



Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Gestores dos Serviços

Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care: perceptions of service managers

Prácticas Integradoras y Complementarias en la Atención Primaria de Salud: percepciones de los gestores de servicios

Leylaine Christina Nunes de Barros¹ 
Ellen Synthia Fernandes de Oliveira¹ 
Janaína Alves da Silveira Hallais² 
Ricardo Antônio Gonçalves Teixeira¹ 
Nelson Filice de Barros² 

1. Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Goiânia, GO, Brasil.

2. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Compreender os sentidos atribuídos pelos gestores dos Serviços da Região Metropolitana de Goiânia sobre a oferta de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na Atenção Primária à Saúde (APS). **Método:** Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado entre agosto e dezembro de 2017, com 21 gestores, mediante utilização de entrevistas semiestruturadas que foram gravadas, transcritas e analisadas com a técnica de análise de conteúdo temática. **Resultados:** Os entrevistados demonstraram compreender o contexto em que as PIC estão inseridas, embora tenham apresentado dificuldades e insegurança na sua conceituação. Dos resultados emergiram três categorias, quais sejam: PIC para gestores; aspectos positivos e negativos da oferta das PIC para a equipe de saúde; aspectos positivos e negativos da disponibilização das PIC para os usuários dos serviços. **Conclusão e implicações para a prática:** Conclui-se que há forte influência do modelo biomédico em detrimento da integralidade na organização dos serviços de APS, o que implica com a baixa e descontínua oferta das PIC na Região Metropolitana de Goiânia. Esta conclusão convida para a ampliação dos espaços de reflexão sobre a pluralidade de racionalidades de cuidado no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Terapias Complementares; Sistema Único de Saúde; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To understand the meanings attributed by the managers of the Services of the Metropolitan Region of Goiânia to the offer of Integrative and Complementary Practices (ICP) in Primary Health Care (PHC). **Method:** Descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, conducted between August and December 2017, with 21 managers, using semi-structured interviews that were recorded, transcribed, and analyzed with the thematic content analysis technique. **Results:** The interviewees demonstrated an understanding of the context in which the ICP are placed, although they have presented difficulties and insecurity expressing their concepts. The results have elicited three categories, as follows: ICP for managers; positive and negative aspects of the provision of ICP for the health team; positive and negative aspects of the provision of ICP for service users. **Conclusion and implications for the practice:** It is possible to conclude that there is a strong influence of the biomedical model, instead of a more integrated approach in the organization of PHC services, which leads to a low and discontinuous offer of ICP in the Metropolitan Region of Goiânia. This conclusion invites us to expand the spaces for reflection on the plurality of rationales of care in the Unified Health System.

Keywords: Complementary Therapies; Unified Health System; Integrity in Health.

RESUMEN

Objetivo: Comprender los significados atribuidos por los gestores de los Servicios de la Región Metropolitana de Goiânia acerca del ofrecimiento de Prácticas Integradoras y Complementarias (PIC) en la Atención Primaria de Salud (APS). **Método:** Estudio descriptivo y exploratorio, cualitativo, realizado entre agosto y diciembre de 2017 con 21 gestores. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, grabadas, transcritas y analizadas con la técnica del análisis de contenido temático. **Resultados:** Los entrevistados demostraron comprender el contexto en lo cual se insertan las PIC, aunque tengan presentado dificultades e inseguridad en su conceptualización. Emergieron tres categorías de los resultados: PIC para los gestores; aspectos positivos y negativos del ofrecimiento de PIC para el equipo de salud; aspectos positivos y negativos de la disponibilidad de PIC a los usuarios de los servicios. **Conclusiones e implicaciones para la práctica:** Se concluye que hay fuerte influencia del modelo biomédico en detrimento de la integralidad en la organización de los servicios de APS, lo que resulta en el bajo y discontinuo ofrecimiento de PIC en la Región Metropolitana de Goiânia. Esta conclusión invita a la ampliación de los espacios de reflexión sobre la pluralidad de racionalizaciones de la atención en el Sistema Único de Salud.

Palabras clave: Terapias Complementarias; Sistema Único de Salud; Integralidad en Salud.

Autora correspondente:

Leylaine Christina Nunes de Barros
E-mail: anjinhossecia@hotmail.com

Recebido em 27/03/2019.
Aprovado em 30/09/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0081

INTRODUÇÃO

Os registros históricos revelam que o cuidado e a atenção à saúde caracterizam-se por um pluralismo terapêutico, com técnicas diferentes de acordo com contexto cultural, social, político e econômico.^{1,2} O modelo ocidental hegemônico de cuidado à saúde é o biomédico que, embora eficaz para inúmeras situações, traz dificuldade em ofertar uma atenção de qualidade que respeite cultura, crenças e considere a complexidade das múltiplas dimensões dos problemas de saúde.³

Dada a necessidade de integrar a medicina ocidental contemporânea às práticas de saúde não convencionais, o Ministério da Saúde aprovou, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a qual promove diversificadas propostas terapêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). As diferentes Práticas Integrativas e Complementares (PIC) introduzidas a partir de 2006 procuraram ampliar efetividade, segurança, escuta acolhedora, vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio.^{4,5}

A PNPIC preconizou a oferta pública de medicina tradicional chinesa-acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo social/crenoterapia e medicina antroposófica.⁴ Mais recentemente, mediante publicação das Portarias nº 145/2017, nº 849/2017 e nº 702/2018, foram agregados: automassagem, auriculoterapia, massoterapia, arteterapia, ayurveda, dança circular/biodança, meditação, musicoterapia, tratamento naturopático, tratamento osteopático, tratamento quiroprático, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição das mãos, ozonioterapia e terapia de florais.^{6,7}

Embora essas práticas sejam utilizadas por um número notável de pessoas, a institucionalização na Atenção Primária à Saúde (APS) cresceu de modo pouco significativo.⁸ Isso pode ser explicado pelo privilégio conferido às evidências científicas que possam ser objetivadas estatística ou laboratorialmente, em detrimento de evidências clínicas não diretamente associadas à significância estatística. Ademais, a aplicabilidade das PIC é, geralmente, motivada pelo interesse em ofertar um cuidado diferenciado, menos dispendioso e mais condizente com o contexto da totalidade.⁹

Os desafios são claros e foram retratados no relatório de gestão do período entre 2006-2010, da Coordenação Nacional da PNPIC, publicado em 2011. Entre eles, destacam-se os seguintes: formação e qualificação de profissionais; monitoramento e avaliação dos serviços; fornecimento de insumos; estruturação dos serviços na rede pública; desenvolvimento/adequação de legislação específica; investimento em pesquisa e desenvolvimento de processos e produtos.

O impacto das PIC alcança os campos econômico, técnico, sociopolítico, de formação e pesquisa.^{10,11} Não obstante, apesar de alguns municípios brasileiros estarem incorporando essas modalidades de atenção, como Campinas (São Paulo), Florianópolis (Santa Catarina) e Recife (Pernambuco)¹², ainda é necessário difundir as PIC no SUS. Para tanto, faz-se necessária

a ampliação dos sentidos da prática profissional ancorada em princípios integrativos e em uma sociabilidade orientada por valores holísticos.

Nesse sentido, este estudo buscou compreender os sentidos atribuídos pelos gestores dos serviços da Região Metropolitana de Goiânia (RMG) sobre a oferta das PIC na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

A presente pesquisa caracteriza-se como descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, utilizando-se de entrevistas com 21 gestores/coordenadores dos serviços de APS da RMG, no período compreendido entre agosto a dezembro de 2017. Apresenta relações com a pesquisa finalizada na Região Metropolitana de Campinas, em parceria com o Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS), da Universidade Estadual de Campinas, e configura-se como a versão estendida do texto publicado nas Atas do Congresso Ibero-americano de Investigação Qualitativa (CIAIQ2018), ocorrido em Fortaleza - Brasil, em 2018.

A escolha da abordagem qualitativa¹³ fundamentou-se na possibilidade de aplicação de técnicas e recursos instrumentais adequados à compreensão de valores culturais e representações sociais, permitindo conhecer como se desencadeiam as relações entre os atores envolvidos e a oferta de PIC na RMG. Essa região, composta por 20 municípios, é considerada a mais expressiva do estado de Goiás, pois vem apresentando crescimento progressivo, seja a partir da análise de indicadores populacionais, seja em termos de Produto Interno Bruto.¹⁴

Inicialmente, foi feita a verificação dos serviços de APS da RMG no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Neste, foi possível a identificação de 274 serviços, dos quais 70 se encontravam cadastrados com a oferta de PIC. Para esse estudo obteve-se a carta de anuência de 17 municípios entre os 20, totalizando 234 serviços de APS.

Foi realizado o contato telefônico para checagem dos registros no CNES, sendo excluídos 53 dos 234 serviços, considerando os critérios: reforma do estabelecimento, recusa de participação da entrevista, agenda do gestor local e problemas de telefonia. Posto isto, de acordo com o pressuposto de incluir somente os serviços que ofertassem as PIC, participaram do estudo 21 gestores, sendo 11 da Estratégia de Saúde da Família (ESF), cinco da Unidade Básica de Saúde (UBS), três da Academia de Saúde e dois do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Todos os gestores entrevistados, no entanto estão concentrados em cinco municípios da RMG. Os cinco municípios em que os participantes da pesquisa trabalham possuem a seguinte rede de serviços de saúde: Município 1 (duas UBS, duas ESF e uma Academia de Saúde); Município 2 (37 UBS e duas Academias de Saúde); Município 3 (48 UBS, 30 ESF e um NASF); Município 4 (sete UBS e uma Academia de Saúde); Município 5 (dez UBS e um NASF).

Os critérios de inclusão para participar do estudo foram: ser gestor de um dos serviços de APS que ofertasse PIC e estar em

pleno exercício de suas atividades, independente do tempo na gestão. A denominação gestor foi atribuída aos que ocupassem o cargo de gestão e/ou àqueles da equipe que atuassem na coordenação no momento da entrevista. Foram excluídos os gestores que não estivessem no local de estudo no período de coleta de dados.

Para a caracterização do perfil dos participantes, foi aplicado um questionário com informações sobre: idade, sexo, etnicidade, estado civil, formação, cargo contratual, tipo e tempo de atuação na gestão. As entrevistas, previamente agendadas e gravadas em formato digital, ocorreram conforme a disponibilidade dos participantes em ambiente privativo e disponível no serviço. Foram orientadas por um roteiro composto pela seguinte questão norteadora: Para o senhor (a), o que significa Práticas Integrativas e Complementares?

O processo de análise temática de conteúdo foi guiado pela trajetória proposta por Bardin¹⁵, que consiste no conjunto de técnicas de análise das enunciações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a inferência sobre o que foi tematizado nas mensagens. A organização dos dados contemplou as três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) interpretação dos resultados. A pré-análise consistiu na leitura flutuante do material para identificar as percepções dos participantes sobre a disponibilização das PIC; a exploração do material, em leituras detalhadas dos sentidos identificados, com o objetivo de agrupar as ideias convergentes/divergentes que emergiram com maior relevância.

Foi realizado o desmembramento do texto em categorias temáticas, entendidas como “expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado”.^{15:317} A organização e sistematização dos dados foi facilitada com o auxílio do software NVivo 12, um programa de apoio a pesquisas com dados não numéricos e não estruturados.¹⁶

Os direitos dos participantes foram protegidos mediante a informação de todos os aspectos relevantes da pesquisa, incluindo seus riscos e benefícios (descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Para preservar o anonimato, os entrevistados foram identificados pela letra G (Gestores), seguida de uma numeração (1 a 21) correspondente à ordem do convite. A proposta do estudo foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás e aprovada sob o parecer nº 2.057.783, em 11 de maio de 2017.

RESULTADOS

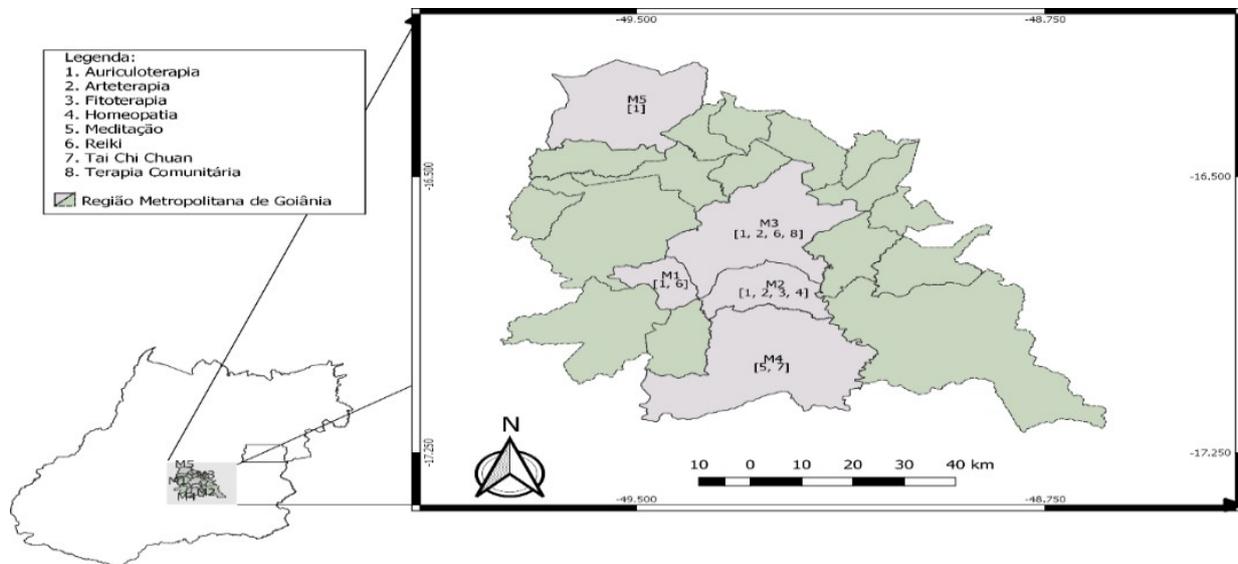
O número de unidades com oferta de PIC (21) difere do quantitativo registrado no CNES (70), no qual houve a predominância da disponibilização de práticas corporais/atividade física. Do total de 21 gestores/coordenadores de serviços de APS: sete (33,33%) tinham formação em Enfermagem, quatro (19,04%) em Fisioterapia, dois (9,52%) em Gestão em Recursos Humanos, um (4,76%) em Gestão em Saúde Pública, um (4,76%) em Biomedicina e um (4,76%) em Nutrição; enquanto cinco profissionais (23,80%) tinham apenas o Ensino Médio.

Quanto à faixa etária, prevaleceu a idade média de 39 anos. A maioria (N=18/85,71%) era do sexo feminino, casada (N=16/76,19%) e se autorreferenciou como parda (N=10/47,61%). O tipo de vínculo foi estatutário (N=11/52,38%), comissionado (N=7/33,33%) e contratado (N=3/14,28%), com tempo de atuação na gestão entre 5 e 48 meses.

Os gestores fizeram referência à oferta das seguintes modalidades terapêuticas constantes na PNPIC: auriculoterapia, arteterapia, fitoterapia, homeopatia, meditação, reiki, tai chi chuan e terapia comunitária. A prática prevalente foi a auriculoterapia (presente em quatro municípios, denominados de M na Figura 1), seguida da arteterapia. Tais práticas foram identificadas em cinco municípios da RMG.

Figura 1. Distribuição de PIC por municípios da RMG nos serviços de saúde no ano de 2017.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2018).



Foram identificados nos relatos dos participantes subtemas relativos à: dificuldade em conceituar e exemplificar PIC; estratégia de promoção e educação em saúde; aproximação do usuário; atendimento integral; socialização; estabelecimento e fortalecimento de vínculo; realização profissional; diminuição de gastos com medicamentos; satisfação profissional; apoio do NASF; sobrecarga profissional; carência de recursos humanos habilitados e insumos básicos; espaço físico precário; falta de reconhecimento de gestores; fortalecimento da autoestima, socialização e satisfação pelo atendimento recebido em consequência do acolhimento, do atendimento integral e humanizado; pouca divulgação.

A partir desses subtemas emergiram as seguintes três categorias temáticas: PIC para gestores; aspectos positivos e negativos da oferta das PIC para a equipe de saúde; aspectos positivos e negativos da disponibilização das PIC para os usuários dos serviços.

I. PIC para gestores

Esta categoria retrata as percepções dos gestores dos serviços de APS quanto à utilização das PIC no cuidado em saúde, bem como a influência dessa experiência no exercício profissional. A denominação Práticas Integrativas e Complementares foi relatada com dificuldade:

Nossa! Não sei te responder o que significaria essa prática cooperativa. [...] eu já fiz fisioterapia, né, durante um ano [...] trouxe uma melhoria muito grande porque eu sentia muita dor na coluna e depois que eu fiz essa fisioterapia eu não sinto mais dor (G1).

Eu acho que é o tratamento com produtos naturais que as pessoas podem encontrar no cantinho de casa [...] alguma coisa assim parecida (G3).

É grupo de caminhada e grupo de alongamento (G12).

Embora os dados empíricos apresentem limitações e precariedades na conceituação e exemplificação das PIC, os participantes compreendem o contexto ao fazerem referência à integralidade, à promoção e educação em saúde e à estratégia de aproximação do usuário à unidade. Nas palavras de um dos entrevistados:

Eu acho que essas práticas vêm assim pra trazer o usuário mais próximo da unidade de saúde, né... a gente consegue manter um vínculo com o usuário e, em contrapartida, melhora na qualidade de vida dele também (G4).

Outras percepções evocadas foram as ideias de estabelecimento de vínculo com o usuário e socialização, além da oferta da prática enquanto complementariedade e redução de gastos com medicamentos:

[...] a gente pega vínculo, né! Então, por exemplo, na hora que eles estão fazendo as ações, a gente, enquanto integrante da unidade, também participa com eles [...] (G4).

É um complemento mesmo, uma 2ª chance [...] não é só a pessoa vir aqui e só consultar [...] a unidade vai mais do que isso [...] (G8).

[...] A gente acaba que aprende com cada um [...] principalmente quem tem depressão. Sabe aquelas pessoas mais ansiosas, que não conseguem dormir à noite, tomam muito medicamento [...] você consegue controlar essa parte sem o medicamento (G10).

Tais discursos incitam aspectos importantes a serem considerados, uma vez que, à medida que se visualiza os benefícios proporcionados aos usuários, valoriza-se a oferta, a qual tende também a cooperar para o crescimento e realização profissional. Situações como essas estão presentes nas respostas de gestores facilitadores das PIC, quando afirmam que a prática:

Influencia. Porque você vê o retorno daquilo, você vê a pessoa ali melhorando. [...] Chegar pra você e, às vezes, até chora: “nossa, doutora, você não sabe o que isso fez na minha vida” (G10).

Vale ressaltar, ainda, o retrato da indiferença dada às práticas, revelando um relativo distanciamento. Como afirmou um entrevistado:

[...] não vejo diferença [...] pensando em todas as atividades que são oferecidas. E até o fato da população, às vezes, nem conhecer essas práticas integrativas (G9).

II. Aspectos positivos e negativos da oferta das PIC para a equipe de saúde

Nesta categoria, são evidenciados os benefícios e os obstáculos das PIC para a equipe de saúde, na percepção dos gestores. Não raro, constata-se unanimidade no reconhecimento do fortalecimento de vínculo com os usuários, aliado à satisfação do profissional (estímulo para a continuidade da oferta dessas práticas), como bem se observa nos trechos abaixo:

Eu acho que há proximidade, porque esses pacientes que participam das práticas eles têm um vínculo maior com os profissionais [...] o vínculo deles é mais fortalecido do que aquele paciente que só vem de três em três meses fazer o acompanhamento (G4).

Eu vejo, principalmente, a satisfação das profissionais ao verem o tanto que o trabalho delas está sendo importante pra outras pessoas [...] (G9).

No entanto, por mais valiosos que sejam os relatos anteriores, na prática, os profissionais que implementam as PIC são os mesmos diretamente envolvidos no cuidado geral dos usuários, motivo pelo qual os gestores enfatizaram a positividade do suporte do NASF, na perspectiva de evitar a sobrecarga dos profissionais:

Eu acho que, quando o NASF chega aqui pra nos dar esse apoio, ele tira um pouco da nossa sobrecarga, porque nós, enquanto gestores e enfermeiros, temos

muito trabalho dentro da unidade e aí [...] nos ajuda a fazer a nossa tarefa (G5).

Inclusive quem faz essas práticas são especificamente as pessoas do NASF [...] então, por isso temos aqui (G8).

Quanto aos aspectos negativos da disponibilização das PIC para a equipe, alguns gestores afirmaram não os identificar. No entanto, os dados revelam o consenso quanto a algumas dificuldades para a efetiva implementação dessas práticas, a saber: carência de recursos humanos habilitados e insumos básicos; estrutura física não disponível ou precária; e falta de apoio da gestão municipal, levando a iniciativas individuais e pontuais.

Eu acho que o nosso problema maior hoje é o estrutural, porque, muitas vezes, a gente não consegue dar a oferta de qualidade por falta de material [...] alguns vêm uma vez e depois não querem vir mais [...] aí tem que trazer de casa (G4).

Falta treinar mais pessoas, porque se a gente tiver mais profissionais a gente pode oferecer pra uma população maior e divulgar mais [...] (G13).

Às vezes, a gente quer fazer alguma coisa, mas se a gente não arcar com aquilo, não acontece [...] às vezes, o que falta é isso: o incentivo (G14).

É relevante, também, o protagonismo de profissionais que desenvolvem trabalho voluntário para disponibilizar as PIC nos serviços de APS. Nas palavras de um dos gestores entrevistados:

A enfermeira faz a auriculo e a dentista começou a fazer o curso. Elas sentiram necessidade de fazer algo mais pros paciente (G6).

III. Aspectos positivos e negativos da disponibilização das PIC para os usuários dos serviços

A capacidade das PIC produzirem sentidos na vida dos usuários foi recorrente nos discursos. Os participantes enfatizaram os seguintes benefícios: fortalecimento da autoestima, socialização e satisfação pelo atendimento recebido em consequência do acolhimento, do atendimento integral e humanizado. Sendo todos esses benefícios construídos ou potencializados com a participação nas PIC:

Acho que a autoestima [...] às vezes, a pessoa precisa, é sozinha e aí chega na unidade e tem uma terapia dessa, às vezes, ele não tá precisando de medicamento [...] muda completamente a vida dele, a autoestima dele sobe, ele se sente valorizado [...] (G11).

[...] E com a auriculoterapia, muitos pacientes elogiam a nossa unidade por causa da questão do tratamento dos profissionais com a população [...] o profissional vê o paciente como um todo, ele vê o paciente por inteiro (G6).

Adicionalmente, há de se considerar a repercussão na reconstrução do relacionamento interpessoal, estendida principalmente ao seio familiar:

[...] na família tá mais disposto. Muitos chegaram e até falaram pra mim:

-Nossa! Não sei o que é isso de auriculoterapia, mas vai, porque tinha muito tempo que você nem sorria e você tá sorrindo hoje [...] coisa que há muitos anos você não fazia (G10).

Como tópicos negativos foram narrados o cancelamento da oferta das PIC quando há afastamento legal do executante (férias, licença médica) e a insuficiente divulgação das práticas nos serviços de APS. Segundo os entrevistados:

Só tem um profissional [...] e agora mesmo a profissional fez uma cirurgia. Então, ela tá afastada, e os idosos estão sem ninguém pra fazer a prática. Esse é a parte negativa. Agora, se fossem duas pessoas, seria um pouco mais positivo (G1).

[...] porque, às vezes, você vai falar com a pessoa e ela acha que é coisa de religião e não tem nada a ver uma coisa com a outra. Então, mais informação pro público (G10).

DISCUSSÃO

Este foi o primeiro estudo sobre a oferta das PIC nos serviços de saúde da APS da RMG. Ademais, a produção científica relacionada ao tema na região é insuficiente, necessitando de fortalecimento e ampliação dos debates sobre a oferta das PIC no SUS.

É importante ressaltar a divergência numérica entre os serviços registrados no CNES e os que realmente ofertam PIC na APS na RMG. Tal ocorrência pode sugerir desatualização, dificuldades e/ou limitações na inserção de dados pelo digitador, possíveis erros no preenchimento dos itens solicitados no cadastro e subnotificações.¹⁷ Situação semelhante foi retratada na investigação sobre o processo de implantação da acupuntura nos serviços públicos de saúde dos 26 municípios integrantes do Departamento Regional de Saúde XIII, do Estado de São Paulo. Na pesquisa, foi identificada a ausência de registros referentes à acupuntura em 84,4% dos Planos Municipais de Saúde.¹⁸

Observa-se a existência de uma lacuna de conhecimento e até de uma insegurança dos gestores na definição de PIC, pois mencionaram práticas de caráter biomédico. Esse aspecto corrobora tanto para a imprecisão conceitual (confundindo e mascarando a realidade), quanto para a demonstração de fragilidade na institucionalização, avaliação e monitoramento dessas práticas.¹⁷ Seriam esses os motivos para a invisibilidade das PIC? É possível que sim, pois o desconhecimento, oriundo, muitas vezes, do déficit de informações na formação acadêmica, tende a colaborar para a invisibilidade das PIC no SUS.¹⁹

Em seis estabelecimentos, a disponibilização das PIC esteve atrelada a situações eventuais e/ou emergenciais, considerando o déficit de recursos materiais e humanos. Tal fato permite vislumbrar que as PIC, mesmo quando inseridas na dinâmica da APS, encontram-se à parte das demais atividades do padrão hegemônico biomédico. Em consonância com esse achado, em um estudo transversal sobre o conhecimento dos gestores da saúde dos municípios de São Paulo sobre a Política e a implementação da homeopatia nos serviços locais de saúde,²⁰ evidenciou-se que o desconhecimento da racionalidade médica homeopática e da PNPIC contribuiu para a sua não implementação e desregulamentação nos municípios. A pouca ou ausente valorização das PIC pelos gestores e demais membros da equipe é mais um elemento que contribui para a periferização das PIC na APS no SUS.²¹

Foi notório nos relatos de alguns entrevistados um sentimento de indiferença, de tal modo que as PIC são secundarizadas em relação ao seu potencial. Por vezes, são reduzidas ao foco estrito do adoecimento, aproximando-se da concepção mecanicista ou da perspectiva prescritiva, na qual “corre-se o risco de que tais práticas e medicinas assumam o mesmo formato intervencionista e curativo que tem predominado na medicina de base biologicista”.^{22:365-366}

As potencialidades das PIC estão, entre outras, estruturadas na concepção positiva de saúde como uma forma de superar o olhar fragmentado, preenchendo, portanto, lacunas do modelo biomédico. Esse é o motivo pelo qual a incorporação dessas práticas na APS favorece a complementariedade de saberes e contribui para um cuidado contextualizado às reais necessidades dos indivíduos, tornando-os protagonistas no enfrentamento do processo saúde-doença.²³ Os resultados permitem, dessa maneira, ratificar a seguinte afirmação:

O gestor despreparado para tal é hoje um dos nós críticos do serviço público, pois propicia discrepâncias quanto à liderança necessária para conduzir processos de mudança e executar políticas de saúde [...].^{24:839}

Em um estudo com coordenadores de serviços de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras PIC, foi retratada a importância destes agentes em operar mudanças nos espaços de produção.²⁵ Isso implica na importância do ensino das PIC na formação dos profissionais de saúde, pois o aprendizado de diferentes racionalidades (várias práticas terapêuticas ou de promoção à saúde, em geral, associadas entre si), segundo uma perspectiva técnica e filosófica, permite a ampliação das possibilidades no cuidado em saúde, considerando o perfil de adoecimento e as singularidades dos indivíduos.^{19,26} Logo, acredita-se que um indivíduo que detenha o conhecimento é capaz de intervir diretamente na proposta terapêutica, influenciando a si próprio e aos outros. Por isso, o investimento na formação e qualificação para o trabalho com as PIC no SUS deve ser uma ação permanente.^{23,27}

De maneira geral, apesar dos entrevistados demonstrarem dificuldades para conceituar as PIC, os benefícios da oferta dessas

práticas que indicaram faz interface com as concepções do cuidado integral em saúde. Eles reconhecem que a incorporação dessas práticas é uma ação dialógica, na qual o simbolismo e as subjetividades tornam-se presentes, estendendo-se à qualificação na prestação do cuidado e, conseqüentemente, promovendo o estabelecimento de confiança.

Esse resultado confirma o posicionamento de teóricos sobre o preparo profissional aliado a uma comunicação eficaz para promover o respeito às diferentes concepções relacionadas à saúde ou ao cuidado.^{28,29} Os entrevistados reconhecem o fortalecimento do vínculo profissional-usuário a partir de uma escuta atenta, permeada de empatia e afetividade, corroborando com outros valores associados a maior qualidade de vida, integração social, redução do uso de medicamentos e estímulo aos mecanismos naturais de cura.³⁰

A equipe do NASF foi citada enquanto apoiadora dos serviços de APS. Essa equipe, além de ser parte integrante da APS, é reconhecida como parceria dos profissionais de saúde da ESF, seja na construção de fluxos, seja proporcionando educação permanente para que haja interação das PIC com as demais práticas ofertadas.^{31,32} Ademais, promove uma maior divulgação das PIC no sistema de saúde, já que oportuniza o trabalho em conjunto e interdisciplinar, possibilitando a troca de experiências e a construção do conhecimento.³² Não obstante, o NASF não está presente em todos os municípios pesquisados.

Por outro lado, os desafios relacionados aos aspectos negativos apresentados nas narrativas são claros, inclusive convergentes com outros estudos. Na opinião de gestores e profissionais de saúde a respeito da implantação das PIC no SUS, foram identificados como obstáculos, principalmente, a aquisição e fornecimento de insumos, limitando a ampliação do acesso às práticas pelos usuários.²³ Tais desafios têm como potencial obstáculo o subfinanciamento nas três esferas de gestão.^{18,20} Outra pesquisa, sobre a experiência da inserção do Lian Gong na ESF de Samambaia (DF), mostrou que a falta de locais adequados e a necessidade de capacitar um número maior de profissionais é o maior problema do trabalho com aquela PIC.³³

Ainda, a insuficiente divulgação sistematizada também dificulta a manutenção das PIC e, conseqüentemente, colabora para a não aceitação dessa abordagem holística, que amplia a contextualização das especificidades loco regionais e apoia-se em um planejamento administrativo, político e institucional para a construção de um SUS prudente.^{28,34}

Observa-se nos relatos dos gestores que são também facilitadores de PIC que a vivência pessoal com essas práticas é disparadora de processos de ressignificação do cuidado em saúde. Todavia, a busca de caminhos pautados na visão holística para a compreensão do processo saúde-doença-cuidado, nem sempre é apreciada pelos entrevistados, pois, muitas vezes, são submetidos às normas definidas por instâncias contrárias à implantação e implementação das PIC no SUS.^{35,36} Sobre esse aspecto, fica claro que legitimar socialmente as PIC implica superar tanto a ciclicidade de mudanças de governantes (o que

sugere a descontinuidade das ações), quanto a verdade única da biociência e medicina especializada no cuidado à saúde.^{27,30}

É interessante atentar, também, para uma contradição nos discursos dos entrevistados, pois mesmo sendo vislumbrados os aspectos positivos, os gestores deixaram transparecer a priorização de outras ações e a oferta de PIC como uma sobrecarga para o trabalhador responsável. Esse resultado confirma as reflexões apresentadas em outro estudo que discutiu os potenciais e os desafios do trabalho interprofissional com as PIC na APS.³⁷ Essa relação reforça uma cultura institucional enraizada no modelo biomédico, no qual o direcionamento ao tratamento e à assistência de agravos limita outras ações de promoção da saúde.²¹

Considera-se urgente desfocar esse olhar limitado, já que um experimento recente de expansão das PIC para a ESF mostrou-se promissor no sentido de motivar profissionais híbridos (praticantes de biomedicina e PIC) a serem instrutores dos demais colegas.³⁴ Trata-se de uma possibilidade de ampliar a clínica no sentido de eleger o recurso terapêutico mais adequado, tendo em vista o enriquecimento interpretativo e a convivência com a pluralidade terapêutica.^{26,28}

Defende-se, assim, a necessidade de conferir visibilidade e legitimidade às PIC, pois não se trata de incluir novos profissionais, nem de focar na atenção especializada, mas de potencializar e viabilizar as práticas já desenvolvidas.³⁸ Para tanto, será essencial o preparo desses agentes para influenciar consideravelmente a operacionalização do serviço em favor de outros modelos assistenciais. Notoriamente, o desconhecimento e a baixa divulgação da oferta das PIC permite a manutenção da atenção à saúde direcionada para as consultas e os atendimentos individuais, reforçando a lógica biologicista (centrada na medicalização do sofrimento) e desfocando a integralidade.²¹

Uma racionalidade única é incapaz de responder a todos os questionamentos sobre o adoecimento. Por isso, na associação de diversos saberes e práticas, na perspectiva interdisciplinar, percebe-se um maior potencial de êxito técnico e prático. Nesse prisma, vê-se um longo caminho a ser percorrido por gestores, trabalhadores e usuários do SUS, para que, de fato, seja alcançada a implementação das PIC em alguns serviços e a sua introdução em muitos outros da APS no SUS.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A análise de conteúdo temática foi eficaz para a compreensão dos sentidos atribuídos pelos gestores dos serviços de APS sobre a disponibilização das PIC na RMG. Os núcleos de sentidos emergiram em categorias que denotaram o quanto as PIC ainda estão restritas em sua amplitude, tendo em vista um modelo de saúde pautado na especialização e fragmentação, o que implica na baixa e descontínua oferta de PIC.

Foram notórias as dificuldades e a insegurança dos gestores/ coordenadores entrevistados quanto à conceituação das PIC, embora compreendessem o contexto de inserção das práticas.

Além disso, vislumbraram pontos positivos e negativos da sua oferta, considerando a atuação da equipe e atenção aos usuários. Os desafios são pertinentes à necessidade de garantir financiamento, capacitar e envolver gestores e profissionais, disponibilizar recursos materiais e divulgar de forma ampla e sistematizada as PIC.

Assim, é imprescindível proporcionar mais espaços de reflexão sobre a pluralidade de racionalidades de cuidado, abrangendo gestores/coordenadores, profissionais e usuários. A finalidade é construir no campo da saúde uma realidade com políticas públicas que contemple as necessidades e singularidades dos indivíduos, subsidiando a tomada de decisões que favoreçam o desenvolvimento das PIC nos serviços do SUS.

Considera-se como limitação do estudo o período de coleta de dados, uma vez que as PIC na RMG estão em fase de implantação e implementação. Outro ponto a ser elucidado foi a opção por abordar os serviços de APS sem abranger especificidades no cuidado à saúde mental. Isso se justificou pela essencialidade em se adequar ao tempo previsto para a coleta de dados.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Concepção do desenho da pesquisa. Aquisição de dados. Análise e interpretação dos dados. Revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade pela acurácia e integridade do conteúdo: **Leylaine Christina Nunes de Barros. Ellen Synthia Fernandes de Oliveira. Janaína Alves da Silveira Hallais**

Concepção do desenho da pesquisa. Análise e interpretação dos dados. Revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade pela acurácia e integridade do conteúdo: **Nelson Filice de Barros. Ricardo Antônio Gonçalves Teixeira**

EDITOR ASSOCIADO:

Aline Aparecida Monroe

REFERÊNCIAS

1. Otani MAP, Barros NF. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 mar; 16(3): 1801-11. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300016>.
2. Gerhardt TE, Burille A, Muller TL. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In: Pinheiro R, Gerhardt TE, Ruiz ENF, Silva Jr AGS. *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO; 2016. p. 27-97. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>
3. Habimorad PHL. Práticas integrativas e complementares no SUS: revisão integrativa [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/139384/000858853.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2006.

5. Paranaçuá TT, Bezerra ALQ, Souza MA, Siqueira KM. As práticas integrativas na estratégia saúde da família: visão dos agentes comunitários de saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2009 jan-mar;17(1):75-80.
6. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 (BR). Inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à política nacional de práticas integrativas e complementares. *Diário Oficial União, Brasília (DF)*, 28 mar 2017: Seção 1:68.
7. Ministério da Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2018.
8. World Health Organization. Traditional medicine strategy [online]. Geneva: WHO; 2014 [citado 2019 Mar 27]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1
9. Magalhães MGM, Alvim NAT. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. *Esc Anna Nery*. 2013;17(4):646-53. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130007>.
10. Barros NF. Política de práticas integrativas e complementares no SUS: uma ação de inclusão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):850. <http://dx.doi.org/10.1590/S14138123200600030034>.
11. Bessa JHN, Oliveira DC. O uso da terapia reiki nas Américas do Norte e do Sul: uma revisão. *Rev Enferm UERJ*. 2012 dez;21(Esp. 1):660-64. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21nesp1/v21e1a17.pdf>
12. Tesli Jr E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud Av*. 2016;30(86). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa populacional [online]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [citado 2019 Mar 27]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015>
15. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Editora Edições 70; 2011.
16. Houghton C, Murphy K, Meehan B, Thomas J, Brooker D, Casey D. From screening to synthesis: using NVIVO to enhance transparency in qualitative evidence synthesis. *J Clin Nurs* [online]. 2016 [citado 2019 Mar 27];26:873-81. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jocn.13443>
17. Sousa IMC, Bodstein RC, Tesser CD, Santos FAS, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saude Publica* [online]. 2012 [citado 2019 Mar 27];28(11):2143-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/14.pdf>
18. Sousa LA, Barros NF, Pigari JO, Braghetto GT, Karpiuk LB, Pereira MJB. Acupuntura no Sistema Único de Saúde: uma análise nos diferentes instrumentos de gestão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017 jan;22(1):301-10. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.10342015>.
19. Luz MT, Barros NF. organizadores. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS; 2012.
20. Galhardi WNP, Barros NF, Leite-Mor ACMB. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a política nacional de práticas integrativas e complementares e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. *Cien Saude Colet*. 2013;18(1):213-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100022>.
21. Randow R, Campos KFC, Roquete FF, Silva LTH, Duarte VES, Guerra VA. 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*. 2016 dez;29(Suppl.):111-17.
22. Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trab Educ Saúde* [online]. 2012 nov [citado 2019 Mar 27];9(3):361-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000300002&script=sci_abstract&tlng=pt
23. Ischkanian PC, Pelicioni MCF. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. *Rev Bras Cresc Desenvolv Hum*. 2012;22(2):233-8.
24. André AA, Cimapone MHT. Competências para a gestão de Unidades básicas de Saúde: percepção do gestor. *Rev Esc Enferm USP*. 2007 dez;41:835-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000500017>.
25. Machado DC, Czermainski SBC, Lopes EC. Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. *Saúde em Debate* [online]. 2012 dez [citado 2019 Mar 27];36(95):615-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a13v36n95.pdf>
26. Nascimento MC, Romano VF, Chazan ACS, Quaresma CH. Formação em práticas integrativas e complementares: desafios para as universidades públicas. *Trab Educ Saúde*. 2018 abr;16(2):751-72. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00130>.
27. Losso LN, Freitas SFT. Avaliação da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica em Santa Catarina. *Saúde em Debate* [online]. 2017 set [citado 2019 Mar 27];41(3):171-87. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0171.pdf>
28. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saud Pub*. 2008;42(5):914-20.
29. Gatti MFZ, Leão ER, Silva MJP, Aquino CR. Perfil da utilização das terapias alternativas/complementares de saúde de indivíduos oriundos do sistema complementar de saúde. *Cad Naturologia Complem* [online]. 2015 [citado 2019 Mar 27];4(6):29-35. Disponível em: <http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/CNTC/article/view/2501>
30. Tesser CD, Souza IMC. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saude Soc*. 2012;21(2):336-50.
31. Sampaio LA, Oliveira DR, Kerntopf MR, Brito Jr FEB, Menezes IRA. Percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família sobre o uso da fitoterapia. *Reme*. 2013;17(1):77-85.
32. Nascimento MVN, Oliveira IF. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. *Estud Psicol* [online]. 2016 jul-set [citado 2019 Mar 27];21(3):272-81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20160026>
33. Andrade SC, Leão DAO, Silva KV, Melo BC, Guimarães AMS, Paulo GP. Experiência da inserção do Lian Gong na estratégia saúde da família de Samambaia – Distrito Federal. *Com Ciências Saúde* [online]. 2013 [citado 2019 Mar 27];22(4):9-18. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n1_a01_experiencia_insercao_lian.pdf
34. Santos MC, Tesser CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* [online]. 2012 [citado 2019 Mar 27];17(11):3011-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a17.pdf>
35. Nunes MF, Junge JR, Gonçalves TR, Motta MA. A acupuntura vai além da agulha: trajetórias de formação e atuação de acupunturistas. *Saude Soc*. 2017 jan-mar;26(1):300-11. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017157679>.
36. Souza LEPF. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciênc Saúd Colet*. 2009;14(Supl. 3):911-18. <http://dx.doi.org/10.1590/S141381232009000300027>.
37. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúd Deb*. 2018 set;42(1):163-73. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s111>.
38. Lima KMSV, Silva KL, Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e relação com a promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface*. 2014;18(49):261-72. <http://dx.doi.org/10.1590/180757622013.0133>.