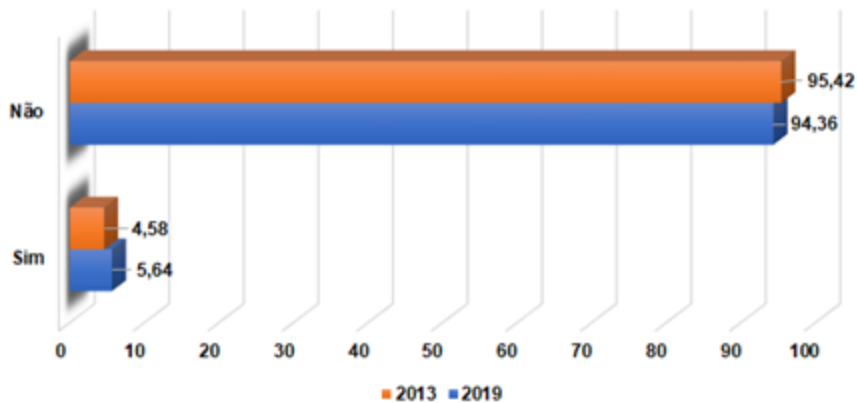
Também foram descritas as variáveis relacionadas à utilização das PICS: se o tratamento foi no SUS (sim ou não) e os tipos de PICs utilizadas (acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia entre outras).

No mais, também foi realizada uma análise descritiva de todas as variáveis estudadas a fim de verificar as diferenças na prevalência de utilização das PICS, de acordo com os grupos comparados, com a utilização do teste do qui-quadrado de Pearson e o nível de significância de 5%. Ainda para caracterizar o uso das PICS nos anos de 2013 e 2019, de acordo com os diferentes perfis dos entrevistados, também foi utilizado o método de árvore de decisão. Por fim, ressalta-se que todas as análises foram realizadas no programa Stata 12.0 (<https://www.stata.com>) e levaram em consideração as ponderações impostas pelo delineamento amostral do estudo.

4 RESULTADOS

De acordo com os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada nos anos de 2013 e 2019, observou-se que a prevalência de utilização das PICS pela população brasileira foi de 4,58% e 5,64% respectivamente (Gráfico 1). Isso indica que, em seis anos, houve um incremento de 1,06 pontos percentuais na taxa de realização de alguma prática integrativa.

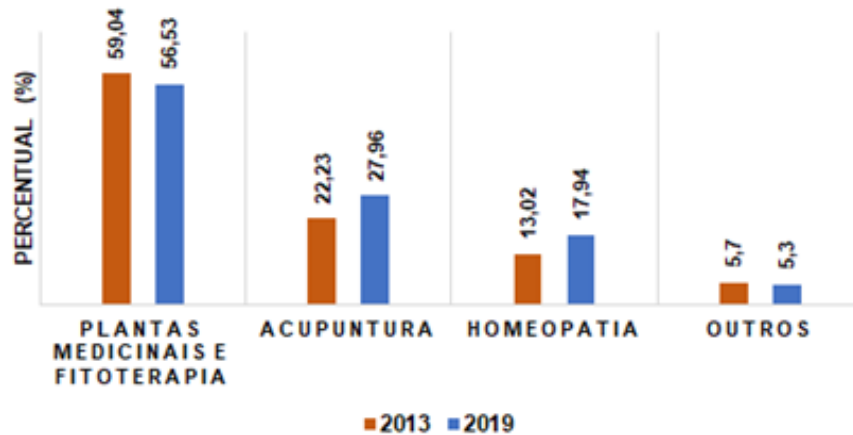
Gráfico 1 - Percentual de utilização das PICS segundo resultados da Pesquisa Nacional de Saúde nos anos de 2013 e 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2023).

As práticas mais utilizadas, segundo os resultados da pesquisa nos anos de 2013 e 2019, conforme apresenta o gráfico 2, foram Planta Mediciniais (59,04% e 56,53%), seguida de Homeopatia (22,23% e 27,96%) e a Acupuntura (13,02% e 17,94%, respectivamente, nos anos de 2013 e 2019).

Gráfico 2 - Percentual de tipos de PICS mais utilizadas segundo resultados da Pesquisa Nacional de Saúde nos anos de 2013 e 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Para o ano de 2019, as práticas utilizadas foram descritas com mais detalhes, conforme apresentado na tabela 1, com destaque para meditação, quarta prática mais utilizada, vindo logo após as três supracitadas, relatada em 12,08% dos casos.

Tabela 1 - PICS utilizadas em 2019

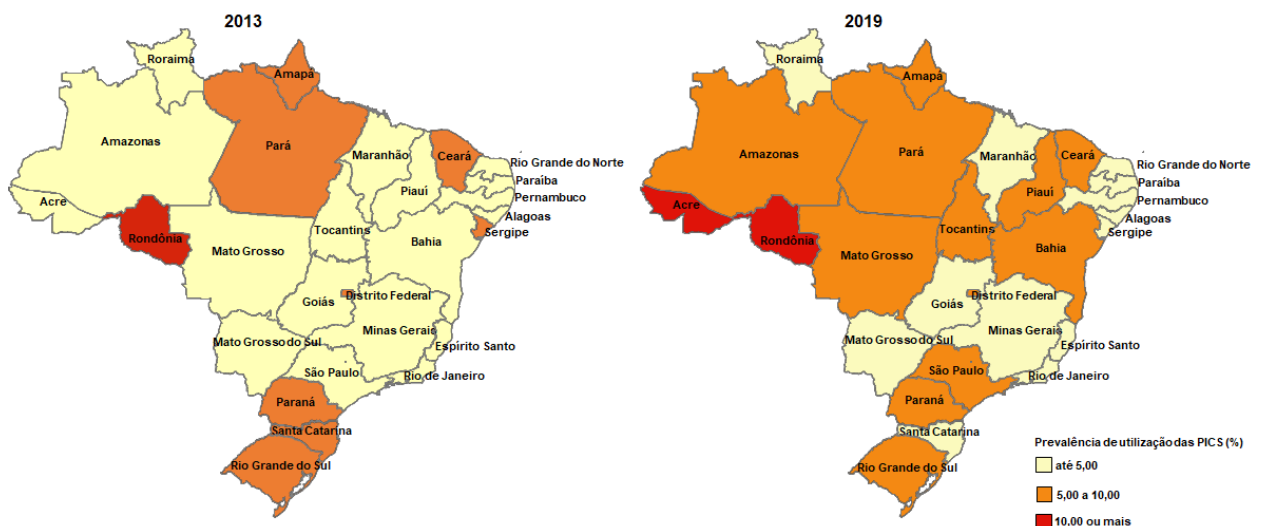
Plantas Medicinais	56,53%
Acupuntura	27,96%
Homeopatia	17,94%
Meditação	12,08%
Yoga	7,98%%
Auriculoterapia	6,28%
Outras PICS	5,30%
Terapia Comunitária	1,66%
MTC Corporais (Medicina Tradicional Chinesa)	1,16%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Com relação à utilização das PICS nos estados brasileiros, nota-se, conforme ilustra a figura 1, que no ano de 2013 o estado de Rondônia apresentou a maior prevalência de utilização de PICS (acima de 10%), seguido dos estados do Amapá, Pará, Ceará, Sergipe, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Distrito Federal (com prevalência entre 5% e 10%).

No ano de 2019, os estados de Rondônia (assim como em 2013) e Acre tiveram prevalência de utilização de PICS acima de 10%. Amapá, Pará, Ceará, Distrito Federal, Paraná e Rio Grande do Sul mantiveram prevalência entre 5% e 10%, assim como no ano de 2013. Além desses, Amazonas, Mato Grosso, Tocantins, Piauí, Bahia e São Paulo passaram a ter uma proporção de utilização das PICS na faixa entre 5% e 10% (Figura 1).

Figura 1 - Mapa temático da prevalência de utilização das PICS por estado e Distrito Federal segundo resultados da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013 e 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2023).

De acordo com os resultados apresentados na tabela 2, 6,40% (2013) e 6,52% (2019) dos indivíduos realizaram o tratamento das PICS pelo SUS. Além disso, observa-se que 37,49% dos entrevistados pagaram pelo tratamento das PICS no ano de 2013, sendo que no ano de 2019, esse percentual passou para 45,0% dos indivíduos.

Tabela 2 - Tabela de frequência do percentual de PICS realizadas pelo SUS e se o indivíduo pagou pelo tratamento, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde nos anos (2013 e 2019)

O TRATAMENTO FOI PELO SUS?	2013	2019
SIM	6,40%	6,52%
NÃO	92,66%	93,43%
PAGOU PELO TRATAMENTO?	2013	2019
SIM	37,49%	45,0%
NÃO	62,51%	55,05%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Com relação à associação das características sociodemográficas com a utilização de PICS (Tabela 3), no ano de 2013, foram observadas maiores prevalências de utilização das PICS no sexo feminino (5,29%), na faixa etária dos idosos - 60 anos ou mais (5,37%), nas regiões Norte (7,03%) e Sul (6,26%), na zona rural (6,82%) entre aqueles com escolaridade de ensino superior (14,68%), viúvos (5,51%) e indígenas (10,14%). Em todos os casos essas diferenças foram estatisticamente significativas (valores- $p < 0,05$).

No ano de 2019 (Tabela 3), foi observado um padrão semelhante, com maior frequência de utilização das PICS (valores- $p < 0,05$) para o sexo feminino (6,95%), na faixa etária dos idosos - 60 anos ou mais (6,61%), regiões também para o Sul (6,43%) e Norte (6,82%), escolaridade superior (11,56%) e raça indígena (8,5%). Houve diferença no ano de 2019 em relação a 2013, na comparação da utilização das PICS por estado civil e zona urbana/rural. Em 2019, o maior percentual de praticantes das PICS eram divorciados (7,42%), enquanto, em 2013, o maior percentual foi entre viúvos (5,51%) e não houve diferença significativa para a zona urbana/rural no ano de 2019.

Tabela 3 - Associação entre variáveis sociodemográficas e a utilização das PICS entre os participantes da Pesquisa Nacional de Saúde nos anos 2013 e 2019

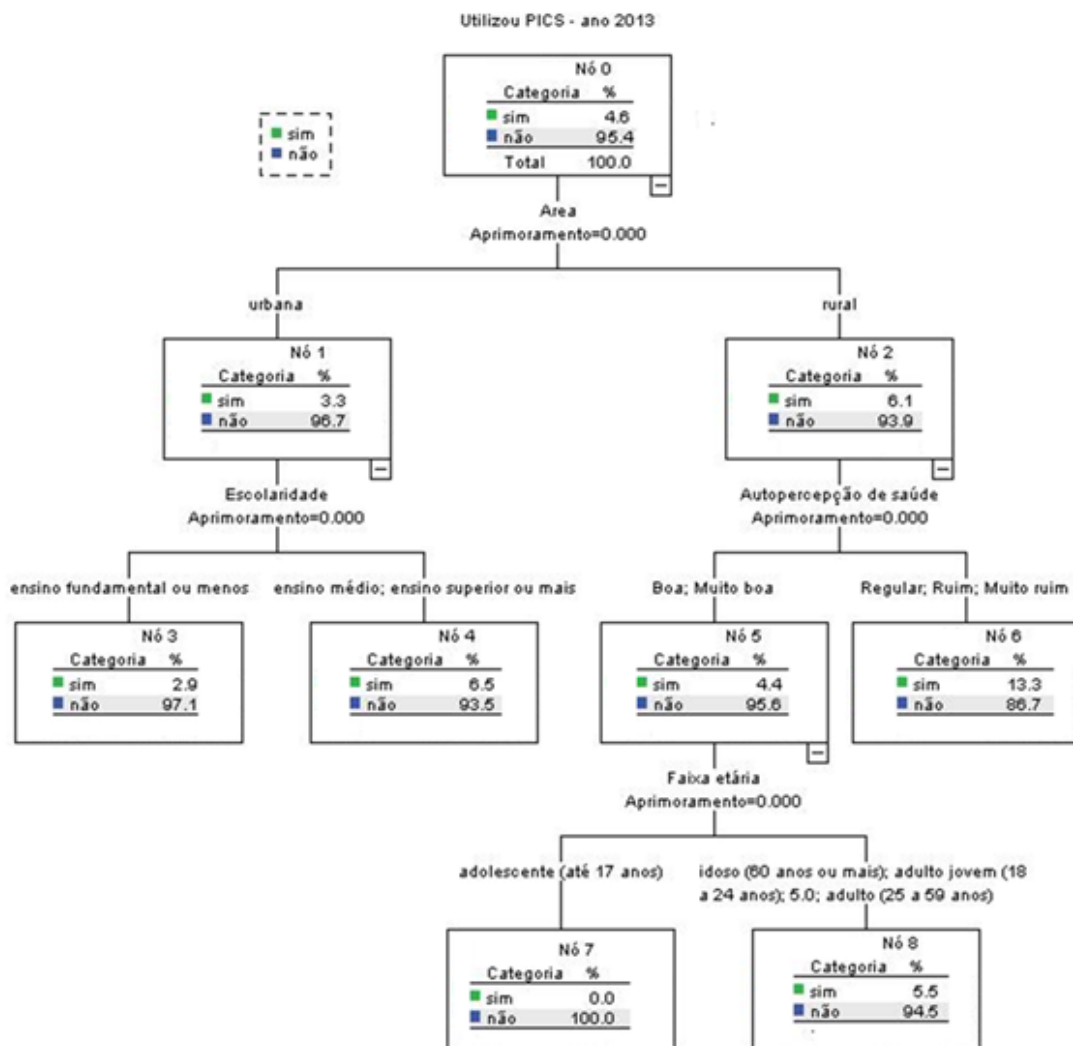
Variáveis	Amostra 2013		Amostra 2019	
	Prevalência de utilização das PICS	Valor-p	Prevalência de utilização das PICS	Valor-p
Demográficas				
Gênero		<0,001		<0,001
Masculino	3,67		4,18	
Feminino	5,29		6,95	
Idade (anos)		<0,001		<0,001
Adolescente (18-19 anos)	2,02		2,73	
Adulto Jovem (20-24 anos)	2,85		3,66	
Adulto (25-59 anos)	4,78		5,79	
Idoso (60 anos ou mais)	5,37		6,61	
Região		<0,001		0,005
Norte	7,03		6,82	
Nordeste	4,12		5,21	
Sudeste	3,95		5,59	
Sul	6,26		6,43	
Centro - Oeste	4,27		4,61	
Zona		<0,001		0,722
Urbana	4,22		5,66	
Rural	6,82		5,50	
Escolaridade		<0,001		<0,001
Ensino Fundamental	3,93		4,46	
Ensino Médio	7,78		4,20	
Ensino Superior	14,68		11,56	
Estado Civil		<0,001		<0,001
Casado	4,96		5,97	
Divorciado	4,91		7,42	
Viúvo	5,51		6,60	
Solteiro	3,94		4,80	
Raça		<0,001		<0,001
Branca	4,89		6,81	
Preta	4,19		4,62	
Amarela	6,94		8,01	
Indígena	10,14		8,50	

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Considerando os resultados da análise multivariada, conforme ilustrado na figura 2, os fatores que permaneceram associados à maior probabilidade de utilização das PICS foram residir em área rural, ter escolaridade de ensino médio ou mais, relatar autopercepção de saúde regular a muito ruim e faixa etária de 18 anos ou mais. As subdivisões da árvore indicam que o primeiro determinante da utilização das PICS, em 2013, foi a área onde o entrevistado reside (urbana ou rural). Indivíduos que residem em áreas rurais e relataram saúde regular a ruim têm 13,3% de probabilidade de utilização das PICS. Para aqueles que vivem em áreas rurais e relataram saúde muito boa ou boa, a faixa etária é outro fator importante, ou seja, nesse nicho, indivíduos que possuem 18 anos ou mais, possuem 5,5% probabilidade de realizar alguma prática integrativa.

Por outro lado, entre os brasileiros residentes na zona urbana, para aqueles com baixa escolaridade (ensino fundamental ou menos), a probabilidade de utilização das PICS é de apenas 2,9%. Entre os residentes da zona urbana, com escolaridade nível médio ou mais, a probabilidade de utilização das PICS sobe para 6,5%.

Figura 2 - Árvore de decisão (algoritmo CART) avaliando os fatores associados ao relato de utilização de PICS entre entrevistados brasileiros no ano de 2013

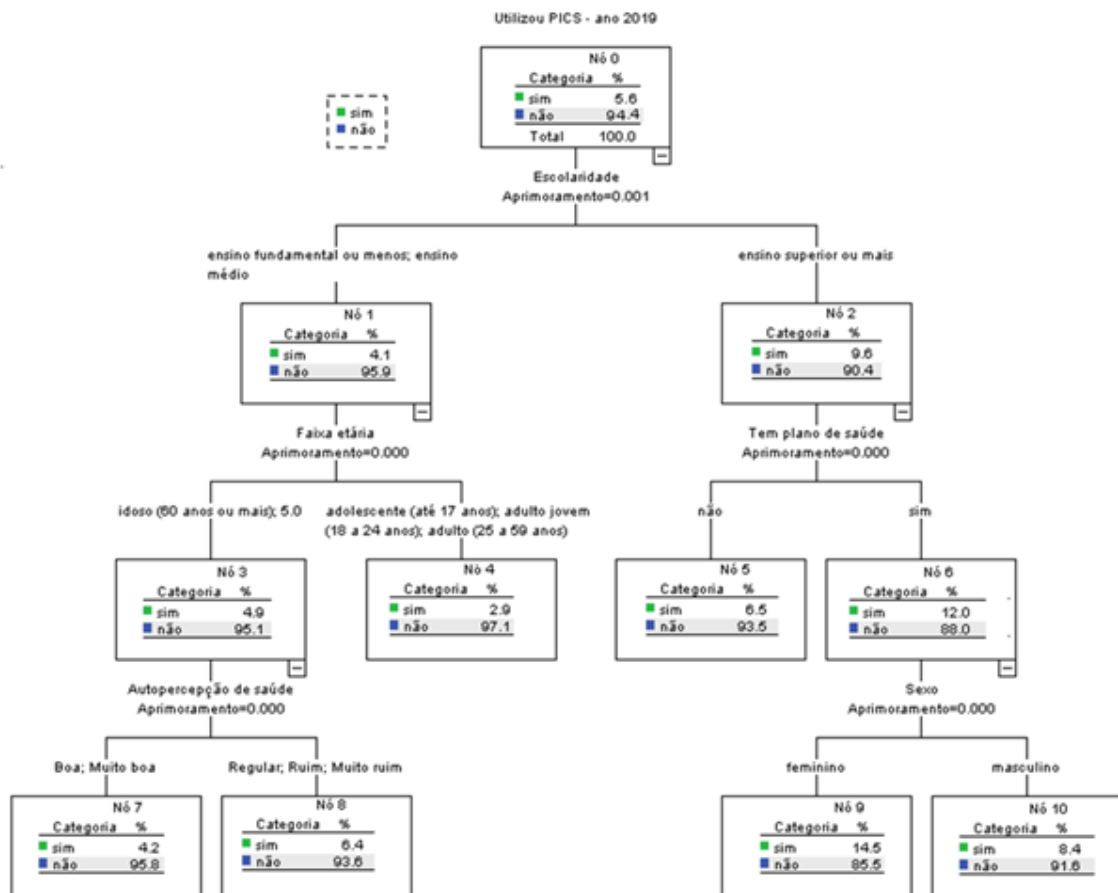


Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Segundo os resultados apresentados na figura 3, para o ano de 2019, os fatores que permaneceram associados à maior probabilidade de utilização das PICS foram: ter escolaridade superior ou mais; faixa etária de 60 anos ou mais; ter plano de saúde; relatar autopercepção de saúde regular a muito ruim; e ser do sexo feminino. As subdivisões da árvore indicam que o primeiro determinante da utilização das PICS em 2019 foi a escolaridade. Indivíduos com

ensino superior ou mais, que têm plano de saúde e são do sexo feminino apresentaram 14,5% de probabilidade de utilização das PICS. Para aqueles com ensino superior ou mais, que têm plano de saúde e são do sexo masculino, a probabilidade de utilização das PICS cai para 8,4%. Entre os entrevistados com escolaridade superior ou mais, mas que não têm plano de saúde a probabilidade de utilização das PICS cai para 6,5%.

Figura 3 - Árvore de decisão (algoritmo CART) avaliando os fatores associados ao relato de utilização de PICS entre entrevistados brasileiros no ano de 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Por outro lado, entre os brasileiros com escolaridade até ensino médio, nas faixas etárias até 59 anos, a probabilidade de utilização das PICS é de apenas 2,9%. Entre aqueles com escolaridade até o ensino médio, na faixa etária de 60 anos ou mais e que relataram saúde regular a muito ruim, essa probabilidade aumenta para 6,4%. Com as mesmas características anteriores, mas relatando saúde boa ou muito boa, a probabilidade diminui para 4,2%.

É importante ressaltar que ambos os modelos propostos pela árvore de decisão (2013 e 2019) apresentaram bom ajuste, com risco de classificação incorreta de 0,039 para 2013 e 0,047

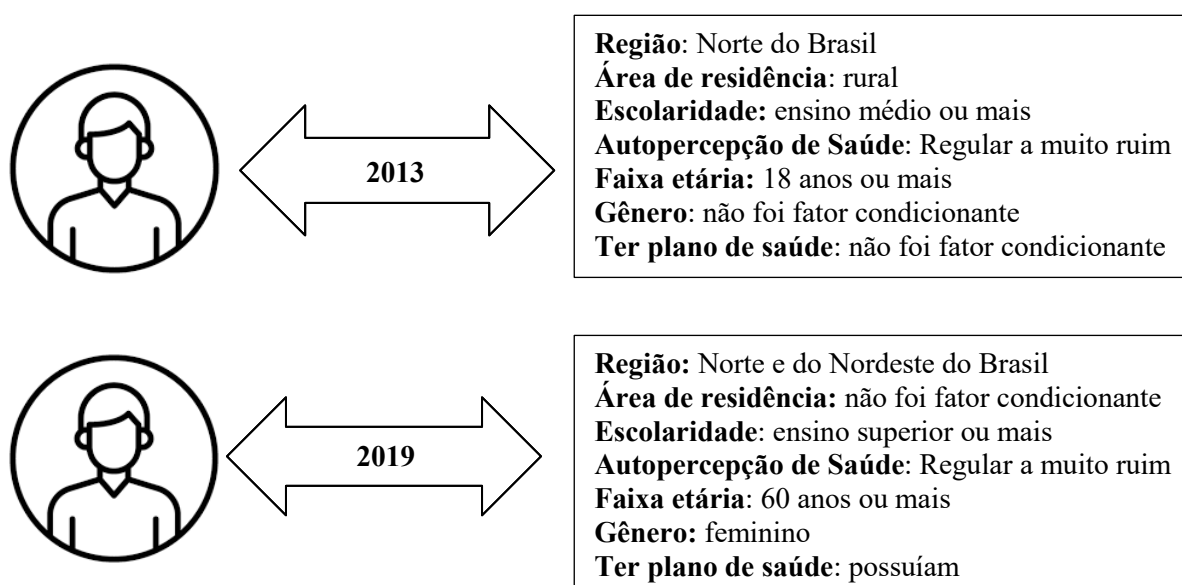
para 2019, indicando que o modelo prediz corretamente 96,1% e 95,3% dos dados, respectivamente.

4 CONCLUSÕES

Neste estudo, foi possível a identificação da prevalência do uso das PICS na população brasileira e dos fatores sociodemográficos associados à utilização das PICS, comparando os anos de 2013 e 2019, por meio da utilização das pesquisas da PNS 2013 e da PNS 2019.

Como ilustrado pela figura 4, foi constatado que no ano de 2013 a maior parcela de praticantes estava concentrada na região do norte do Brasil e que o fator associado à maior probabilidade de utilização das PICS consistiu em residir na área rural, ter escolaridade de ensino médio ou mais, relatar autopercepção de saúde regular a muito ruim e faixa etária de 18 anos ou mais. Para o ano de 2019, além da região norte do Brasil, a região do nordeste foi introduzida com maior número de praticantes das PICS. Além disso, os fatores de associação à maior probabilidade de utilização das PICS foram ter escolaridade superior ou maior, faixa etária de 60 anos ou mais, ter plano de saúde, relatar autopercepção de saúde regular a muito ruim e ser do sexo feminino.

Figura 4 - Perfil de Praticantes em 2013 e 2019

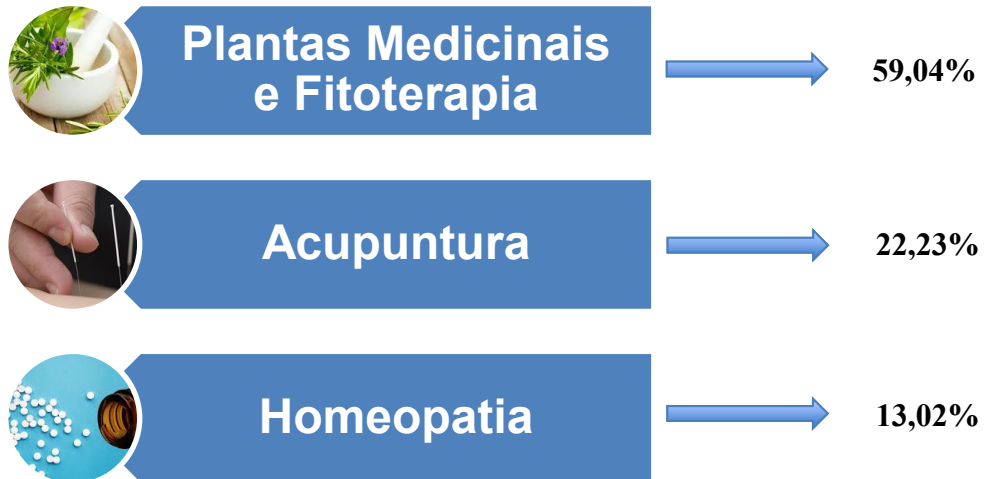


Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Também foi observado, conforme figuras 5 e 6, que em ambos os anos abordados pela Pesquisa Nacional de Saúde, as práticas integrativas e complementares de maior prevalência

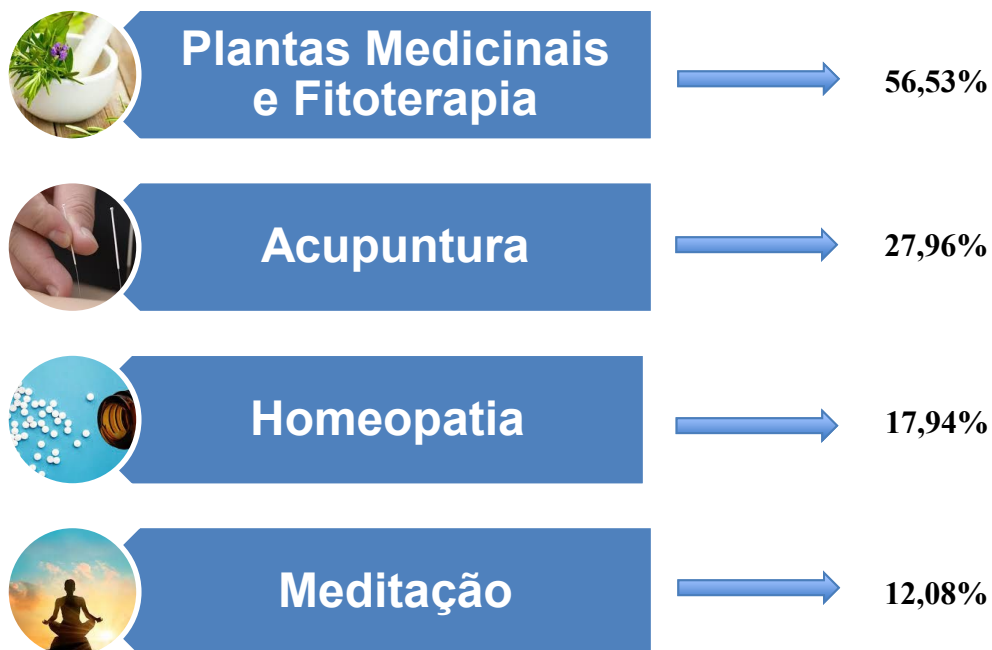
foram a acupuntura, a homeopatia, as plantas medicinais e a fitoterapia, ou seja, as demais 25 práticas existentes são desconhecidas ou não utilizadas por grande maioria da população brasileira.

Figura 5 - As Práticas Integrativas e Complementares mais utilizadas em 2013



Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Figura 6 - As Práticas Integrativas e Complementares mais utilizadas em 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Agregada a proposta deste estudo, também foram identificados que de 2013 a 2019 (parcialmente), houve a expansão de oferta das PICS nos municípios brasileiros, o que pode ser

comprovado pelo aumento de 0,12 pontos percentuais de indivíduos que receberam as PICS pelo SUS, entre 2013 e 2019. Contudo, é importante mencionar que apesar desse crescimento, observou-se que entre 2013 e 2019, os praticantes das PICS custearam seu tratamento, o que indica ainda que há desigualdade na oferta e no acesso.

Também em complementação aos objetos principais deste trabalho, é oportuno reiterar que apesar da instituição da PNPIC no Brasil há 17 anos atrás, o quantitativo de grupos de pesquisa e de produções com evidências robustas sobre as PICS ainda é escasso, o que é prejudicial ao avanço da implementação e utilização das práticas integrativas e complementares.

Dessa forma, cabe destacar que, somado aos resultados das Pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e de 2019, as análises realizadas neste trabalho iteram que apesar desse acréscimo do número de praticantes é indubitável a necessidade de maior participação dos gestores públicos nas políticas públicas de saúde orientadas a ampla divulgação, legitimação, implantação e acompanhamento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Ademais, similarmente se torna fundamental que o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação impulsionem investigações, pesquisas e reflexões acerca das Práticas Integrativas e Complementares e seus possíveis benefícios à saúde da população brasileira. Além dessas ações, também se faz primordial a aplicabilidade da gestão política no que se refere a destinação dos recursos organizacionais como por exemplo, o financeiro, a fim de que, com a realização de uma gestão coparticipativa com os municípios, ocorra a oferta adequada e a garantia do acesso às PICS pela população.

Especificamente para a Gestão Pública, verifica-se a necessidade de os profissionais já qualificados na área direcionem ações de sensibilização para os gestores de saúde de forma a esclarecer o uso, as formas, o baixo custo, a possibilidade de um olhar integral para o usuário e as características das práticas, muitas vezes, utilizadas complementarmente a outras terapias.

Atividades similares, porém, com abrangência de conteúdo técnico-científico também devem ser priorizadas para sensibilização e/ou capacitação para os profissionais de saúde, para que esses, apropriados do conhecimento, disseminem as informações para os usuários.

Em conclusão, as PICS serão efetivamente utilizadas quando todos os protagonistas da sociedade (políticos, gestores, estudantes, pesquisadores, profissionais da saúde e usuários) colocarem de forma unificada o interesse da qualidade de vida do usuário em primeiro lugar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste relatório técnico, o objetivo foi detalhar a prevalência e os possíveis fatores sociodemográficos associados à utilização das PICS no Brasil, comparando os dados extraídos da PNS 2013 e PNS 2019.

Desse modo, pressupõe que os resultados contidos neste relatório subsidiarão os gestores públicos federais, estaduais e municipais, inclusive os gestores de saúde, na realização das ações estratégicas voltadas para a promoção das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Público de Saúde.

Especificamente para a Gestão Pública, faz-se necessário que os profissionais já qualificados na área direcionem ações de sensibilização para os gestores de saúde de forma a esclarecer o uso, as formas, o baixo custo, a possibilidade de um olhar integral para o usuário, e as características das práticas, muitas vezes, utilizadas complementarmente a outras terapias.

Em conclusão, as PICS serão efetivamente utilizadas quando todos os protagonistas da sociedade (políticos, gestores, estudantes, pesquisadores, profissionais da saúde e usuários) colocarem de forma unificada o interesse da qualidade de vida do usuário em primeiro lugar.

Considerando os resultados encontrados, são indicadas as seguintes ações que podem resultar na ampliação da divulgação das PICS bem como sua implementação e utilização por parte dos usuários do Sistema Único do SUS.

- Âmbito Federal:
 - ✓ Regularizar, legitimar as políticas e diretrizes de forma a difundir as PICS de forma igualitária por todo o Brasil;
 - ✓ Destinar recursos financeiros específicos ao custeio das PICS no SUS;
 - ✓ Estimular a adoção das PICS por meio da realização dos repasses financeiros aos estados e municípios que adotarem as PICS como promoção à saúde e prevenção de doenças;
 - ✓ Estimular o ensino de PICS nas universidades públicas federais e estaduais a fim promover a capacitação de futuros profissionais;
 - ✓ Investir, apoiar e realizar em estudos científicos que corroborem com a análise dos resultados das PICS versus a promoção da saúde do usuário e redução de investimentos e gastos nos serviços de saúde do país.
- Âmbito Estadual:
 - ✓ Estabelecer metas de incentivo e indicadores de acompanhamento quanto as medidas de implementação e funcionamento das PICS na Atenção Primária.

- ✓ Propor pactuações com os municípios com a apresentação das metas e indicadores da realização das Práticas Integrativas na Atenção Primária.
- ✓ Realizar o repasse financeiro aos municípios que cumprirem as metas e indicadores estabelecidos quanto ao cumprimento da oferta das PICS aos usuários.
- ✓ Promover e incentivar a ampla divulgação das PICS nas redes de atenção à saúde básica por meio da realização de campanhas publicitárias (vídeos, cartazes, folders e redes sociais).
- ✓ Acompanhar a oferta e demanda das PICS nos municípios;
- ✓ Promover capacitação sobre PICS aos profissionais da APS;
- ✓ Realizar fóruns/encontros periodicamente para discussão do tema;
- ✓ Investir, apoiar e realizar estudos científicos que corroborem com a análise dos resultados das PICS versus a promoção da saúde do usuário e redução de investimentos e gastos nos serviços de saúde do país.
- ✓ Auxiliar o município na captação de fornecedores de insumos e equipamentos, insumos e materiais para a realização das Práticas Integrativas.
- Âmbito Municipal:
 - ✓ Ofertar as PICS na Atenção Primária de Saúde;
 - ✓ Adquirir insumos, equipamentos e materiais para a realização das PICS como por exemplo, os óleos essenciais, medicamentos fitoterápicos, agulhas para acupuntura;
 - ✓ Registrar os atendimentos realizados para fins estatísticos e ações estratégicas;
 - ✓ Promover ações de sensibilização junto a população sobre as PICS, em praças e/ou espaços de convivência de maior movimento do município, festas comemorativas da cidade promovidas pela prefeitura.
 - ✓ Participar dos fóruns/encontros periodicamente para discussão do tema.
 - ✓ Investir, apoiar e realizar em estudos científicos que corroborem com a análise dos resultados das PICS versus a promoção da saúde do usuário e redução de investimos e gastos nos serviços de saúde do país.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, V. **Possibilidades e limites de uma intervenção no ambiente de trabalho de servidores públicos na área da saúde: práticas corporais como estratégia de promoção da saúde**. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-26062012-104809/publico/VANESSA_ALMEIDA.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 3. ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.
- BORGES, M. R.; MADEIRA, L. M.; AZEVEDO, V. M. G. O. As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no Hospital Sofia Feldman. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 105-113, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-600150>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- BARBOSA, F. E. S.; GUIMARÃES, M. B. L.; SANTOS, C. R.; BEZERRA, F. B.; TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Oferta de práticas integrativas e complementares em saúde na estratégia saúde da família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, N. 1, P. 1-13, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208818>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- DAMACENA, G. N. *et al.* **O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 24, n. 2, p. 197-206, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200002>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento e Gestão, 2014. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/03/Pesquisa-Nacional-de-Sau%CC%81de-2013-percepc%CC%A7a%CC%83o-do-estado-de-sau%CC%81de-estilos-de-vida-e-doenc%CC%A7as-cro%CC%82nicas.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- MALTA, D. C.; FELISBINO-MENDES, M. S.; SILVA, K. L.; CHIANCA, T. C. M. Inquéritos populacionais e informações para análise e monitoramento da saúde da população brasileira. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 27, p. 1-2, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/42056/37218>. Acesso em: 13 nov. 2023.
- MEDEIROS, R.; LIMA, P. T. Acesso às terapias complementares cresce no SUS. **Einstein: Educ Contin Saúde**, v. 8, n. 1, p. 40-1, 2010.
- RAMOS, M. S. D. **Práticas integrativas e complementares no SUS: uma análise a partir do PMAQ**. 2017. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFRS, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/178242>. Acesso em: 13 nov. 2023.
- SANTOS, J. C.; SANTOS, D. K. C.; SILVA, W. A.; CRUZ, M. S.; MATOS, M. S. Uso das práticas integrativas e complementares por profissionais da atenção primária em saúde:

desafios e potencialidades. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v. 5, n. 2, p. 1-7, 2022. Disponível em: <https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/555>. Acesso em: 10 nov. 2023.

SILVA, G. K. F.; SOUSA, I. M. C.; CABRAL, M. E. G. S.; BEZERRA, A. F. B. ; GUIMARÃES, M. B. L. Política nacional de práticas integrativas e complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. 1-25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300110>. Acesso em: 13 nov. 2023.

SOTO, A. **Medicinas complementarias en el sistema público de salud: experiencia de la ‘Unidad de Salud del Trabajador’ del Servicio de Salud Metropolitano**. 2009. 133 f. (Tesis para optar al Título de Antropólogo Social) – Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, 2009. Disponível em: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/106155>. Acesso em: 13 nov. 2023.

SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; FREITAS, M. P. S.; ANTONACI, G. A.; SZWARCOWALD, C. L. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 207-216, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200003>. Acesso em: 13 nov. 2023.

STAROSTA, J. A.; ANJOS, M. C. R. “Cantos e saberes”: processo de construção de um documentário sobre plantas medicinais. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 14, n. 1, P. 1-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i1.1748>. Acesso em: 13 nov. 2023.

STOPA, S. R. *et al.* Pesquisa nacional de saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500004>. Acesso em: 13 nov. 2023.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos avançados**, v. 30, p. 99-112, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>. Acesso em: 13 nov. 2023.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; LAGUARDIA, J. Os suplementos de saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, supl. p. 98-112, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500010>. Acesso em: 13 nov. 2023.