

Percepção de gestores sobre a produção do cuidado na atenção primária à saúde a partir das práticas integrativas e complementares

Managers' perception of care production in primary health care based on integrative and complementary practices (abstract: p. 17)

Percepción de los gestores sobre la producción del cuidado en la atención primaria de la salud a partir de las prácticas integradoras y complementarias (resumen: p. 17)

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior^(a)

<arodrigues.junior@uece.br> 

Clarissa Dantas de Carvalho^(b)

<clarissa.dantas@aluno.uece.br> 

Ana Suelen Pedroza Cavalcante^(c)

<anasuelen.cavalcante@uece.br> 

Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto Marinho^(d)

<mirna.marinho@urca.br> 

Maria Rocineide Ferreira da Silva^(e)

<rocineide.ferreira@uece.br> 

^(a, e) Centro de Ciências da Saúde (CCS), Universidade Estadual do Ceará (UECE). Avenida Dr. Silas Munguba, n. 1700, Itaperi. Fortaleza, CE, Brasil. CEP: 60714-903.

^(b) Pós-graduanda do Programa de Saúde Coletiva (doutorado), CCS, UECE. Fortaleza, CE, Brasil.

^(c) Faculdade de Educação e Ciências Integradas de Crateús, UECE. Fortaleza, CE, Brasil.

^(d) Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Regional do Cariri. Crato, CE, Brasil.

Objetiva-se analisar os sentidos atribuídos pelos gestores com relação à saúde e à produção do cuidado a partir das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nas unidades de Atenção Primária. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada entre 2021 e 2022 em 95 municípios de quatro regiões metropolitanas, com a participação de 186 gestores das unidades básicas. Utilizaram-se entrevistas semiestruturadas por telefone e plataformas digitais, analisadas a partir dos Estudos Culturais. A concepção de saúde apresentou descrições diferenciadas, desde uma concepção biologicista até uma que correlaciona determinação social e sincronização corpo-mente-espírito-autonomia. Já a produção do cuidado ancorada nas práticas trouxe uma vertente de outras racionalidades de saúde, contemplando inclusive a redução da medicalização e o fomento à humanização da assistência. Evidenciou-se uma visão abrangente dos gestores da saúde sobre as PICs, que compreendem suas contribuições para a promoção da saúde na Atenção Primária.

Palavras-chave: Práticas integrativas e complementares em saúde. Atenção primária à saúde. Gestor de saúde.

Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) em Saúde, institucionalizadas desde 2006 no Brasil como recursos terapêuticos da Medicina tradicional, com foco na escuta acolhedora e no vínculo, efetivam o cuidado emancipador e constituem uma ampliação da visão do processo saúde-doença, aproximando-se da proposta da Atenção Primária à Saúde (APS) ao colaborar para a produção do cuidado integral¹⁻³.

Nesse sentido, as PICs contribuem para o fortalecimento da integralidade na atenção à saúde ao reconhecer o usuário em sua multidimensionalidade biopsicossocial e espiritual, buscando considerar em suas ações o sistema de crenças e o modo como os usuários compreendem seus problemas de saúde. A partir dessas intervenções, há o compromisso político de incentivar o trabalho participativo e o empoderamento das pessoas e comunidades⁴. Esse cenário possibilita a percepção das PICs como artefato cultural contemporâneo⁵, que merece um olhar acurado acerca das questões que o permeiam.

As PICs possibilitam ainda dimensões diferenciadas acerca do processo saúde-doença-cuidado, promovendo uma sensibilização na perspectiva do cuidado ampliado e integral na APS, evidenciando, nesse nível de atenção, que o desenvolvimento dessas práticas resulta em diminuição da prevalência de condições crônicas; aprimoramento da segurança do paciente; promoção da saúde e autonomia de pessoas idosas; e desmedicalização dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶⁻⁹.

Nesse entendimento, as PICs propiciam a autodeterminação ao promoverem o autocuidado, o empoderamento, a atenção centrada nas pessoas e, ainda, a articulação com os demais níveis de atenção à saúde, auxiliando na redução das iniquidades e ampliação de intervenções voltadas a um bem-estar integral, contribuindo, inclusive, com a redução das iniquidades em saúde¹⁰.

Verifica-se que a utilização de PICs na APS também colabora com o aumento da satisfação do usuário em relação aos serviços ofertados. No entanto, pode ser influenciada negativamente em áreas geográficas mais distantes, seja pelo horário de funcionamento que não condiz com a disponibilidade da população, seja pela percepção biologicista de profissionais que executam as práticas, escassa humanização do cuidado e/ou resistência quanto às ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) relacionadas às PICs¹¹.

Destarte, há uma invisibilização dessas práticas no contexto da APS, evidenciada pela falta de registro tanto nos prontuários quanto nos relatos nas reuniões de equipes, baixa priorização em sua implementação e falta de financiamento que garanta condições básicas para sua realização, além da ausência de espaço físico adequado¹².

Estudos apontam que, a partir da percepção de gestores da APS, estas barreiras aliam-se à sobrecarga dos profissionais e a fatores estruturais e organizacionais, tais como falta de material e insuficiência de formação em serviço, assim como a influência do modelo biomédico na organização dos serviços de APS^{13,14}.

Nesse cenário, acredita-se que a produção de cuidado que está alicerçada em uma concepção ampliada de saúde por parte dos gestores colabora para a implementação das PICs, fomentando um cuidado emancipador² ao cotidiano dos serviços de APS. Assim,

foram suscitados os seguintes questionamentos aos gestores de Unidades de Saúde: O que é saúde? De que forma as PICs podem contribuir com o cuidado em saúde na Atenção Primária?

Para tanto, o objetivo desta investigação é o de analisar os sentidos atribuídos pelos gestores com relação à saúde e à produção do cuidado a partir das PICs nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

Método

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa que compõe um recorte da pesquisa “Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde nas Regiões Metropolitanas de Campinas, Fortaleza, Goiânia e Porto Alegre”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

O cenário do estudo foi composto pelas UAPS dos 93 municípios das regiões metropolitanas de Fortaleza, Campinas, Goiânia e Porto Alegre, escolhidos em amostragem por conveniência em sorteio aleatório, a partir do mapeamento feito de 1.444 UAPS nessas regiões.

Participaram da pesquisa 186 gestores de UAPS, que ofertavam ou não PICs, registradas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), no ano de 2020. Os critérios de inclusão foram atuação em cargo de gestão da APS no período de coleta de dados ou, ainda, indicação pela gestão municipal de um profissional de referência na APS. Excluíram-se o(a)s participantes que se encontravam em período de licença-saúde, licença-maternidade, férias ou outros tipos de afastamento durante a etapa de produção de dados.

Ressalta-se que os participantes deste estudo foram os profissionais que aceitaram participar da pesquisa, que estavam dentro dos critérios de inclusão e que trabalhavam nas UAPS que tinham algum tipo de ação de PICs registrada no sistema de informações ambulatorial SIA/SUS.

Os instrumentos de coleta dos dados utilizados foram o formulário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada por telefone. Inicialmente, foi realizada uma formação virtual de três meses para os pós-graduandos responsáveis pelas coletas para alinhamento teórico-metodológico, sob condução dos pesquisadores coordenadores da pesquisa. Além disso, a partir desses encontros, o instrumento de coleta foi qualificado e validado pela equipe de pesquisa, após as discussões que ocorreram na referida formação.

O formulário sociodemográfico buscou a caracterização dos participantes, que envolveu idade, gênero, raça e informações acerca do perfil profissional, como nível de escolaridade, profissão, formação em PICs e tempo de gestão/atuação no serviço. O roteiro de entrevista continha indagações que buscavam averiguar com os gestores a concepção acerca das PICs, de saúde, de doença, de cuidado, da organização do trabalho, de experiências, de expectativas e das possíveis contribuições das PICs para a produção do cuidado no contexto da APS.

Posteriormente, houve o contato inicial com representantes legais dos municípios para conhecimento; sensibilização sobre a pesquisa; e identificação dos e-mails e telefones institucionais e particulares dos gestores locais de cada UAPS. Nesse sentido, foram contatados os gestores de cada região metropolitana envolvida. Ressalta-se que a entrada no campo após essa conversa inicial ampliou a adesão dos participantes.

Após esse momento, realizou-se contato com o gestor das unidades via ligação telefônica a partir do cadastro dos dados disponibilizado pela coordenação de APS local de cada município. Em seguida, foram encaminhadas mensagens via Whatsapp ou e-mail contendo o link que dava acesso ao formulário do tipo on-line da plataforma Google Forms.

Salienta-se que a produção das informações foi realizada durante a pandemia de Covid-19, o que trouxe repercussões para o desenvolvimento da pesquisa, explicitando-se o isolamento social, concebido à época como uma das estratégias de prevenção e enfrentamento da doença, resultando em adaptações para sua execução, especialmente no que se refere aos instrumentos propostos para a aplicação, necessários à sua consecução.

Nesse cenário desfavorável, exigiu-se maior atenção para organização da logística e, ainda, um desenho de estratégias adaptáveis à entrada em campo. Para tanto, realizou-se contato prévio com os gestores, de maneira a sensibilizá-los à participação, informando que o momento da entrevista se adequaria ao tempo de cada um, oferecendo inclusive a alternativa do período noturno. Ademais, para redução do tempo da entrevista, enviou-se previamente aos participantes via e-mail o formulário eletrônico que continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a descrição do perfil sociodemográfico e um calendário para o agendamento da entrevista.

De posse dessas informações, as entrevistas foram realizadas por meio de chamada telefônica, com duração estimada de cinquenta minutos. As ligações foram gravadas simultaneamente via gravador de voz contido no *smartphone*, mediante permissão prévia do(a) entrevistado(a), preservando seu anonimato. Em seguida, as falas foram transcritas com a utilização do aplicativo Telegram®, após ativação da função do @transcriber_bot como alternativa para o processamento do arquivo de áudio. Posteriormente, essas transcrições foram conferidas pelos entrevistadores.

A coleta de dados ocorreu entre 2021 e 2022. O encerramento do campo sucedeu-se com a delimitação do período de coleta, que foram constituídos em dois ciclos de realização de entrevistas durante quatro meses nos respectivos anos.

Os dados obtidos foram analisados a partir do referencial da análise temática, que possibilita identificar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, e da análise de significados, ancorada em três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos; e interpretação¹⁵.

Utilizou-se o *software* NVivo®, programa de apoio à análise qualitativa^{16,17}, com foco nos nós e subnós do *software*, que codificam as falas por núcleos de sentido. Nessa perspectiva, foram elencadas duas categorias que apresentam a concepção dos gestores acerca da definição de saúde e das contribuições das PICs para a produção do cuidado

na APS, analisadas a partir dos Estudos Culturais⁵, especialmente dos conceitos de representação e produção, integrantes do circuito cultural.

Buscando assegurar o anonimato dos participantes, utilizou-se a sigla “G”, representando “gestor”, seguida da sigla “UAPS” selecionada e da sigla da região metropolitana na qual a entrevista foi realizada. Em outras palavras, tem-se: G + sigla da UAPS + sigla correspondente a: Região Metropolitana de Campinas (RMC), Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), Região Metropolitana de Goiânia (RMG) e Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPOA).

Destaca-se ainda que se fez necessário para este estudo a padronização dos serviços a partir do termo UAPS, independentemente da forma como estão cadastrados no CNES (Centro de Saúde, Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde da Família e/ou outras nomenclaturas).

A pesquisa cumpriu os preceitos éticos e legais, tendo sido aprovada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa sob o número 4.738.517, atendendo às diretrizes da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Salienta-se ainda que a sistematização deste artigo considerou as diretrizes do guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)¹⁸.

Resultados

A amostra foi composta majoritariamente por pessoas que gerenciavam UAPS que ofertavam PICs nas regiões metropolitanas (52,1%), do sexo feminino (86,6%), de etnicidade/raça parda (49,5%), na faixa etária entre quarenta e 49 anos (39,2%) e com tempo de gestão na APS entre um e quatro anos (33,9%).

Apresenta-se a seguir duas categorias que emergiram a partir da análise: a primeira, que trata da compreensão dos gestores sobre saúde, que transitou entre uma visão biologicista e uma outra, de base ampliada; e a segunda, que se refere à concepção dos gestores acerca da produção do cuidado a partir das PICs nas UAPS.

Evidenciou-se que a compreensão do fenômeno saúde-doença passa pelo paradoxo entre normatizações, visão biologicista e concepção ampliada de saúde. A saúde a partir dos dispositivos orientados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foi abordada por 29,68% do total dos participantes da pesquisa, sendo exemplificada por uma gestora da seguinte forma:

Realmente a definição que a OMS estabelece é a mais real possível, porque não é só ausência de doença, é o bem-estar físico, mental, social, e hoje em dia, nos tempos que nós vivemos, cultural também. (G_UAPSSSJ_RMF)

Logo, há também gestores que delimitam a saúde na perspectiva exclusiva da dimensão biológica, que correspondem a 9,03% dos entrevistados:

A gente tem que estar bem para poder ter saúde. E ela é a ausência de desenvolvimento de células, de bactérias e protozoários, é desenvolvimento

desses agentes que faz com que a gente acabe adoecendo e desenvolvendo alguma patologia. Então, a saúde é o bem-estar físico e mental. (G_UAPSM_RMF)

Por outro lado, em comparação a 43,87% dos gestores apresentam a saúde em sua concepção mais ampliada, com a incorporação dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) e da sincronização corpo-mente-espírito-autonomia para o seu alcance. Também há relatos da necessidade de ressignificação do conceito a partir da vivência cotidiana das pessoas.

Então, eu acho que a saúde é essa questão plena de você poder ter comida, ter asfalto, ter luz, ter água encanada, ter um bom trabalho, conseguir sustentar a família, os filhos, enfim. Então, eu acho que saúde é isso. (G_UAPSV_RMC)

A saúde é tanto física quanto emocional. Então a saúde, ela engloba o todo da pessoa. Então desde o psicológico até o físico, então precisa ter esse cuidado geral para a pessoa não adoecer. A saúde não é só ausência de doença, ela precisa estar contemplando todos os vetores da pessoa pra ela não vir adoecer. (G_UAPSSL_RMPOA)

Então pra mim isso é saúde: saúde é você ter a capacidade de identificar as suas necessidades e ir atrás da correção dos seus problemas. (G_UAPSSC_RMC)

Você vai ter que ressignificar a sua vida com a condição que você tem no momento. Então eu acho que o conceito de saúde passa por isso, essa ressignificação. (G_UAPSN_RMPOA)

Saúde é até a questão do perfeito bem-estar, mas não é equilibrado e bem-estar físico, mental, emocional e espiritual que nós aprendemos durante toda a nossa vida a desenvolver. Não existe a perfeição, mas existe uma busca constante dessa questão da saúde. (G_UAPSPCR_RMF)

Pode-se atentar para o entendimento de que as PICs remetem a outras racionalidades de saúde e outros modos de cuidado, propiciando uma ampliação do conceito de saúde ocidental:

A partir do momento em que essas práticas levam o ser humano, o paciente, a entender que existem mil possibilidades de cura, não apenas o medicamento, a questão medicamentosa vai auxiliar, vai beneficiar esse paciente porque vai trazer, pra ele, o conhecimento de outros processos de cura que ele não conhecia. (G_UAPSPM_RMF)

[...] o conceito de saúde muito ligado, engessado a essa visão cartesiana, existe a separação da mente do corpo e as práticas integrativas, ela vem justamente para mostrar que não: quando o todo está em equilíbrio, as diversas dimensões físicas, biológicas, emocional, espiritual, social elas estão em equilíbrio, o indivíduo, ele passa a produzir mais saúde, fica mais saudável, aí vem o bem-estar, então eu acho que elas [as PICs] vieram pra somar. (G_UAPSSA_RMC)

Acerca da produção do cuidado a partir das PICs na UAPS, os gestores denotaram que há múltiplas facetas para a implementação dessas atividades, de maneira a produzir ampliação de acesso à saúde e bem-estar aos usuários do sistema. As PICs podem facilitar a produção do cuidado de si, como exemplifica esta gestora:

Então eu acho que as práticas integrativas atuam como uma ferramenta importante nesta questão do autocuidado, do autocuidado apoiado, porque a gente vai ensinando e ele vai fazendo e se tornando protagonista neste processo, ou de prevenção ou de controle de doenças. (G_UAPSJF_RMC)

Também há uma relação da implementação das PICs como recursos terapêuticos que favorecem a humanização na atenção ao propiciar acolhimento e vínculo:

Então, a prática é o momento que elas têm para serem ouvidas, para poder falar, e a gente percebe essa diferença que não tem uma mesa separando o usuário do profissional, onde tu tá ali de igual com ele, então, essa é a diferença, e eles percebem esse vínculo que se forma. (G_UAPSC_RMPOA)

Eu acho que essa forma do acolhimento, eu acho que a pessoa vai se sentir acolhida, cuidada, quando a gente toca uma pessoa é isso, ela não é só pra fazer um procedimento e a pessoa sair não, a gente vai falar e ouvir o problema, a pessoa vai ter um espaço de escuta, de humanização, e poder falar também essas coisas. (G_UAPSN_RMG)

Além disso, explicita-se uma produção de cuidado que minora a medicalização e consolida um cuidado possível de ser implementado na APS.

[...] elas vão permitir que as pessoas tenham mais acesso a cuidados, saindo da questão da medicalização. Então, por exemplo, na questão da arteterapia, na questão da roda comunitária, a auriculoterapia, enfim, todas as práticas. São outros cuidados, que as pessoas vão receber... outras terapias que vão ajudar a cuidar da saúde delas, de uma forma geral. (G_UAPSRI_RMPOA)

Não é à toa que essas práticas estão associadas a essa questão do cuidado com a saúde mental. A gente vê muito no buscar essa questão na massoterapia, nas rodas e conversa da rede, que ajudam muito, muito mesmo, a aliviar essas tensões. E elas são muito importantes. (G_UAPSLTM_RMF)

[...] às vezes auxiliando até no não usar algum medicamento, ela acaba fazendo com que a pessoa não precise usar certo medicamento porque a prática ela consegue atender, suprir essa questão. (G_UAPSSL_RMPOA)

Discussão

A compreensão dos gestores sobre saúde foi polissêmica, sendo constituída pela influência do referencial teórico proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), porém, ainda com demarcações do modelo biomédico. Na perspectiva dos Estudos Culturais, isso está relacionado à representação, que molda a forma como algo é percebido e interpretado a partir de práticas corporais, textuais e simbólicas⁵.

Apontou-se também uma concepção mais ampliada de saúde a partir da inclusão dos DSS e da atenção à saúde centrada no usuário, configurada pela busca de sua autonomia. Nesse sentido, os Estudos Culturais⁵ denotam que as relações entre os atores sociais vão se tornando mais complexas ao longo do tempo, com adoção de novas práticas e aceitação de novos conceitos.

A definição da OMS também norteou os documentos institucionais do Brasil, a exemplo da Constituição Federal (CF) de 1988, que estabelece a saúde como sendo um direito universal e um dever governamental, mediado por políticas sociais e econômicas que galgam à redução do risco de doença e de outros agravos, com acesso equânime e desenvolvimento de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde¹⁹.

Para além da CF, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990 retoma a perspectiva da CF sinalizando uma concepção ampliada de saúde, associando os fatores determinantes e condicionantes como inerentes ao processo saúde-doença¹⁹.

Apesar do aumento da oferta das PICs ser considerado positivo no SUS, existem desafios que precisam ser enfrentados, como a necessidade de apoio à política nacional, assim como ampliação da oferta desses serviços para melhorar o acesso dos usuários^{20,21}.

Destarte, faz-se importante ressaltar que desde a sua aprovação, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares não dispõe de investimento financeiro da União, sendo uma das poucas políticas do campo da Saúde aprovada sem orçamento próprio ou indutivo²². Historicamente, as PICs carecem desse apoio institucional, ainda pautado pelo modelo hegemônico biomédico, o que reforça a representação deste artefato cultural⁵ como marginal no sistema de saúde.

Este desfinanciamento tem repercutido para a institucionalização das PICs nas esferas estadual e municipal, trazendo como consequências a fragilidade e a instabilidade de sua oferta, comprometendo inclusive seu processo de monitoramento e avaliação, além de sua ampliação e consolidação por meio da EPS²³.

Embora as PICs induzam um olhar ampliado de saúde aos profissionais que as utilizam – mediante a convicção de que estas devem tratar o indivíduo, e não a doença –, ainda há uma reprodução do modelo biologicista nas falas de quem as pratica, evidenciando que coexistem o paradigma biomédico e o vitalista²⁴, o que corrobora os achados deste estudo.

Os DSS influenciam as condições de vida e de saúde da população e estão presentes em aspectos internos – como alimentação, abastecimento de água e energia – e externos – como transporte e segurança – das residências dos indivíduos²⁵.

Além disso, determinantes estruturais como raça, gênero e classe social também foram introduzidos como elementos coletivos que influenciam na saúde das pessoas²⁶.

Nesse direcionamento, estudo com gestores públicos de saúde aponta que pensar em saúde é reconhecer a determinação social de suas práticas, considerando também valores e crenças que afetam as concepções de mundo dos sujeitos²⁷.

Os gestores também trouxeram uma concepção de saúde a partir de novos significados, reverberando em relações diferenciadas individualmente com os outros e com o universo a partir de questionamentos e compartilhamentos dos processos de saúde-doença existentes²⁸.

Em outro estudo realizado com secretários municipais de saúde, evidenciou-se que, apesar de algumas noções ainda cartesianas que sustentam as práticas e a forma de fazer gestão em saúde, a associação entre saúde com o princípio da integralidade contribuiu para que o indivíduo crie autonomia e responsabilidade no processo de saúde-doença²⁹, o que é corroborado pelos achados desta pesquisa.

Assim, as PICs contrapõem-se ao modelo biologicista, uma vez que está alicerçada na integralidade do cuidado e no usuário como protagonista do desenvolvimento do seu plano terapêutico³⁰. Nesse sentido, elas têm sido evidenciadas como importantes para melhorar a saúde global e o bem-estar das populações³¹.

Destarte, as PICs foram também descritas como possibilidades para outras racionalidades e modos de cuidado. Faz-se importante mencionar que, desde a sua regulamentação, elas foram pensadas como forma de planejamento, implementação e avaliação do trabalho como práticas não convencionais no entorno dos conceitos de racionalidades médicas³².

Compreende-se que essa racionalidade médica pressupõe um sistema complexo, estruturado em seis dimensões fundamentais: cosmologia; doutrina médica; morfologia; fisiologia; sistema de diagnose; e sistema de intervenções terapêuticas, em que as PICs contemplam um escopo de eficácia terapêutica próprio, na defesa de que não existe uma Medicina alternativa, mas sim alternativas para a Medicina³³.

Assim, aponta-se que, ao longo de séculos, a Medicina ocidental contemporânea estabeleceu-se como representante única do conhecimento e portadora da racionalidade científica. Com a desnaturalização de sua hegemonia mais recentemente, ocorreu a compreensão da coexistência desta com outros sistemas – homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa e medicina indiana (ayurvédica) –, ampliando-se assim as formas de cuidado³⁴.

As falas dos gestores apontam para essa perspectiva ao anunciarem que as PICs oferecem possibilidades de cura para além da medicalização, apresentando ao usuário outras racionalidades de cuidado alicerçadas às diversas dimensões do indivíduo. Isso pode ser explicado pelos Estudos Culturais⁵ por meio conceitos como o de produção, um processo de organização de um fenômeno contemporâneo que é modificado conforme o contexto e os atores envolvidos.

A produção de artefatos culturais está diretamente relacionada ao modo de vida dos indivíduos e suas referências do cotidiano, sendo dinâmico e contextual⁵. Nesse sentido, as PICs se fortalecem ao longo do tempo como produtoras de cuidado na APS, na perspectiva dos participantes desta pesquisa.

Ademais, no contexto da APS, o conceito de medicalização pode ser confundido apenas com o uso de medicamentos. No entanto, trata-se de algo amplo, que envolve o controle da vida das pessoas e da sociedade pautado na Biomedicina e que induz a população a desejar uma resolução de problemas sociais com o uso de medicações, demandando dos profissionais atenção para oferecer e produzir outras formas de tratamento/cuidado, fortalecendo assim a integralidade e a interdisciplinaridade a partir das PICs¹¹.

Tesser e Dallegrave⁸ ressaltam em seu estudo que o tema da medicalização a partir da influência das PICs é pouco investigado no Brasil, como recursos ou práticas desmedicalizantes, menos medicalizantes ou “alternativas” à medicalização, incluindo o cuidado clínico, curativo e preventivo, considerando que ela pode transformar pessoas saudáveis em doentes, aumentando a iniquidade na distribuição dos recursos de saúde.

Assim, esses gestores possuem um papel importante neste cenário, buscando a implantação/implementação dessas práticas, fomentando a Educação Permanente em serviço, sensibilizando usuários quanto a sua relevância como forma de reduzir a medicalização e contemplando novas perspectivas de cuidado.

Fundamentando essas reflexões, estudo realizado por Barros *et al.*¹³, que objetivou compreender os sentidos atribuídos por gestores dos serviços da RMG acerca da oferta das PICs na Atenção Primária, destacou a necessidade de espaços de debate que contemplem a pluralidade de racionalidades de cuidado, abrangendo gestores/coordenadores, profissionais e usuários. Isso contribui para a construção de uma realidade que contemple necessidades e singularidades dos indivíduos, subsidiada por condutas e tomada de decisões que favoreçam o desenvolvimento das PICs no SUS.

Para tanto, quando os profissionais conhecem e desenvolvem as PICs no seu cotidiano de atuação, entendem que estas representam um importante dispositivo de prevenção e promoção da saúde na APS, articulando uma reorganização da vida do sujeito; e do cuidado de si e do outro³⁵. Essa produção de significados no cotidiano, corroborada pelos Estudos Culturais, permite a adoção das PICs como ação inerente ao sistema de saúde.

Outro ponto a ser reforçado é o de que a reorientação do modelo assistencial em saúde em busca da atenção integral trouxe à tona para o SUS uma remodelação do conceito e da práxis da humanização à saúde, contemplando os princípios da transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; protagonismo; e corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos, a partir de modos e processos de trabalho únicos e que se adequem a cada contexto, seguindo as diretrizes do acolhimento, ambiência e clínica ampliada³⁶.

As PICs proporcionam a consolidação da utilização das tecnologias leves e da humanização do atendimento na APS, fortalecendo acolhimento, vínculo e escuta³⁷, elementos fundamentais à consecução cuidado, opondo-se às práticas de queixa-

conduta e de medicalização, aproximando e apropriando os profissionais ao cuidado integral.

Nos achados deste estudo, os sujeitos pesquisados contemplaram a relevância das PICs enquanto instrumentos que oportunizam o diálogo entre profissionais e usuários, com fortalecimento do acolhimento e do vínculo a partir dessa relação. A Representação e a Produção deste artefato da cultura contemporânea⁵ vêm sendo instituídas e propiciadas no cotidiano da APS, com os desafios contínuos que as PICs possuem para sua implementação no SUS.

Nessa conjuntura, uma pesquisa que buscou compreender as percepções de profissionais que ofertam PICs em unidades de APS apontou, assim como neste estudo, que estas práticas constituem uma maneira de aproximar equipes e usuários, contribuindo ainda com uma maior comunicação; tomada de decisões compartilhadas; escuta atenta; e valorização de uma dinâmica de aprender com o outro, sobre o outro e para o outro³⁸.

Ainda no que concerne a este enfoque, Silva et al.³⁹ realizaram uma pesquisa que galgou compreender a percepção de gestores de APS acerca das PICs, mesmo em unidades que não as ofertassem. Em tal estudo, os sujeitos destacaram que estas práticas influenciam no direcionamento da filosofia do serviço e de suas ações à medida que fortalecem vínculos, a socialização com os usuários, a melhoria do acolhimento e a resolutividade de situações que requerem o emprego de métodos mais complexos³⁹.

Na presente pesquisa, também foi referido o impacto das PICs na saúde mental. Os gestores relataram que estas práticas têm um papel fundamental na gestão de condições como a ansiedade, depressão e estresse, que são cada vez mais prevalentes na população em geral⁴⁰. Salienta-se que a coleta das informações ocorreu na vigência da pandemia de Covid-19, o que pode ter influenciado a perspectiva dos participantes.

O olhar dos gestores no que tange à produção do cuidado em saúde por meio das práticas integrativas e complementares na APS denota uma diversidade de possibilidades. Nesse sentido, a incorporação das PICs na Atenção Primária constitui-se como uma estratégia primordial para incentivar a transformação de práticas e da medicalização, com uma concepção de saúde integral que englobe os aspectos mentais, físicos, psíquicos e espirituais⁴¹.

Como principal lacuna, neste estudo, destaca-se que a participação de gestores foi marcada pelo convencimento da importância do estudo e da garantia da preservação dos princípios éticos, uma vez que, ao serem convidados a participar, a maioria dos gestores realizou perguntas que demonstravam desconfiança, haja vista o contexto marcado pelas *fake news* que o país vivenciava à época da pandemia.

Considerações finais

Evidenciou-se uma visão abrangente dos gestores da saúde sobre as PICs, apesar de alguns profissionais ainda destacarem a saúde em uma perspectiva biologicista. Os gestores compreendem que as PICs, além de contribuírem para a promoção da saúde e

prevenção de doenças, também oferecem um caminho para a humanização do cuidado na APS.

A implementação das PICs configura-se como possibilidade de produção do cuidado oferecido aos usuários para além do modelo biomédico tradicional, que reconhecem a importância dessas práticas como um mecanismo essencial para a ampliação do acesso ao cuidado, ainda pouco integrado à Medicina convencional, mas que promove o bem-estar pleno ao usuário.

A utilização das PICs na APS, incorporando a integração de diferentes saberes e racionalidades, representa o avanço no conceito de saúde, uma abordagem integral mais humanizada que, a partir da promoção de saúde, prevenção de doenças e tratamento contribui para a melhoria da qualidade de vida dos usuários. Além disso, as percepções predominantes dos gestores em relação a uma visão ampliada da saúde evidenciam a mudança necessária em direção a um modelo de atenção que considera as múltiplas dimensões da saúde humana.

Disponibilidade de dados

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Contribuições dos autores

Ferreira Júnior AR e Silva MRF, participaram da concepção e delineamento do trabalho e da revisão crítica do conteúdo; Carvalho CD, Cavalcante ASP e Marinho MNASB, participaram na discussão dos resultados e na redação do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino 

Editor associado

Charles Dalcanale Tesser 

Submetido em

04/04/25

Aprovado em

29/11/25

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Barros N. Cuidado emancipador. *Saude Soc.* 2021; 30(1):e200380.
3. Durans TM, Sousa MR, Pereira CMSB, Gonçalves MHF, Sampaio MCB, Rêgo JF. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária: Contribuições à Integralidade do Cuidado em Saúde. *REASE.* 2024; 10(3):800-12.
4. Chile. Ministerio de Salud. Política de medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2024.
5. Du Gay P, Hall S, Janes L, Madsen AK, Mackay H, Negus K. *Doing cultural studies: The story of the Sony Walkman.* 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2013.
6. Dalmolin IS, Heidemann ITSB. Integrative and complementary practices in Primary Care: unveiling health promotion. *Rev Latino-Am Enferm.* 2020; 28:e3277.
7. Nogueira MC, Bicalho ACM, Magalhães AFC, Martins JBM, Martins MBM. Prevalência de uso de práticas integrativas e complementares e doenças crônicas: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Cienc Saude Colet.* 2024; 29(9):e20442022.
8. Krieger CS. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. *Rev Cient Multidisc Saber.* 2025; 1(1).
9. Tesser CD, Dallegrave D. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica.* 2020; 36(9):e00231519.
10. Gallego-Pérez DF, Abdala CVM, Amado DM, Carvalho de Sousa IM, Aldana-Martínez NS, Ghelman R. Equidad, abordajes interculturales y acceso a la información sobre las medicinas tradicionales, complementarias e integrativas en las Américas. *Rev Panam Salud Publica.* 2020; 44:e143.
11. Bretz YPM, Paula JS, Gonçalo-Mialhe C, Mialhe FL. Satisfação dos usuários atendidos na Atenção Básica em Saúde e a oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. *Cad Saude Colet.* 2024; 32(2):e32020018.
12. Silva PHB, Barros LCN, Zambelli JC, Barros NF, Oliveira ESF. Invisibilidades das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Colet.* 2024; 29(8):e05132024.
13. Zambelli JC, Silva PHB, Possobon RF, Oliveira ESF. Como os gerentes percebem as dificuldades de implantação e implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária à Saúde? *Physis.* 2024; 34:e34056.
14. Barros LCN, Oliveira ESF, Hallais JAS, Teixeira RAG, Barros NF. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: percepções dos gestores dos serviços. *Esc Anna Nery.* 2020; 24(2):e20190081.
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
16. Ramalho IS, Araújo CL, Resende VM. Contribuições do Software NVivo em pesquisa discursiva crítica. *Cad Ling Soc.* 2021; 22(2):173-88.
17. Andrade DM, Shmidt EB, Montiel FC. Uso do software Nvivo como ferramenta auxiliar da organização de informações na análise textual discursiva. *Rev Pesqui Qual.* 2020; 8(19):948-70.

18. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021; 34:eAPE02631.
19. Rosário CA, Baptista TWF, Matta GC. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saude Debate.* 2020; 44(124):17-31.
20. Hoenders R, Ghelman R, Portella C, Simmons S, Locke A, Cramer H, et al. A review of the WHO strategy on traditional, complementary, and integrative medicine from the perspective of academic consortia for integrative medicine and health. *Front Med (Lausanne).* 2024; 11:1395698.
21. Boccolini PMM, Boclin KLS, Sousa IMC, Boccolini CS. Prevalence of complementary and alternative medicine use in Brazil: results of the National Health Survey, 2019. *BMC Complement Med Ther.* 2022; 22(1):205.
22. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, Bezerra AFB, Tesser CD, Sousa IMC. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2020; 36(1):e00208818.
23. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. In: Sousa IC, Guimarães MB, Gallego Pérez DF. *Experiencias y reflexiones sobre medicinas tradicionales, complementarias e integradoras en los sistemas de salud de las Américas.* Recife: Fiocruz-PE, ObservaPICS; 2021. p. 80-97.
24. Zapelini RG, Junges JR, Borges RF. Concepção de saúde dos profissionais que usam práticas integrativas e complementares no cuidado. *Physis.* 2023; 33:e33069.
25. Ribeiro KG, Andrade LOM, Barreto ICHC, Raquel SP, Munoz TL, Santos C. Determinantes Sociais da Saúde dentro e fora de casa: captura de uma nova abordagem. *Saude Debate.* 2024; 48(140):e8590.
26. Galvão ALM, Oliveira E, Germani ACCG, Luiz OC. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. *Saude Soc.* 2021; 30(2):e200743.
27. Nicolau K, Faria B, Palos C. A atenção básica na perspectiva de gestores públicos do sistema único de saúde: estudo qualitativo. *Saude Soc.* 2021; 30(4):e210085.
28. Antunes PC, Fraga AB. Práticas corporais integrativas: proposta conceitual para o campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. *Cienc Saude Colet.* 2025; 26(09):4217-32.
29. Vieira LO, Martins Filho IE. Secretários de saúde e aspectos relacionados à gestão das Práticas Integrativas e Complementares. *Saude Soc.* 2022; 31(4):e210698pt.
30. Trindade TPB, Forte FDS, Ferreira AR Jr, Soares GB. Percepção dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde sobre o uso da auriculoterapia. *Physis.* 2024; 34:e34066.
31. Patwardhan B, Wieland LS, Aginam O, Chuthaputti A, Ghelman R, Ghods R, et al. Evidence-based traditional medicine for transforming global health and well-being. *J Ayurveda Integr Med.* 2023; 14(4):100790.
32. Oliveira IMD, Pasche DF. Entre legitimação científica e legitimação cultural: transformações no campo das Práticas Integrativas e Complementares. *Cienc Saude Colet.* 2022; 27(9):3777-87.
33. Pereira LF, Rech CR, Morini S. Autonomia e Práticas Integrativas e Complementares: significados e relações para usuários e profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu).* 2021; 25:e200079. doi: 10.1590/interface.200079.

34. Santana LM, Assis SS, Araujo-Jorge TC. Práticas integrativas e complementares: institucionalização, perspectivas e desafios para a formação. *Trab Educ Saude*. 2025; 23:e02900277.
35. Ferreira BWRC, Forte FDS, Ferreira AR Jr, Oliveira FP. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde em uma capital do nordeste brasileiro. *Saude Debate*. 2024; 48(143):e9122.
36. Câmara FTNA, Torres ZWS, Sousa MR, Boso CE, Nunes VS, Barbosa LS, et al. Humanização na atenção primária. *REAC*. 2023; 46:e14169.
37. Dalmolin IS, Heidemann ITSB. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária: desvelando a promoção da saúde. *Rev Latino-Am Enferm*. 2020; 28:e3277.
38. Silva PHB, Oliveira ESF. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde: percepções dos profissionais sobre a oferta dos serviços na região metropolitana de Goiânia. *Physis*. 2023; 33:e33027.
39. Silva PHB, Barros LCN, Zambelli JC, Barros NF, Oliveira ESF. Compreensões e incompreensões sobre a oferta e ausência das Práticas Integrativas e Complementares por parte dos gestores na Atenção Primária à Saúde. *New Trends Qualit Res*. 2021; 8:245-53.
40. Cruz RM, Borges-Andrade JE, Moscon DCB, Micheletto MRD, Esteves GGL, Delben PB, et al. Covid-19: emergência e impactos na saúde e no trabalho. *Rev Psicol Organ Trab*. 2020; 20(2):I-III.
41. Silva AA, Padilha WAR. Fitoterapia e desmedicalização na Atenção Primária à Saúde: um caminho possível? *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022; 17(44):2521.

The aim of this article is to analyze the meanings attributed by managers in relation to health and the production of care based on Integrative and Complementary Health Practices (PICS) in Primary Care Units. It is a qualitative research conducted between 2021 and 2022 in 95 municipalities in four metropolitan regions, with the participation of 186 managers from health units. Semi-structured interviews were conducted by telephone and digital platforms and analyzed based on Cultural Studies. The concept of health presented different descriptions, ranging from biological to a correlation of social determination and a synchronization of body-mind-spirit-autonomy. The production of care anchored in these practices brought a range of other health rationalities, including the reduction of medicalization and the promotion of humanization of care. A comprehensive view of PICS was evident among health managers, who understand their contributions to health promotion in Primary Care.

Keywords: Integrative and complementary health practices. Primary health care. Health manager.

El objetivo fue analizar los sentidos atribuidos por los gestores con relación a la salud y a la producción del cuidado a partir de las Prácticas Integradoras y Complementarias en Salud en las Unidades de Atención Primaria. Investigación cualitativa realizada entre 2021 y 2022, en 95 municipios de cuatro regiones metropolitanas, con la participación de 186 gestores de las unidades básicas. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas por teléfono y plataformas digitales, analizadas a partir de los Estudios Culturales. La concepción de salud presentó descripciones diferenciadas, de biologicista a una correlación de determinación social y a una sincronización cuerpo-mente-espíritu-autonomía. A su vez, la producción del cuidado anclada en las prácticas brindó una vertiente de otras racionalidades de salud, incluyendo también la reducción de la medicalización y el fomento a la humanización de la asistencia. Quedó en evidencia una visión incluyente de los gestores de la salud sobre las PICS que incluyen sus contribuciones con la promoción de la salud en la Atención Primaria.

Palabras clave: Prácticas integradoras y complementarias en salud. Atención primaria de la salud. Gestor de salud.