

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DA GRANDE ARACAJU**

THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO

Aracaju - SE
2019

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DA GRANDE ARACAJU**

Dissertação de Mestrado submetido à banca examinadora como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente, na área de concentração Saúde e Ambiente.

THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO

Orientadoras
Prof^a Dra. Cristiane Costa da Cunha Oliveira
Prof^a Dra. Andressa Sales Coelho

Aracaju - SE

2019

A447p

Almeida Neto, Thiago Paulo de
Práticas integrativas e complementares em saúde na atenção primária da grande
Aracaju/ Thiago Paulo de Almeida Neto; orientação [de] Prof.^a Dr.^a Cristiane Costa
da Cunha Oliveira, Prof. ^a Dr. ^a Andressa Sales Coelho– Aracaju: UNIT, 2019.

71 f. il ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes, 2019
Inclui bibliografia.

1. Práticas integrativas e complementares. 2. Atenção primária à saúde. 3. Terapias
complementares 4. Promoção da saúde I. Almeida Neto, Thiago Paulo de. II.
Oliveira, Cristiane Costa da Cunha. (orient.). III. Coelho, Andressa Sales (orient.) IV.
Universidade Tiradentes. V. Título.

CDU: 614(813.7)

SIB- Sistema Integrado de Bibliotecas

**USO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DA GRANDE ARACAJU**

Thiago Paulo de Almeida Neto

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDA À BANCA EXAMINADORA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE, NA ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE.

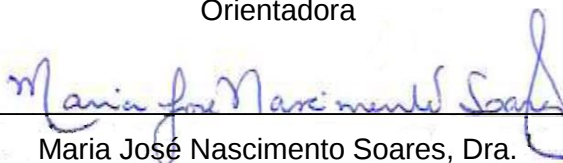
Aprovada por:



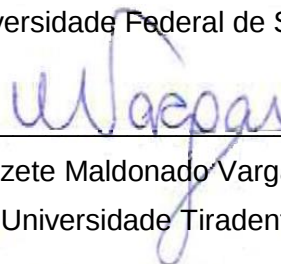
Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Ph.D.
Orientadora



Andressa Sales Coelho, Dra.
Orientadora



Maria José Nascimento Soares, Dra.
Universidade Federal de Sergipe



Marлизete Maldonado Vargas, Dra.
Universidade Tiradentes

Aracaju - SE

2019

“Se queremos progredir, não devemos repetir a
história, mas fazer uma história nova”.

Mahatma Gandhi

AGRADECIMENTOS

À Deus por me reservar saúde e proteção, iluminando meu caminho e sempre me dando forças para seguir em frente, proporcionando paz e tranquilidade.

Aos meus pais, Marli Ramos e José Paulo Neto, pela minha vida, pelo exemplo de dedicação e perseverança, pela compreensão, carinho e amor. Em especial a minha mãe por ser a maior incentivadora para realização do mestrado, proporcionando apoio em todos os momentos, sempre muito paciente e compreensiva.

Aos meus irmãos, Arthur Garrett e Poliana Ramos, pelo incentivo, carinho e amizade.

As orientadoras Prof^ª. Dra. Cristiane Costa que foi solícita desde o primeiro encontro, e não mediu esforços para contribuir com o trabalho, sempre com muita dedicação e paciência. Prof^ª. Dra. Andressa Sales, pela confiança, apoio, incentivo e contribuição ao trabalho.

Quero de modo muito especial agradecer a todos os professores que fazem o Mestrado de Saúde e Ambiente, parabenizar a todos e a cada um pela competência como o curso é conduzido e pelo acolhimento com que fui recebido no curso, tenho certeza que fica até uma boa amizade depois da convivência por esses dois anos.

Meus queridos colegas, eu sabia que um dia cada um seguiria seu caminho, mas pude curtir cada um de vocês; obrigado por essa convivência, tenho certeza que dividimos incertezas, medos e inseguranças em alguns momentos, mas compensadas quando somamos forças entusiasmos e alegrias além de uma excelente formação.

Um agradecimento especial a minha amiga Jeisikaylane Peixoto, pelo companheirismo, paciência e nossas longas conversas nesses 02 anos de jornada. Também não posso deixar de lembrar com carinho dos colegas que sempre se referiam a mim a como “falta de paz”. Um grande beijo a Maria Paula, Fernanda, Lorena, Driely e Mariana.

Também ao colega Daniel Batista pelo apoio nos momentos decisivos dessa jornada, um forte abraço.

Aos colegas, amigos e gestão da Faculdade Sete de Setembro pelo incentivo e apoio nessa trajetória, meu muito obrigado.

Aos alunos do grupo de pesquisa, em especial a Taciana e Natanael.

A secretária do Mestrado Saúde e Ambiente, representado por Lucas, pelo atendimento de todas as solicitações, sempre com muita dedicação.

Aos gestores dos municípios da Grande Aracaju, por perceber a importância dessa pesquisa;

Aos profissionais das Equipes de Saúde da Família e aos gerentes das Unidades de Saúde, que possibilitaram a concretização desse sonho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 Geral	12
2.2 Específicos	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 Práticas Integrativas e Complementares	13
3.2 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS	16
3.3 A atenção primária à saúde e as práticas integrativas e complementares	25
4 MATERIAIS E MÉTODOS	29
4.1 Desenho do Estudo	29
4.2 População do Estudo	29
4.3 Amostra do Estudo	29
4.4 Critérios de Inclusão e exclusão	31
4.5 Instrumento e Coleta de dados	31
4.6 Procedimento de Coleta de dados	31
4.7 Variáveis do Estudo	32
4.8 Análise Estatística	32
4.9 Aspectos éticos	33
5 REFERENCIAS	34
6 RESULTADOS e DISCUSSÃO	39
6.1 Artigo 01	39
7 CONCLUSÃO GERAL	57
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS	59
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	64
ANEXO 01 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	66
ANEXO 02 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Conhecimento dos profissionais sobre as práticas integrativas em Aracaju/SE, 2019 (n=148)	45
Tabela 02. Inserção e modo de inserção das PIC na Atenção Primária de Aracaju/SE-2019.....	46
Tabela 03. Distribuição das PIC mais conhecidas e as de interesse pelos profissionais da AP – Aracaju/SE, 2019.....	47
Tabela 04. Associação entre as práticas integrativas e a profissão.....	48
Tabela 05. Associação das PIC pelo qui quadrado de acordo com o tempo de serviço.....	49

RESUMO

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) são classificadas como sistemas e recursos terapêuticos que abordam e buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção e recuperação de agravos de saúde por meio de procedimentos eficazes e seguros. Sustentando-se na necessidade de efetivação do princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde e atendendo as diretrizes da Organização Mundial de Saúde para implantação das medicinas tradicionais, alternativas e complementares nos sistemas nacionais de saúde, o governo brasileiro lançou em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. **Objetivo:** Analisar as práticas integrativas e complementares sob a perspectiva dos profissionais de saúde da atenção primária da Grande Aracaju. **Metodologia:** Estudo transversal de abordagem quantitativa. Os sujeitos deste estudo eram profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e dentistas) das Unidades de Atenção Primária à Saúde dos municípios da Grande Aracaju. Foram incluídos para participar da pesquisa profissionais de saúde com no mínimo um ano de experiência profissional no município, e que possuam nível superior. Para a coleta de dados foi utilizado questionário semiestruturado contendo 20 perguntas. Foi realizada análise da distribuição de frequência das variáveis categóricas sócio demográficas, uso das PIC, conhecimento sobre o uso das PIC pelos profissionais de saúde e indicação dessas práticas pelos profissionais. As informações colhidas foram descritas por meio de frequências simples e percentuais. Foi testada associação utilizando o teste qui-quadrado de Pearson. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e o software utilizado foi o *SPSS statistics 22 win*. **Resultados:** Dos 148 profissionais entrevistados da atenção primária participantes do estudo, no ano de 2018/2019, nos municípios da Grande Aracaju, 67 (45,2%) eram enfermeiros, 44 (29,8%) médicos e 37 (25%) dentistas; 31 (20,9%) eram do sexo masculino e 117 (79,1%) do sexo feminino. Pode-se observar que a maioria dos participantes 144 (97,3%) relatou que conhecia alguma prática integrativa e 04 (2,7%) não conhecia ou não lembravam sobre as PIC. A maior parte dos profissionais não possuía conhecimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares 102 (69%). Pode-se observar que a maioria dos profissionais 122 (82,5%) afirmou que não há oferta dessas práticas nas UAPS, enquanto 26 (17,5%) relatou que há oferta dessas nas unidades. Em relação a indicação das PIC para a população 89 (60,1%) desses profissionais indicaram alguma PIC e 59 (39,8%) nunca o fizeram. Houve associação significativa entre a profissão e o uso de alguma prática integrativa e complementar para tratamento próprio. ($r=0,527$; $p=0,001$); e para indicação a parente e amigo ($r=0,381$; $p=0,03$). A concepção que possuíam as categorias de enfermeiros e dentistas sobre as práticas estiveram significativamente relacionadas ao que lhe foi ensinado durante a graduação em relação à categoria médica ($r=0,44$; $p=0,001$). O resultado da oferta das PICS à comunidade foi significativamente maior pelos enfermeiros, em relação a dentistas e médicos ($r=0,221$; $p=0,001$). **Conclusão:** A maioria dos profissionais pesquisados afirmou conhecer as PIC e, entre as mais conhecidas, destacaram-se a acupuntura, a fitoterapia e a homeopatia, e que não há oferta dessas práticas nas UAPS. A indicação das PIC para tratamento próprio e para um amigo ou parente e oferta à comunidade foi maior na categoria enfermeiro. Em relação as demais categorias profissionais de saúde. O uso de práticas integrativas não teve diferença em relação ao tempo de atuação profissional. Os resultados da pesquisa sugerem que há apoio dos enfermeiros, médicos e dentistas da APS da rede municipal de saúde dos municípios da Grande Aracaju para a implantação efetiva das PIC, com necessidade premente de qualificar e ampliar as propostas de educação permanente neste tema para todas as categorias profissionais de saúde.

Palavras-Chaves: Práticas Integrativas e Complementares; Atenção Primária à Saúde; Terapias Complementares; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Integrative and Complementary Practices (PICs) are classified as systems and therapeutic resources that address and seek the natural movements of prevention and recovery of health problems through safe and secure exercise. Based on the need to implement the principle of integrality in the Unified Health System and in compliance with the guidelines of the World Health Organization for the implementation of traditional, alternative and complementary medicines in national health systems, the Brazilian government launched in 2006 the National Policy on Integrative and Complementary Practices in SUS. Objective: To analyze integrative and complementary practices from the perspective of primary health care professionals in Greater Aracaju. Methodology: Quantitative approach Cross-sectional study. The study subjects were the health professionals (doctors, nurses and dentists) of the Units of Primary Health Care of the municipalities from Grande Aracaju. Health professionals with at least one year of professional experience in the municipality and with a higher education level were included to participate in the survey. For the data collection, a semi-structured questionnaire containing 20 questions was used. The frequency distribution of socio-demographic categorical variables were analyzed, the use of ICPs, knowledge about ICP use by health professionals and indication of these practices by professionals. The information collected was described using simple and percentage frequencies. An association was tested using the Pearson chi-square test. The significance level adopted was 5% ($p < 0.05$) and the software used was SPSS statistics 22 win. RESULTS: Of the 148 professionals interviewed in primary care, 67 (45.2%) were nurses, 44 (29.8%) doctors and 37 (25%) dentists; 31 (20.9%) were male and 117 (79.1%) were female. (97.3%) reported that some integrated practices and 04 (2.7%) were not considered or did not remember about PIC. Most of the professionals did not have knowledge of the National Policy of Integrative and Complementary Practices 102 (69%). The best of professionals 122 (82.5%) stated that there are no more than 100 years in the UAPS, while 26 (17.5%) people who know there are in the units. Regarding an indication of CIPs for the population 89 (60.1%), professionals indicated some CIP and 59 (39.8%) never did. Some association major between a career and the use of some practice practice. ($r = 0.527$, $p = 0.001$); and for indication of a relative and friend ($r = 0.381$, $p = 0.03$). By the way, the categories of nurses and dentists about the practices are related to the high school during the medical career ($r = 0.44$, $p = 0.001$). The result of the offer was similar to that of physicians, in relation to dentists and physicians ($r = 0.221$, $p = 0.001$). Conclusion: Most of the teachers studied met PIC, and among the ones that stood out the most were acupuncture, a phytotherapy and homeopathy, which did not exist. friend or relative and the larger community in the nurse category. In relation to the other professional categories of health. The use of integrated practices was not compared with the time of professional performance. The results of the research suggest that there is support from the doctors and dentists of the APS of the municipal health network of the Aracaju Large Airports for the accomplishment of PIC. health professional grades.

Key-words: Integrative and Complementary Practices; Primary Health Care; Complementary Therapies; Health promotion

1 INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) englobam um campo de cuidados em saúde com as racionalidades médicas vitalistas e práticas terapêuticas ditas integrativas e complementares em saúde, também definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa (LOSSO e FREITAS, 2017).

No Brasil, as PIC estão em conformidade com o que a OMS, que recomenda que seus membros elaborem políticas nacionais que incorporem essas práticas aos sistemas oficiais de saúde, com foco na Atenção primária em saúde (APS) (CARVALHO; NOBREGA, 2017).

As PIC são classificadas como sistemas e recursos terapêuticos que abordam e buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção e recuperação de agravos de saúde por meio de procedimentos eficazes e seguros, com ênfase na integralidade do ser humano, sendo abordada em aspectos como a escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2012).

De acordo com Moraes (2007) as Práticas Integrativas e Complementares propõem a recuperação dos modelos hipocráticos de saúde, alcançáveis com o desenvolvimento de hábitos saudáveis por meio de medidas naturais. Estas são práticas não convencionais que visam um atendimento voltado para o indivíduo e suas particularidades, abrangendo além da dimensão biológica, a esfera psíquica emocional e espiritual.

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, foi publicada na forma de Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006. (BRASIL, 2006).

A inserção das PIC no SUS configura uma ação de ampliação de acesso e qualificação dos serviços, buscando a integralidade da atenção à saúde da população (SANTOS, 2012). Nesse contexto, ratifica-se a importância da Atenção Primária a Saúde (APS) para fortalecer as PIC no âmbito do SUS e promover a saúde da população.

Sousa e Tesser (2017) afirmaram que a implantação das PIC no SUS tem tido pouco apoio das esferas do governo Estadual e Municipais considerando o baixo incentivo financeiro, poucos investimentos em formação e baixa avaliação e monitoramento, sobretudo quanto à inserção da Medicina Tradicional e Complementar na APS. Entretanto, existem experiências que contemplam diferentes racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares.

Em 2012, Lima, Silva e Tesser realizaram um estudo que em Minas Gerais, onde permitiu analisar a organização das PIC desenvolvidas por um Serviço municipal de saúde

especializado, bem como sua relação com a promoção da saúde e sua inserção no Sistema Único de Saúde (LIMA, SILVA e TESSER, 2014).

Nos municípios de Itumbiara e Panamá (Goiás) e Araporã (Minas Gerais), em 2014 foi realizado um estudo que identificou, entre profissionais de nível superior da saúde trabalhadores do SUS, os conhecimentos quanto às PIC, a PNPI e a credibilidade que têm nelas (GONTIJO E NUNES, 2017).

Outras experiências com as PIC foram observadas em São Paulo em 2016 no estudo que verificou o conhecimento dos profissionais atuantes na Atenção Básica sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) e se as percebem como um recurso de cuidado em Saúde Mental (CARVALHO E NÓBREGA, 2017). Na cidade de Botucatu, SP foi realizado em 2013 um estudo que Mapeou os Serviços de Homeopatia em sua distribuição no território brasileiro, perante dados fornecidos dentro do sistema DATASUS e avaliou o impacto das diretrizes propostas pela PNPI em Serviços de Homeopatia do SUS (LEMONICA, 2014).

Em Santa Catarina Losso e Freitas (2017), avaliaram o grau de implantação das PIC na AB em Santa Catarina utilizando os dados provenientes da avaliação externa programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ-AB no ciclo de 2013.

De acordo com MS, as PIC estão presentes em 9.350 estabelecimentos em 3.173 municípios brasileiros, sendo que 88% são oferecidas na Atenção Básica. Nesse contexto, a acupuntura é a mais difundida com 707 mil atendimentos e 277 mil consultas individuais, seguida, estão as práticas de Medicina Tradicional Chinesa com 151 mil sessões, como taichi-chuan e liangong. Em seguida aparece a auriculoterapia com 142 mil procedimentos (BRASIL, 2018).

Em Sergipe, as PICS disponíveis no SUS são ofertadas à população. No estado, as práticas de medicina tradicional chinesa, yoga, massagem, auriculoterapia e acupuntura são oferecidas na Atenção Básica para o tratamento de usuários do SUS, em 33 municípios (BRASIL, 2018). Entretanto, existe necessidade de estudos que avaliem o uso das PIC no estado, fortalecendo as evidências científicas sobre este uso.

Dessa forma, surgiu a necessidade de diagnosticar a realidade dos profissionais de saúde que atuam na APS, considerada como principal porta de entrada do SUS, para fundamentar propostas eficazes visando proporcionar ao usuário livre escolha de prevenção, cura e tratamento à saúde.

2 OBJETIVOS

2.1. Geral

Analisar as práticas integrativas e complementares sob a perspectiva dos profissionais de saúde da atenção primária da Grande Aracaju.

2.2. Específicos

- ✓ Avaliar o nível de conhecimento dos profissionais da equipe básica de saúde acerca do uso de práticas integrativas e complementares de saúde;
- ✓ Verificar se estas práticas estão inseridas no âmbito da atenção primária na Grande Aracaju;
- ✓ Mensurar o modo e processo de inserção das práticas integrativas e complementares de saúde no âmbito da atenção primária da Grande Aracaju;
- ✓ Analisar o nível de conhecimento dos profissionais sobre a política nacional de práticas integrativas e complementares.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Práticas Integrativas e Complementares - Histórico

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu Medicina Tradicional (MT) como uma diversidade de práticas de saúde, abordando conhecimentos e crenças populares sobre a saúde, agrupando tratamento/cura à base de plantas, animais e/ou minerais; terapias espirituais ou energéticas, técnicas manuais e exercícios aplicados de maneira isolada ou combinados para manter o bem-estar geral, bem como para tratamento, diagnóstico ou prevenção de doenças. Dentro deste conceito incluía a Medicina Tradicional Chinesa, a Ayurveda Hindu e a Medicina Unani Árabe, assim como as diversas formas de Medicina indígena (WHO, 2002).

Um dos principais documentos que abordou a temática, publicado em 2002 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e denominado “*Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*”, classificou essas práticas como “Medicina Tradicional e Complementar ou Alternativa (MT/MCA)” (OMS, 2002). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) as denominou por “Práticas Integrativas e Complementares”. Essas práticas também foram denominadas como terapêuticas não convencionais, medicinas naturais, e ainda utilizado o termo medicina alternativa, entre várias denominações para essas modalidades de tratamento e cura (BRASIL, 2006a).

Não há consenso a respeito da nomenclatura das PIC, haja vista diferentes no mundo (BARRETT ET AL.; 2003; NOGALES, 2004; VICKENS, 2000; BARROS E NUNES, 2006; AYERS E KRONENFELD, 2010). No México, usa-se o termo Medicina Complementar e Integrativa, em Cuba Medicina Natural e Tradicional, nos Estados Unidos e Canadá Medicina Complementar e Alternativa (SOUZA, 2012).

A instituição norte americana *National Center of Complementary and Alternative Medicine*, (NCCAM), referência na área das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) utilizou o termo *Medicina Alternativa e Complementar* (MAC), que é definido como: “um grupo diverso de práticas, de produtos, de sistemas médicos e de cuidado em saúde, que atualmente não são considerados como parte da medicina convencional” (NCCAM, 2013). Ainda de acordo com NCCAM (2013) as MAC foram organizadas em sistemas médicos alternativos (Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Ayrvédica, etc); intervenções corpo e mente (meditações, orações); terapias biológicas (baseadas em produtos naturais não reconhecidos cientificamente); métodos de manipulação corporal e baseados no corpo (massagens, exercícios); e terapias energéticas (reiki, chi gong, etc).

De acordo com o estudo de Almeida (2008) em Portugal, quando se tratar da MAC deve se utilizar o termo Terapêuticas Não Convencionais (TNC), reconhecendo enquanto tal apenas a acupuntura, a homeopatia, a osteopatia, a naturopatia, a fitoterapia e a quiropraxia. Este conceito, denominado de sócio-político, teve na sua constituição o abandono do termo “medicinal”, por influência da Ordem dos Médicos Portuguesa no processo legislativo.

Na Europa, a MAC tem tido uma abordagem holística do paciente; e busca promover a restauração dos sistemas naturais dos próprios pacientes para combater a doença; para garantir a restauração e/ou manutenção da saúde com a ajuda de medicação, tratamentos corporais, modificação do estilo de vida, na dieta e com a abordagem psicológica; e pela contraposição — salutogénese *versus* patogénese (EICCAM, 2008).

As PIC têm sido pauta nas agendas de grandes organizações internacionais, como a OMS que, já no final da década de 70, lançava o *Programa de Medicina Tradicional*, com o objetivo de criar políticas públicas na área. No início da década de 2000 a OMS iniciou a produção de uma série de documentos sobre a necessidade de uma prática integral no cuidado à saúde, também, com a inclusão de práticas não biomédicas (WHO, 2000).

Em 2001 a OMS publicou o documento intitulado *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review* que apresentou a situação das Medicinas Tradicional (MT) e Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) em países membros da OMS. Neste documento foi privilegiado principalmente, a descrição do modelo de formação dos profissionais especialistas, a difusão, o uso e a regulação das MT/MAC em 123 dos 191 países (WHO, 2001).

No ano seguinte, o documento denominado *Estratégia de la OMS sobre a Medicina Tradicional 2002-2005*, a OMS descreve o crescimento das MT/MAC, além de apontar as estratégias para a sua implantação. Esse documento abordava as necessidades de pesquisas e mostra o caminho para o financiamento, com o objetivo de efetivar essas práticas em organizações nacionais e internacionais. A OMS reforçou o compromisso de estimular o desenvolvimento de políticas públicas de MT/ MAC nos sistemas nacionais de saúde dos seus 191 estados-membros (WHO, 2002).

Estatísticas publicadas no documento acima citado mostraram que no início da década de 2000 até 80% da população de países africanos e 40% da população chinesa utilizavam MT, que são práticas autóctones das culturas destes países. Além deste fato, também mostrava que 48% da população da Austrália, 70% do Canadá, 42% dos EUA, 38% da Bélgica e 75% da França utilizavam MAC, que são práticas de sistemas médicos estrangeiros oferecidos por profissionais nesses países (WHO, 2002).

O documento *National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines – Report of a WHO Global Survey*, denota a realidade de 141 dos 191 países

membros, sobre a regulamentação da MT/MAC e as necessidades locais do apoio técnico da OMS para o desenvolvimento destas práticas (WHO, 2005).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) realizou o “Diagnóstico Nacional”, no período de março e junho de 2004, que envolvesse as experiências relativas às PIC já integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS), devido à necessidade de se conhecer experiências vivenciadas e desenvolvidas na rede pública (BRASIL, 2006).

Os resultados deste diagnóstico demonstraram a estruturação de algumas dessas práticas em 232 municípios, em 19 capitais, dos 26 estados. Sendo que o estado de Sergipe ficou na 14ª posição, quanto ao resultado positivo no uso dessas práticas. Dentre estas, as mais frequentes foram a homeopatia, a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) / acupuntura, a fitoterapia e a medicina antroposófica. Entretanto, apenas 6% dos estados/municípios apresentaram lei ou ato municipal normatizando as ações e serviços. Verificou-se ainda que as ações de todas as PIC acontecem preferencialmente na Atenção Primária de Saúde (APS), em menor ocorrência na atenção especializada, hospitais, serviços de saúde mental, entre outros (BRASIL, 2006).

No documento *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*, foram apresentados os índices de utilização mundial das PIC, o investimento em pesquisas na área, as características do seu consumo e sua institucionalização nos serviços de saúde na última década, como também estabeleceu as metas para sua ampliação na APS para a próxima década. Com a publicação deste documento foi confirmado ter havido um crescimento na utilização das PIC na última década e trouxe a estimativa de que mais de 100 milhões de europeus e um número ainda maior de pessoas concentradas na África, Ásia, Austrália e Estados Unidos são usuárias das PIC. Ao mesmo tempo, foi destacado que as PIC haviam movimentado cerca de 83,1 bilhões de dólares, em 2012, no consumo de produtos originados da Medicina Tradicional Chinesa os valores chegam a 14,8 bilhões de dólares, em 2008, com produtos naturais, nos Estados Unidos (OMS, 2014).

De acordo com documento, esse crescimento é resultado: do aumento da demanda causado pelas doenças crônicas; dos custos dos serviços de saúde, levando à procura de outras formas de cuidado; da insatisfação com os serviços de saúde existentes; do ressurgimento do interesse por um cuidado holístico e preventivo às doenças; e dos tratamentos que ofereçam qualidade de vida quando não é possível a cura (OMS, 2014).

Nesse cenário, além das diferenças terminológicas e conceitos e dos seus possíveis méritos, as pode-se observar que as PIC se disseminaram no mundo. No continente africano, estimou que 90% da população da Etiópia, 70% de Benin e Ruanda, e 60% em Uganda utilizem algum tipo de Medicina Tradicional para satisfazer suas necessidades de saúde. Na Europa, o percentual esse percentual representou 31% na Bélgica e 75% na França (SOUSA, 2012). Na Austrália foram 48% (NOGALES, 2004). No Reino Unido, cerca

de um em cada dez adultos consulta um médico em Práticas integrativas, entretanto, 90% destes procedimentos se realizaram fora do Sistema Nacional de Saúde (THOMPSON, 2005). Na Índia e na China, que tiveram sua Medicina Tradicional difundida para outros continentes, essas práticas são realizadas nos níveis primários de atenção (WHO, 2009).

No Canadá, cerca de 70% da população fazem uso de algum tipo de PIC. Em 1997, nos Estados Unidos, o número de atendimentos pelos denominados “curandeiros” foi quase o dobro dos atendimentos realizados nos níveis primários de atenção (629 milhão), e em 2007, quatro em cada dez adultos afirmaram ter utilizado algum tipo de tratamento com as PIC (SOUSA, 2012).

3.2 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS

O Ministério da Saúde (MS) reconhece que a melhoria dos serviços, o aumento da resolutividade e o incremento de diferentes abordagens, como as terapêuticas tradicionais, são prioridades na atenção à saúde dos usuários dos serviços de Saúde no Brasil, pois disponibilizam opções tanto preventivas e curativas, aumentando o acesso da população. Nesse contexto, visando promover ações que colaboram com melhoria da qualidade de vida da população, o MS através da Portaria nº 971/MS aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) (BRASIL, 2006).

De acordo com o MS, o Brasil foi pioneiro, em mundial, ao criar uma Política Nacional voltada para as PIC (BRASIL, 2006). A PNPIC inclui o apoio a sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos alternativos, que são descritos como: Medicina Tradicional Chinesa e Homeopatia; a Fitoterapia, a Medicina Antroposófica e o Termalismo Social (Crenoterapia) respectivamente, sendo os dois últimos em caráter de observação através da criação de observatórios de saúde. A política teve como objetivo estimular os mecanismos naturais de prevenção, recuperação e promoção da saúde, com ênfase na atenção primária, por meio de tecnologias eficazes e seguras, privilegiando a escuta acolhedora, o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006).

Sousa e Tesser (2017) afirmaram que, há registro da PIC no SUS desde a década de 1980. Sua inserção no SUS foi intensificada após PNPIC. Essa legitimou de forma expressiva a oferta pública de fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura e medicina antroposófica, mas impulsionou também o crescimento de outras práticas que continuam a crescer. As PIC que poderiam ser consideradas tradicionais no Brasil (com exceção da fitoterapia), práticas religiosas e de curadores tradicionais, como

rezadores e xamãs, por exemplo, não foram incorporadas expressamente na PNPIC, apesar de existirem em alguns municípios.

A PNPIC, ao promover uma oferta diversificada e ofertar uma variedade de propostas terapêuticas no SUS, valoriza o usuário, quanto o tratamento de escolha, bem como favorece o controle social na sua implantação, avaliação e monitoramento (HABIMORAD, 2015).

De acordo com o MS, para o cumprimento dos objetivos descritos, o documento descreve diretrizes, cuja organização e implementação ficaram sob a responsabilidade dos grupos de trabalho de cada um dos cinco grupos de práticas apoiados pela política. Em linhas gerais, as diretrizes da política estabelecem as linhas de ação referentes ao financiamento, à intersectorialidade e conexão com outras políticas do MS, à implantação, monitoramento e avaliação, à gestão, ao ensino, à pesquisa e ao acesso à informação e aos insumos relativos às PIC (BRASIL, 2006).

Segundo Luz (2013) a publicação da PNPIC tem promovido impacto nos campos econômico, técnico e sociopolítico, pois promove a ascensão e a inclusão de práticas de cuidado colocando em discurso a ação dominadora do complexo mercado de produtos e serviços da racionalidade biomédica.

De acordo com o MS, outros países como China, Cuba, Bolívia, México e Itália, debateram sobre seus resultados positivos do uso das PICs, o que contribuiu para o aprimoramento do modelo brasileiro, uma vez que essas experiências positivas contribuíram para a implantação das PIC na Atenção Primária do país (BRASIL, 2009).

A PNPIC contempla cinco Práticas Integrativas e Complementares, a saber: Medicina Tradicional Chinesa e Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo/crenoterapia, cada uma com sua trajetória de institucionalização e de representatividade únicas no SUS, que serão descritas a seguir:

- **Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura**

A acupuntura tem origem em um conjunto de conhecimentos teórico-empíricos da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), e é caracterizada com uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de forma integral e dinâmico o processo saúde-doença dos indivíduos, podendo ser usada de forma isolada ou associada a outros recursos terapêuticos (KUREBAYASHI, 2009; BRASIL, 2006).

De acordo com MS, os achados arqueológicos permitem supor que a fonte de conhecimento sobre a acupuntura, remonta há pelo menos 3.000 anos. A denominação chinesa zhen jiu, que significa agulha (zhen) e calor (jiu) foi adaptados nos relatos trazidos pelos jesuítas no século XVII como Acupuntur. O efeito terapêutico da estimulação dos

pontos de acupuntura foi, a princípio, descrito e explicado numa linguagem de época, simbólica e analógica, consoante com a filosofia clássica chinesa (BRASIL, 2006).

A acupuntura teve origem há mais de 4.000 anos e, em seguida, passou a ser empregada no Japão e na Coreia do Norte e do Sul, expandindo-se por toda a Ásia. Essa PIC atingiu o mundo ocidental a partir da década de 1970. Essa PIC objetiva realinhar e redirecionar a energia por meio da estimulação de pontos de acupuntura com agulhas metálicas finas, laser ou pressão, que, por sua vez, estimula os nervos periféricos, ocorrendo uma alteração nos neurotransmissores do sistema nervoso central (HADDAD, 2012; KUREBAYASHI, 2009).

A incorporação desta prática no SUS ocorreu após o reconhecimento pela OMS de que esta poderia servir como tratamento complementar em diversas patologias, como por exemplo: alergias, enxaquecas, dores diversas, problemas gastrointestinais, entre outros (OMS, 2004). Pesquisa sobre as possibilidades de utilização da prática da acupuntura pelos psicólogos demonstrou sua influência sobre os problemas emocionais e mentais, inclusive, com recomendação do uso dessa técnica para outras psicoterapias (VECTORE, 2005).

Outros estudos têm sido realizados para analisar o efeito da acupuntura no tratamento de ansiedade em diferentes grupos populacionais, como, em mulheres com câncer de mama submetidas a tratamento por quimioterapia (GENÇ, 2014), em mães lactantes com recém-nascidos prematuros (HADDAD et al., 2013), em pacientes apresentando ansiedade atendidos em unidades de atenção primária à saúde (ARVIDSDOTTER, 2013), em militares que retornaram de guerras e que vivenciaram traumas físicos e psicológicos (LEE, 2012),

No entanto, Sousa et al. (2017) afirmou que as ações de implantação da acupuntura, nos municípios que não a possuem, e a implementação, naqueles que já possuem e precisam incrementar sua oferta, são rudimentares, pois existe um contexto favorável no âmbito legislativo, sendo desfavorável no financiamento e o conteúdo sobre acupuntura é praticamente inexistente nos diferentes instrumentos de gestão municipal. Sendo assim, embora os primeiros passos já tenham sido dados em alguns municípios do país é preciso fortalecer e ampliar a oferta da acupuntura e demais PIC.

Apesar da relevância da aplicação da acupuntura, algumas limitações são destacadas. Em primeiro lugar, tendo em vista os desafios evidenciados durante o aprendizado da acupuntura e a complexidade da própria racionalidade da medicina complementar e que muitos profissionais consideram as formações do Brasil insuficientes para boa prática da acupuntura. Outra limitação importante relaciona-se ao fato de o universo empírico ter ficado restrito aos acupunturistas com cursos de graduação nas áreas biomédicas e voltados principalmente para a prática privada. No Brasil, com o avanço da prática multiprofissional da acupuntura a partir da PNPI, percebe-se a necessidade de

analisar as trajetórias de formação e, sobretudo, a atuação de profissionais acupunturistas que integram as equipes do Sistema Único de Saúde (NUNES, 2017).

- **Homeopatia**

A Homeopatia foi iniciada pelo médico Samuel Hahnemann, há mais de 200, anos na Alemanha. Considerado o pai da homeopatia, como ficou conhecido Hahnemann, nunca permitiu que os medicamentos usados no tratamento de doenças das pessoas fossem desenvolvidos por meio de experiências em animais. Ele experimentou em si mesmo uma substância chamada quinina e percebeu que sentia febre; ao estudar textos médicos, descobriu que a quinina terá utilizada para tratamento a febre da malária. Assim, estava descoberto o princípio básico da homeopatia, em que “semelhante cura semelhante” (LYRIO, 2007).

A proposta terapêutica trazida foi a que estimulasse o organismo a reagir contra seus próprios distúrbios. Seu sistema terapêutico baseado na experiência racional e sistematizada, administrando aos indivíduos doentes, substâncias que causam sintomas semelhantes em indivíduos sadios (experimentação patogenética homeopática), com o princípio “semelhante cura semelhante”, e tem como base a experimentação das preparações altamente diluídas e sucussionadas (VANZELA E BITENCOURT, 2017).

A homeopatia segue a lei dos semelhantes, que é conhecida pelo seu nome científico *similia similibuscurantur*, o qual significa “semelhante pelo semelhante se cura”, ou seja, o tratamento acontece pela diluição e pela dinamização da mesma substância que produz o sintoma em uma pessoa saudável. A homeopatia provoca o restabelecimento do equilíbrio, provocado pela perturbação da energia vital provocada pela patologia (GUEDES, 2015).

Segundo Alves (2015), outro princípio da homeopatia é globalidade, onde o homem é considerado em todas as suas vertentes: o medo, a ansiedade, a tristeza, a ausência de libido, a excitação sexual, a astenia e a fadiga, as relações familiares, sociais, os distúrbios de memória, o sono, a insônia, os sonhos, as sensações, as ilusões e os delírios, a sede e o apetite, as febres, as dores de cabeça, etc. Essa visão global tem o intuito de facilitar a atividade terapêutica.

No Brasil, a homeopatia chegou oficialmente ao Brasil em 1840. Entretanto, há relatos que os imigrantes alemães, em 1820, que colonizaram o Sul do Brasil, a utilizavam como uma medicina caseira e seguiam as orientações presentes nos livros escritos por Hahnemann (MONTEIRO, 2007).

A Homeopatia foi introduzida na saúde pública brasileira quando alguns profissionais obtiveram permissão para atender pacientes, como homeopatas, em agendamentos

diferentes da rotina de atendimento. Mas foi a ação coletiva de grupos de homeopatas desenvolvendo um trabalho político e técnico em defesa da Homeopatia na saúde pública que resultou em um movimento de institucionalização, com a progressiva inserção do atendimento no planejamento dos serviços e nas políticas de saúde (SALLES; SCHRAIBER, 2009).

Estudos mostram que há várias possibilidades terapêuticas nas quais a eficácia da homeopatia tem sido evidenciada (VANZELA E BITENCOURT, 2017).

A prescrição de medicamentos homeopáticos para tratar doenças crônicas, como é o caso da asma infantil, gerou redução dos custos com medicamentos alopáticos clássicos e foi verificada diminuição das crises asmáticas e do número de atendimentos emergenciais, obtendo-se a melhora da qualidade de vida (DE LIMA; BEM, 2010).

Segundo Giorgi (2010) em estudo realizado sobre ansiedade e medo, foram divididos dois grupos: um grupo foi tratado com o medicamento Diazepam, e o outro grupo, tratado com medicamento homeopático. Em ambos os grupos houve a diminuição da ansiedade, reduzindo-se de 100% para 15% no grupo tratado com o medicamento Diazepam, e de 100% para 3% no grupo tratado com o medicamento homeopático. No grupo tratado com Diazepam, 25% dos pacientes apresentaram efeitos adversos, enquanto os que utilizaram a homeopatia não apresentaram nenhuma ocorrência.

Estudo com uma série de 9 casos de pacientes, de sexo feminino, idade de 31 a 56 anos, com diagnóstico de tireoidite autoimune, demonstrou que os sintomas e sinais da doença diminuíram ou não ocorreram mais após o tratamento homeopático. Além disso, em alguns casos foi possível recuperar o equilíbrio funcional da glândula. O acompanhamento foi variável, de 30 dias até 18 anos (SCALA, 2015).

- **Fitoterapia**

A história da utilização de plantas, no tratamento de doenças, apresenta influências da cultura africana, indígena e europeia. Essa prática surgiu, à medida que o ser humano buscava suprir suas necessidades básicas através de eventualidades, observações e tentativas, existindo relatos de seu uso em diversas civilizações antigas (HEISLER et al., 2015; SOLDATI et al., 2015; FERREIRA et al., 2014). Segundo dados da OMS, 80% da população mundial depende das práticas tradicionais no que se refere a APS, e 80-85% dessa população utiliza plantas ou preparações a base de ervas. Por esta razão também no Brasil, justifica-se o destaque para os programas envolvendo fitoterapia desenvolvidos na Atenção Básica de saúde de muitos municípios e estados (BRASIL, 2006).

A institucionalização das Plantas Medicinais nos serviços de saúde no Brasil foi iniciada em 1988, com a Resolução nº 8 da Comissão Interministerial de Planejamento e

Coordenação (CIPLAN 8/88), Porém foi em 2006, através do decreto Nº 5.813, de 22 de junho, foi instituída a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, que estabeleceu diretrizes e linhas prioritárias para o desenvolvimento de ações pelos diversos parceiros em torno de objetivos comuns voltados à garantia do acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos em nosso país (BRASIL, 2006).

Em fevereiro de 2009, o Ministério da Saúde divulgou a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), onde constam 71 espécies que são utilizadas nos mais diversos municípios espalhados por todo o País. Nesta lista constam as plantas medicinais que apresentam potencial para gerar produtos de interesse ao SUS (BRASIL, 2010).

Com a adoção de políticas públicas e instrumentos norteadores da fitoterapia e plantas medicinais no Brasil, houve um interesse popular e institucional no emprego da fitoterapia na atenção primária. Dessa forma, foi estabelecida uma nova etapa que abriu uma perspectiva de apoio as pesquisas com plantas medicinais e fitoterapia, com a criação de políticas públicas e listas de plantas medicinais de interesse, incentivando à produção e a dispensação de fitoterápicos no SUS, a fim de ampliar o conhecimento e o acesso da população a esta opção terapêutica (VALVERDE, SILVA, ALMEIDA, 2018).

De acordo com Firmino; Binsfeld (2018) o Brasil tem uma enorme diversidade de espécies plantas medicinais que são utilizadas como matérias-primas para a produção de fitoterápicos e outros medicamentos. Esse poder medicinal é evidenciado por séculos de uso pela população, não apenas a partir do início da colonização, mas antes dela, pelos habitantes nativos que tinham nas plantas medicinais o principal meio de cura de suas enfermidades (BRUNING et al., 2012).

Em estudo realizado em 2011, foi verificado que 340 municípios e cinco estados utilizam as Plantas Medicinais e Fitoterapia na assistência a população, além das demais PIC, que são ofertadas em sua maioria (72%) na APS, por meio da Estratégia Saúde da Família. A Saúde da Família está presente em 5.269 municípios, totalizando 31.095 equipes e a ampliação de sua cobertura nas diversas regiões e biomas denota potencial para desenvolvimento de ações com plantas medicinais e fitoterapia nos serviços de saúde (FIRMINO; BINSFELD, 2018).

- **Medicina Antroposófica**

A Antroposofia é uma ciência espiritual, elaborada pelo pedagogo e esotérico Rudolf Steiner e fundada na Suíça no século XIX. No Brasil, a Antroposofia surge na década de 1930, mas foi na década de 1960 que foi inaugurada a primeira clínica antroposófica, em São Paulo (BASTOS E PEREIRA, 2018).

Segundo o MS a Medicina Antroposófica, está inserida no contexto brasileiro há mais de 60 anos e apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2006a; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA ANTROPOSÓFICA, 2010).

Segundo Follador (2013) a medicina antroposófica se propõe não como uma prática integrativa e complementar, mas como uma ampliação da prática médica pois, ao mesmo tempo que o médico antroposófico obrigatoriamente tem uma formação convencional e também lança mão dos seus recursos diagnósticos e terapêuticos, ele trabalha com o recurso trazidos uma visão do ser humano que é provida pela Antroposofia.

De acordo com o MS, entre os recursos que a Medicina Antroposófica aborda, pode-se destacar o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da Medicina Antroposófica, onde associado ao trabalho do médico está prevista a integração com outros profissionais da área de saúde, de acordo com as especificidades (BRASIL, 2006).

As publicações sobre as práticas de saúde na Antroposofia, nos últimos cinco anos, apresentam um contingente maior de pesquisas internacionais desenvolvidas na Alemanha, Suécia e Suíça, destinadas ao estudo dos efeitos da medicação antroposófica nos tratamentos das crianças com doenças infantis, onde verificou o baixo risco para reações as medicações e forneceu dados confiáveis para cálculos da relação risco/benefício de análises antroposóficas e formas farmacêuticas parenterais homeopáticas. (JONG, JONG, BAARS, 2012); e da prevalência de doenças infantis em decorrência do estilo de vida antroposófica (HESLA et al.; SWARTZ et al., 2013); e da formação médica antroposófica na Europa e no Brasil (HEUSSER et al., 2014; WENCESLAU, RÖHR, TESSER, 2015).

Há também estudo realizado em Zurique descrevendo as indicações do medicamento antroposófico Bryophyllum nos casos de gestantes acometidas de medo e ansiedade em relação ao desfecho do parto natural e na qualidade do sono dessas mulheres, comprovou em testes de observação que a indicação da Bryophyllum é adequada para o tratamento de distúrbios do sono durante a gravidez. Além disso, o potencial da Bryophyllum no tratamento de distúrbios do sono em contextos clínicos que não a gravidez merece mais investigações (LAMBRIGGER-STEINER et al., 2015).

No Brasil foi desenvolvido um estudo que abordou os serviços de assistência ao parto de uma ONG antroposófica, a Associação Comunitária Monte Azul (Acoma), que caracterizou a clientela de camadas populares e médias de um serviço de saúde alternativo, com uma proposta de parto ambulatorial realizado fora há unidade hospitalar, auxiliado por obstetras (HOTIMSKY, 2001).

- **Termalismo Social / Crenoterapia**

A utilização da água como elemento terapêutico recebe diferentes denominações. Essas nomenclaturas variam segundo o tipo da água, temperatura, composição química, formas de utilização e até mesmo segundo as profissões que fazem uso do recurso. Encontram-se denominações tais como balneoterapia, crenoterapia, talassoterapia, crioterapia, hidroterapia, hidroginástica, hidrologia médica, entre outras, além do termo “Termalismo Social”, conforme expresso na PNPIC (HELLMANN, 2014).

De acordo como autor supracitado, a “Balneologia” (Balneology) representa o estudo da balneoterapia, e é o descritor utilizado nas publicações científicas internacionais, muitas vezes como sinônimo de “termalismo”. A Crenoterapia” é o uso de águas minerais no cuidado à saúde, normalmente por indicação de ingesta, sendo uma prática complementar a ser associada a outros tratamentos, estando esta assegurada na PNPIC. Por sua vez, “termalismo” refere-se ao uso de águas termominerais naturais na recuperação, manutenção e ampliação da saúde; como visto, pode ser utilizado como sinônimo de Balneoterapia (BRASIL, 2006).

O Termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. A Crenoterapia por sua vez consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde. Esta prática foi introduzida no Brasil junto com a colonização portuguesa, que trouxeram ao país os seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde (BRASIL, 2006).

O uso de água termal, está historicamente ligada ao setor da saúde e à prestação de cuidados aos indivíduos. Assim, a crenoterapia constitui uma abordagem reconhecida de indicação e uso de águas minerais naturais, de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde. O Brasil dispõe de recursos naturais e humanos ideais ao seu desenvolvimento tendo a melhoria dos seus serviços, o aumento da resolubilidade e o incremento de diferentes abordagens configurado melhores opções preventivas e terapêuticas para as diversas patologias (AMARAL, 2010).

O Termalismo Social se configura como prática promotora de saúde, sobretudo quando pensada em termos de proteção ambiental, geração de emprego e renda, turismo e lazer, e resgate de saberes e práticas populares em saúde. Mais do que uma prática terapêutica, o Termalismo Social é um modelo de atenção à saúde sistêmico e complexo, multiprofissional, pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, e condizente com os eixos fundamentais da perspectiva clínica ampliada e compartilhada (BRASIL, 2009).

Como descrito, o termalismo social e a crenoterapia são reconhecidos no SUS enquanto práticas integrativas e complementares, garantido o direito de acesso aos

usuários. Entretanto, tais práticas se encontram no SUS como observatórios, certamente devido a seu pouco uso, seja pela pouca formação de profissionais especializados para atuarem na área ou pela inexistência atual de modelos de financiamento próprio no SUS para essas práticas (HELLMANN, 2014).

Embora o Brasil possua muitas cidades com potencial balneário para o termalismo em saúde, ainda são poucos os locais inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: apenas 12 cadastros em outubro de 2014, E nenhuma em Sergipe (BRASIL, 2006; & HELLMANN, 2014).

As PIC apresentadas compõem a primeira política pública brasileira voltada a estas terapias. Após a implantação da política o MS buscou meios para verificar sua implantação nos municípios de todo território nacional. Em 2008, dois anos após a publicação da PNPIC o MS realizou um novo diagnóstico, em parceria com o Departamento de Atenção Básica (DAB), objetivando analisar o conhecimento, a institucionalização e a oferta nas PIC nos municípios brasileiros (BRASIL, 2008).

No primeiro diagnóstico o MS recebeu apenas 25% de respostas do universo de 5.560 municípios, enquanto que no segundo recebeu 73% do universo de 5.565 municípios. Este no diagnóstico conclui que a portaria 971 que institui a PNPIC, além de ter estimulado alguns municípios a ampliar e institucionalizar a oferta de PIC, também acreditam que este tem orientado sua inserção na APS, com destaque para a crescente inserção destas práticas nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008).

No ano de 2011, a Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, publicou o relatório de Gestão 2006-2010, sobre o desenvolvimento das políticas de PIC no SUS. O documento faz um panorama da PNPIC no SUS no âmbito da APS, descrevendo sobre seus avanços, perspectivas e desafios (BRASIL, 2011).

O principal avanço refere-se à normatização e institucionalização das experiências em PIC nos municípios, em consonância com as diretrizes do documento da OMS, do qual o Brasil é signatário. Como perspectivas, o documento destaca a criação do NASF visto que por meio dele se torna viável a inserção de profissionais médicos homeopatas e profissionais acupunturistas no âmbito da atenção básica. Dada a grande interface que as políticas das PIC no SUS estabelece com outros programas, políticas e setores do governo, o documento aponta para o desenvolvimento dos mesmos como um ponto importante para o avanço das PIC no SUS (BRASIL, 2011).

Em 2017 o MS publicou Portaria nº 849/2017, que amplia os procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, onde passaram a fazer parte das PIC a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2017).

Na mesma portaria ainda é ratificada que após 10 anos de implantação da PNPIIC, estas apresentaram progressos significativos para a qualificação do acesso e da resolutividade na Rede de Atenção à Saúde, com mais de 5.000 estabelecimentos que ofertam PICS. A avaliação realizada no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) realizada com mais de 30 mil equipes de atenção básica no território nacional e demonstrou que as 14 práticas incluídas nessa incluídas por esta Portaria estão presentes nos serviços de saúde em todo o país (BRASIL, 2017).

No mesmo ano MS publicou a Portaria nº145/2017 que alterou procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica, onde as PICS foram incluídas nos artigos 3º e 4º, que citam: No artigo 3º Fica incluída a Forma de Organização (FO) 05- Práticas Integrativas/Complementares no Grupo 01 - Ações de promoção e Prevenção em Saúde, Subgrupo 01 - Ações Coletivas/Individuais em Saúde. Já no artigo 4º Ficam incluídos os procedimentos na Forma de Organização (FO) 05- Práticas Integrativas/Complementar do Grupo 01 - Ações de promoção e Prevenção em Saúde, no Subgrupo 01 - Ações Coletivas/Individuais em Saúde (BRASIL, 2017).

Em marco de 2018, ocorreu o reconhecimento e incorporação das Medicinas Tradicionais e Complementares nos sistemas nacionais de saúde do MS, com o lançamento da portaria nº702, que incluiu as práticas de aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares apresentada (BRASIL, 2018).

3.3 A atenção primária à saúde e as práticas integrativas e complementares

A Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada por um conjunto de ações, que visam a promoção, a proteção, a prevenção de agravos de saúde, tanto individuais e/ou coletiva, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de promover uma atenção integral que que atue de forma impactante nos determinantes, condicionantes e na situação de saúde das coletividades e promova a autonomia das pessoas (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011).

A APS é responsável pela reorientação do SUS e deve ser organizada de forma a priorizar o trabalho em equipe multidisciplinar, a construção de vínculo entre a equipe de saúde e os usuários, a abordagem do sujeito, da família visando a integralidade, buscando a reformulação do saber e da prática tradicional em saúde (BRASIL, 2011).

Segundo Cruz e Sampaio (2016) é nítida a tentativa de mudança na Estratégia Saúde da Família de um modelo de cuidado biologicista e curativista, médico centrado e medicalizador, para um cuidado onde o objetivo seja o bem-estar individual e coletivo, com aumento da autonomia no autocuidado e fortalecimento da participação comunitária dos diferentes espaços.

A aprovação da PNPIC colaborou para o desenvolvimento de políticas, programas, ações, em todas as esferas do governo, para institucionalização das PIC, levando aos usuários do SUS o que antes era restrito aos usuários da rede privada de saúde. Entretanto, a inclusão dessas práticas ainda gera dúvidas e desconfortos para os profissionais de saúde que atuam na APS (ZOBOLI, 2014).

A implantação da PNPIC APS contribui para a ampliação do acesso as mesmas, aumentando a resolutividade, constituindo uma rede de cuidado continuado, humanizado e integral. Entretanto, a instituição das PIC no Sistema Único de Saúde (SUS) é considerada um desafio para os gestores públicos, pois há escassos recursos humanos capacitados, financiamento insuficiente, faltam espaços para o desenvolvimento de novas práticas e ainda há dificuldade de integração entre as PIC e a medicina alopática (CARVALHO E NOBREGA, 2017).

No estudo de Souza (2017) na APS apontou que as PICs tem sido exercida pelos mesmos profissionais que atuam no cuidado geral dos usuários dos serviços de saúde da família. Esses profissionais possuem diversas formações e áreas de atuação, e tem realizado ao mesmo tempo alguma PIC e o cuidado biomédico. Ainda, segundo o autor, a oferta das PIC depende da capacitação previa dos profissionais ou da formação destes no serviço, sendo no que no primeiro caso eles adquirem competência para essas práticas por conta própria, o que depende muito de iniciativas individuais. Já as capacitações profissionais via instituição pública são restritas pelo fato que os profissionais necessitam manter-se na atividade profissional enquanto realizam a formação no horário de trabalho, o que resulta na restrição dos cursos com aprofundamento ou de especialização no ambiente institucional.

Bunning (2012) afirmou que a inserção das PIC na APS está ligada as experiências praticadas pelo SUS desde a inserção dessas práticas no cenário de saúde pública brasileiro, e depende protagonismo dos profissionais praticantes. Azevedo (2011) observou que no Brasil, ainda é pequena a formação PIC para o SUS, sendo a maioria dos cursos de formação é realizada por instituições privadas que não mantêm vínculo com o sistema público de saúde brasileiro.

Estudos internacionais evidenciaram que as PIC tem tido um custo-benefício positivo para os sistemas de saúde e para os planos de saúde (BAARS, 2014; HERMAN, 2012). Outro estudo realizado na Holanda mostrou que usuários de médicos de família também

homeopatas, acupunturistas ou antroposóficos, tiveram uma redução no número de internações e prescrição de drogas, o que gerou uma redução de custos do cuidado (KOOREMAN, 2012).

De acordo com estudo realizado em com uma busca intencional de 31 serviços de saúde e periódicos alguns países da Europa e Estado Unidos concluiu que a formação no campo da PIC é um ponto crítico também em outros sistemas de saúde (CHUNG, 2012)

Em Andaluzia região meridional da Espanha, foi realizado um estudo de caso para avaliar a resposta da MTC (acupuntura, moxibustão, auriculoterapia) em 563 pacientes com osteoartrite crônica no joelho que realizavam tratamento na Unidade de Controle da Dor, que faz parte da APS. Utilizou protocolos de tratamento. 75% dos sujeitos reportaram melhora maior de 45% em relação ao início do tratamento, e ao mesmo tempo diminuíram o uso de analgésicos e anti-inflamatórios (VAS, PEREA, MÉNDEZ, 2004);

Dresang et al. (2005) realizou um estudo descritivo em Cuba que apresentou a incorporação no sistema de saúde de Acupuntura, Fitoterapia, Homeopatia e outras práticas (injeção em pontos-gatilho, massagem, terapia quente, yoga, meditação, etc.) na APS, também apresentou lista de referências para fitoterápicos e comparou dados também com o Sistema de Saúde dos Estados Unidos.

Na Escócia, um estudo descritivo que avaliou prescrições de 323 médicos (General Practice) de Homeopatia e Fitoterapia na APS. 60% dos GP prescreveram homeopatia e 30% fitoterapia para 4160 pessoas em um ano, na maioria pacientes entre 50 anos e mais de 70% mulheres. Os homeopáticos mais prescritos foram: Arnica montana, Rhustoxicodendron, Cuprummetallicum, Pulsatilla, Sepia. Os fitoterápicos mais prescritos foram: Gentian, Cranberry, Digestodoron, EveningPrimrose, Laxadoron (ROSS, SIMPSON, MCLAY, 2006).

Na região da Toscana, Itália, um relatório apresentou como a Homeopatia, Acupuntura e Fitoterapia foram incluídas na APS. Dentre os resultados, foi destacado como o governo financiou medicina natural em outros países, incluiu a prática veterinária, fez treinamento do pessoal da APS em PIC e a possibilidade de usar águas termais. Também avaliou a qualidade do serviço pelo tipo de doença tratada e também pela diminuição do uso de medicamentos (ROSSI, 2008).

Souza (2017) afirmou que no Brasil as PIC estão inseridas nos serviços de APS, principalmente unidades básicas tradicionais, por profissionais que exercem exclusivamente PIC, sendo a da agenda desses profissionais organizadas para seus atendimentos com PIC, conforme as especialidades de cada um. Os profissionais têm inserção cotidiana no serviço, o que lhes dá maior aproximação com o universo cultural e psicossocial dos usuários, em relação aos que atendem em unidades especializadas. Entretanto, existem poucos profissionais no SUS que fazem uso das PIC e raras as iniciativas de gestores municipais de

alocá-los em serviços de atenção primária à saúde, restringindo e dificultando o acesso, pois está somente nas unidades dos praticantes exclusivos.

Outra forma de inserção das PIC na APS é através de profissionais que atuam nas equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) nesse caso, suas atividades na maioria das vezes são prioritariamente de atendimentos em grupos e de educação permanente dos profissionais da rede básica de saúde (BRASIL, 2008).

Souza (2017) afirmou que as PIC no SUS, em uma perspectiva de ampliação da sua oferta para os usuários, pois esta não tem sido contemplada em sua plenitude, por nenhum desses modos de inserção isoladamente na APS. Conforme sua ascendente valorização social e acadêmica, sua inserção deve ser orientada de modo que se adeque as condições sanitárias do país, com incentivo financeiro sustentável.

Na Europa, a federação responsável pelas modalidades de PIC em 23 países da Europa ocidental, é a EFCAM (European Federation for Complementary and Alternative Medicine) tendo estabelecido como missão/visão garantir a inclusão de PIC na política de saúde europeia, garantir a liberdade de escolha de tratamento para a população, melhorar a disponibilidade e acesso aos serviços de PIC, assegurar o direito legal de PIC por profissionais treinados e regulamentados na Europa e garantir a participação de pesquisadores de PIC em projetos de pesquisa (EFCAM, 2016).

Segundo pesquisa realizada pela EFCAM em 2015, 80% de cidadãos em países distintos da União Europeia já utilizaram as PIC no cuidado com sua saúde, e estimativa de 360.000 profissionais que atuam com diversas PIC, destacando-se acupuntura, aromaterapia e prescrição de plantas medicinais (REC, 2012)

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo tipo transversal de abordagem quantitativa.

4.2 População do Estudo

A população do estudo foi composta por profissionais de saúde da atenção primária dos municípios da Grande Aracaju: Aracaju, Barra dos Coqueiros, Nossa Senhora do Socorro e São Cristóvão. Os referidos municípios dentro de cada rede de Atenção Primária estão assim compostos por: Aracaju 132 Equipes de Saúde Família (ESF). Barra dos Coqueiros 08 ESF, e São Cristóvão 24 ESF, totalizando 164 ESF (Quadro 01).

Quadro 01- Distribuição da amostra dos profissionais das equipes de Saúde da Família por município na Grande Aracaju- 2018

Município	Dentistas	Médicos	Enfermeiros	Total por município
Aracaju	66	132	132	330
Barra dos coqueiros	05	08	08	21
São Cristóvão	11	24	24	59
Total	410			

4.3 Amostra do estudo

A pesquisa foi realizada com os médicos, enfermeiros e dentistas de 89 ESF que atuam nos municípios da Grande Aracaju.

A amostra em Aracaju foi representativa. Foram selecionadas 20 unidades de saúde sistemática e aleatoriamente da lista de Unidades de saúde da família de 2018 de cada uma das 8 regiões de saúde, obedecendo o critério sistemático de 2 unidades sorteadas por região. Entretanto quando havia a negação/baixa adesão por parte da instituição havia nova seleção de unidades de saúde da família.

Foram convidados a participar os profissionais dentistas, médicos e enfermeiros das equipes das unidades de saúde da família selecionados. Participaram 66 (50,0%) das 132 equipes existentes em Aracaju. O número de voluntários participantes foi de 101

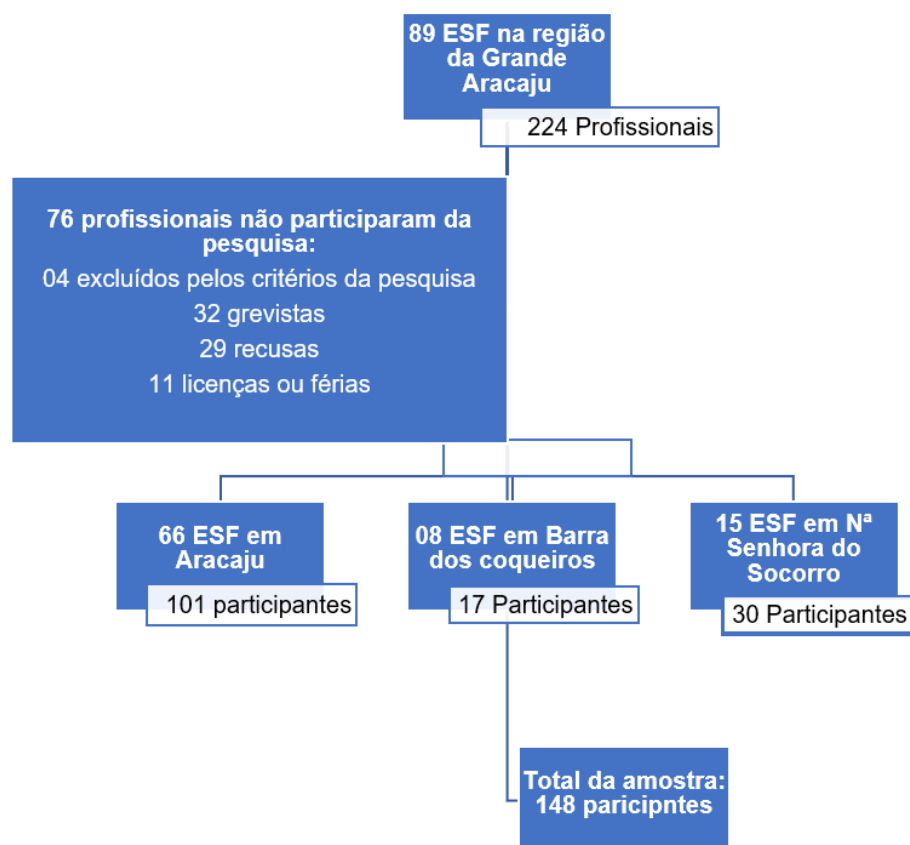
profissionais de saúde, sendo 27 Médicos, 47 enfermeiros e 27 dentistas. Dos profissionais do município, 32 estavam em greve, 24 se recusaram a participar da pesquisa, 07 estavam de licença ou férias da Unidade, 03 profissionais tinham menos de 01 ano de serviço público.

No município Barra dos Coqueiros das 08 equipes de saúde existentes, todas (100%) participaram do estudo, com 17 profissionais participantes. Sendo 06 Médicos, 07 enfermeiros e 04 dentistas. Dos profissionais do município, 02 se recusaram a participar da pesquisa, 02 estavam férias da Unidade.

No município São Cristóvão das 24 equipes de saúde existentes. 15 equipes (62,5%) participaram com 30 profissionais participante. Foram visitadas 06 unidades de saúde sistemática e aleatoriamente da lista de Unidades de saúde da família de 2019 da zona urbana e rural das 03 regiões de saúde, obedecendo o critério sistemático de 2 unidades sorteadas por região, sendo 12 Médicos, 12 enfermeiros e 06 dentistas. Dos profissionais do município Destes, 03 se recusaram a participar da pesquisa, 02 estavam de licença ou férias da Unidade, 01 profissional tinha menos de 01 ano de serviço público.

Ao total, a amostra final contou com 148 profissionais da saúde de nível superior – médicos, dentistas e enfermeiros – com atuação na Atenção Primária do SUS dos municípios sergipanos de Aracaju, Barra dos Coqueiros e São Cristóvão (Fluxograma 01).

FLUXOGRAMA 01



4.4 Critérios de Inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa, todos os profissionais de saúde da Atenção Primária dos municípios da grande Aracaju.

Foram excluídos profissionais de saúde que não gozavam de no mínimo um ano de experiência profissional.

4.5 Instrumento e Coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário adaptado do instrumento do Ministério da Saúde, intitulado: Diagnóstico Situacional das Ações Serviços referente a Medicina Natural e Práticas Complementares existentes no SUS (BRASIL, 2015). Este possui 20 perguntas no formato de questões fechadas, que abordam as características profissiográficas dos participantes (idade, sexo, categoria profissional e tempo de serviço), bem como temas relativos aos conhecimentos, uso em relação às PICs e à PNPIC, e à credibilidade em relação às PICs (Apêndice A). Passou ainda pela validação facial com 5 experts na área interdisciplinar (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

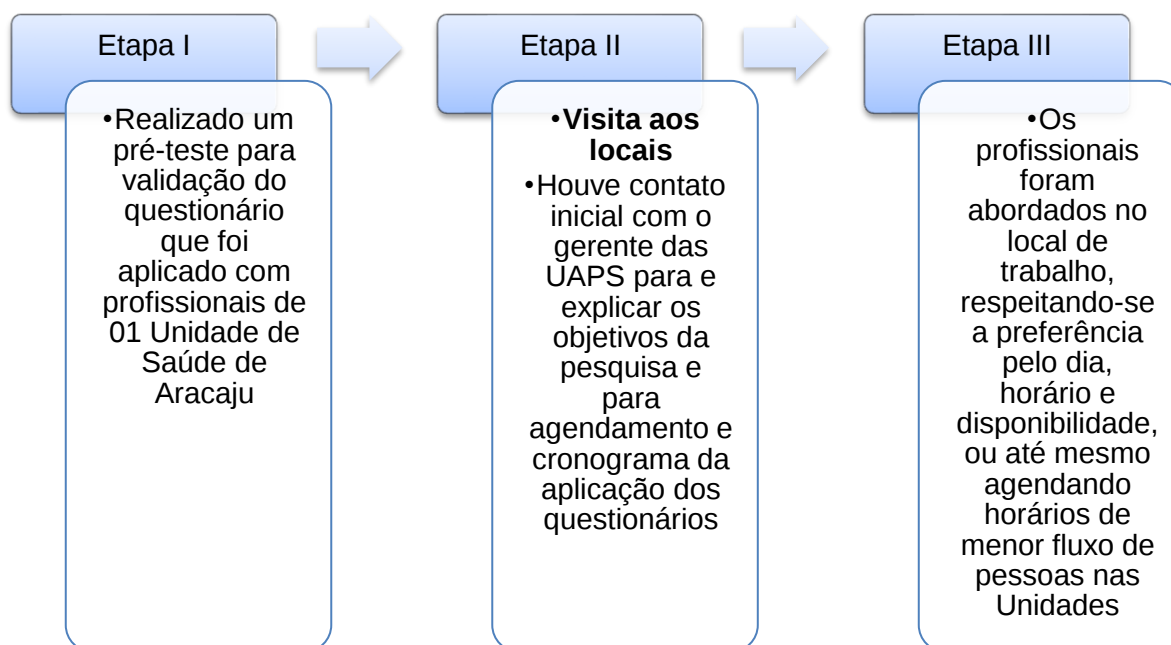
Foi realizado um pré-teste para adequação do questionário que foi aplicado com profissionais de 01 Unidade de Saúde de Aracaju a uma pequena amostra de participantes. O objetivo do teste piloto foi avaliar os aspectos funcionais, tais como pertinência, organização, clareza das questões, de modo a corrigir e/ou melhorar eventuais problemas, antes da aplicação definitiva. Assim, o *feedback* que o teste piloto permitiu observar se a redação das questões estava clara a todos os questionados, bem como se as questões tinham mesmo sentido para todos. Não houve necessidade de mudança nas questões, após essa etapa.

4.6 Procedimentos de coleta de dados

Na visita em cada UAPS, houve contato inicial com o (a) gerente para agendamento e cronograma da aplicação dos questionários aos profissionais. Os profissionais foram abordados no local de trabalho, respeitando-se a preferência pelo dia, horário e disponibilidade, ou até mesmo agendando horários de menor fluxo de pessoas nas Unidades. Para evitar constrangimento o questionário era respondido em local privado. O questionário foi respondido em um momento mais apropriado para o profissional pesquisado e devolvido para o pesquisador no mesmo dia ou em um prazo máximo de uma semana. Se não devolvido nesse tempo, era feita nova abordagem pelo pesquisador, na semana

seguinte. O tempo médio previsto para o preenchimento do questionário foi de 10 minutos aproximadamente (Fluxograma 02).

FLUXOGRAMA 02



4.7 Variáveis do estudo

Foi realizada análise da distribuição de frequência das variáveis categóricas uso das PICS, conhecimento sobre o uso das PICS pelos profissionais de saúde, indicação dessas práticas pelos profissionais, uso de alguma (s) destas por parte destes profissionais de acordo com as demográficas como sexo, idade, tempo de serviço, ocupação na unidade básica de saúde.

4.8 Análise Estatística

As informações colhidas foram descritas por meio de frequências simples e percentuais. Foi testada associação utilizando o teste qui-quadrado de Pearson, os pré-requisitos adotados para aplicar o teste é que a nenhuma célula possa ter a contagem esperada inferior a 5, o V de Cramer e o Phi foram utilizados para avaliar o grau de

associação, e os resíduos ajustados será utilizado como pós teste. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e o software utilizado foi o *SPSS statistics 22 win*.

4.9 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes (CEP/UNIT) processo nº 2.823.771 (Anexo 01).

5 REFERENCIAS

- ALMEIDA, J. **O Debate Político e o Conflito Interprofissional em Redor da Regulamentação das Medicinas Alternativas e Complementares em Portugal**. VI Congresso Português de Sociologia. ISCTE. 2008. Disponível em: <<http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/336.pdf>>.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3061-3068, 2011.
- ALVES, J. M. **Os Princípios da Homeopatia**. 2015. Acesso em: 01 nov. 2018.
- AMARAL, H. A. M. **Evidências Científicas da Medicina Termal – Crenoterapia**. 2010. 40f. Dissertação (Mestrado) Universidade do Porto, Portugal, 2010.
- ARVIDSDOTTER, T.; MARKLUND, B.; TAFT, C. Effects of an integrative treatment, therapeutic acupuncture and conventional treatment in alleviating psychological distress in primary care patients-a pragmatic randomized controlled trial. **BMC complementary and alternative medicine**, v. 13, n. 1, p. 308, 2013..
- AYERS, S. L.; KRONENFELD, J. J. Using factor analysis to create complementary and alternative medicine domains: an examination of patterns of use. **Health**., v. 14, n. 3, p. 234-52, 2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA ANTROPOSÓFICA. Conheça está a medicina. Disponível em: <<http://www.medicinaantroposofica.com.br>>
- AZEVEDO, E. de; PELICIONI, M. C. F. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. **Trabalho. Educação e saúde**, v. 9, n. 3, p. 361-78, 2011.
- BAARS, E. W.; KOOREMAN, P. A 6-year comparative economic evaluation of healthcare costs and mortality rates of Dutch patients from conventional and CAM GPs. **BMJ open**, v. 4, n. 8, p. e005332, 2014.
- BARROS, N. F. **A construção de novos paradigmas na medicina: a medicina alternativa e a medicina complementar**. In: CANESQUI, A. M. (org.). Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 201-16.
- BARROS, N. F. de. Abram alas para os novos movimentos sociais: Saúde da Família e Práticas Integrativas e Complementares. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v. 9, n. esp, p. 62-3, 2008.
- BARROS, N. F. de; NUNES, E. D. Complementary and alternative medicine in Brazil: one concept, different meanings. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 2023-8, 2006.
- BARRETT, B. et al. Themes of holism, empowerment, access, and legitimacy define complementary, alternative, and integrative medicine in relation to conventional biomedicine. **The Journal of Alternative & Complementary Medicine**, v. 9, n. 6, p. 937-47, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília. Ministério da Saúde, 2006. 60p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**, Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares em saúde: uma realidade no SUS. **Revista Brasileira Saúde da Família**; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: realidades e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. **Rev Bras Saúde Família**. 2008;(ed esp): 70-76.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC**. Brasília, DF: MS; 2009.

_____. Ministério da Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 145**, de 11 de janeiro de 2017. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Acesso à medicina não convencional cresce no SUS**. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: realidades e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. **Rev Bras Saúde Família**. 2008;(ed esp): 70-76.

_____. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação Sobre Orçamento Público em Saúde**. Brasília, DF, 2012.

BRUNING, M. C. R. et al. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu-Paraná: a visão dos profissionais de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 2675-85, 2012.

CARVALHO, J. L. S; NÓBREGA, M. P. S. S. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, p. e2017-0014, 2017.

CRUZ, P. L. B.; SAMPAIO, S. F. As práticas terapêuticas não convencionais nos serviços de saúde: revisão integrativa. **Revista de APS**, v. 19, n. 3, p. 483-94, 2016.

CHUNG, V. C. H et al. Organizational determinants of interprofessional collaboration in integrative health care: systematic review of qualitative studies. **PloS one**, v. 7, n. 11, p. e50022, 2012..

EICAM – *European Information Centre for Complementary and Alternative Medicine*. 2008. Disponível em <<http://www.eiccam.eu/portal.html>>

GENÇ, F.; TAN, M. The effect of acupressure application on chemotherapy-induced nausea, vomiting, and anxiety in patients with breast cancer. **Palliative & supportive care**, v. 13, n. 2, p. 275-84, 2015.

GIORGI, M. S. et al. Contribuição da homeopatia no controle da ansiedade e do medo, como prevenção das emergências médicas em odontologia: estudo piloto. **Revista de Homeopatia**, v. 73, n. 3, p. 17-22, 2010.

GONTIJO, M. B. A.; NUNES, M. de F. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 301-20, 2017.

GOYATÁ, S. L. T. et al. Effects from acupuncture in treating anxiety: integrative review. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 69, n. 3, p. 602-9, 2016.

HADDAD ML, MEDEIROS M, MARCON SS. Sleep quality of obese workers of a teaching hospital: acupuncture as a complementary therapy. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. 2012

HADDAD-RODRIGUES, M. et al. Acupuncture for anxiety in lactating mothers with preterm infants: a randomized controlled trial. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2013, 2013.

HAMILTON, A. C. Medicinal plants, conservation and livelihoods. **Biodiversity & Conservation**, v. 13, n. 8, p. 1477-517, 2004.

HERMAN, P. M. et al. Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. **BMJ open**, v. 2, n. 5, p. e001046, 2012.

HELLMANN, F. Termalismo social no sistema único de saúde: Ampliando ações e olhares quanto ao uso terapêutico da água. **Cad. Naturol. Terap. Complem** – Vol. 3, Nº 5 – 2014.

JUSTO, C. M. P.; GOMES, M. H. de A. A cidade de Santos no roteiro de expansão da homeopatia nos serviços públicos de saúde no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 14, n. 4, p. 1159-71, 2007.

KLEIN, C.H; BLOCH, K.V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A., et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu. 2 ed., p.193-220, 2009.

KOOREMAN, P.; BAARS, E. W. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. **The European Journal of Health Economics**, v. 13, n. 6, p. 769-76, 2012.

KUREBAYASHI, L. F. S.; FREITAS, G. F. de; OGUISO, T. Nurses perception about diseases that are treated by acupuncture. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 930-6, 2009.

LEE, C. et al. The effectiveness of acupuncture research across components of the trauma spectrum response (tsr): a systematic review of reviews. **Systematic reviews**, v. 1, n. 1, p. 46, 2012.

Legal Status and regulation of CAM in Europe. Part I – CAM regulations in the European countries. Final report. 2012. Disponível em http://www.cam-europe.eu/dms/files/CAMbrella_Reports/CAMbrella-WP2-part_1final.pdf.

LEMONICA, R. **Compreendendo o impacto das diretrizes propostas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em serviços de homeopatia do Sistema Único de Saúde**. 2014. 174f. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 261-72, 2014.

LIMA; A. C. de; BEM, P. N. I. Tratamento homeopático da asma infantil. **Revista de Pesquisa e Inovação Farmacêutica**, v. 2, n. 1, p. 62-71, 2010.

LYRIO, C. **Homeopatia por você**. v. 1, Rio de Janeiro: Mauad, v. 1, 2007.

LORENZI, H.; MATOS, F. J. A. **Plantas Medicinais no Brasil: nativas e exóticas**. 2ª ed. Nova Odessa, Instituto Plantarum, 2008.

LORENZI, H.; MATTOS, F. J. A. **Plantas Medicinais do Brasil: Nativas e Exóticas**. Nova Odessa: Instituto Plantarum, 2002.

LUZ, M. T. Medicina e Racionalidades Médicas: Estudo comparativo da Medicina Ocidental Contemporânea, Homeopática, Tradicional Chinesa e Ayurvédica. In: CANESQUI, A. M. **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

LUZ, M. T. Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas. In: CAMARGO JÚNIOR, K. R de (org.). **Racionalidades Médicas: A Medicina Ocidental Contemporânea**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; 1993.

MONTEIRO, D. A.; IRIART, J. A. B. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1903-12, 2007.

NAGAI, S. C.; QUEIROZ, M. de S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1793-1800, 2011.

National Center for Complementary and Alternative Medicine. What is CAM? [Internet]. Washington: NCCAM; 2013 [acesso 15 Jun 2013]. Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>.

NOGALES-GAETE, J. Medicina alternativa y complementaria. **Revista chilena de neuro-psiquiatria**, v. 42, n. 4, p. 243-50, 2004.

NUNES, M. F et al. A acupuntura vai além da agulha: trajetórias de formação e atuação de acupunturistas. **Saúde Soc**. São Paulo, v.26, n.1, p.-311, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - (OMS). **Tradicional Medicine Strategy**, 2014.

_____. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005**. Ginebra; 2002

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, 2011.

SALLES, S. A. C.; SCHRAIBER, L. B. Gestores do SUS: apoio e resistências à Homeopatia. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 195-202, 2009.

SANTOS, Me. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3011-24, 2012.

SCALA, P. B. Redução e/ou negatização dos anticorpos antitireoidianos com tratamento homeopático: série de casos. **Revista de Homeopatia**, v. 78, n. 1, p. 1-7, 2015.

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

RODRIGUES, A. G. et al. Relatório de Gestão 2006/2010 - **Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; 2011. Esse é bom ter o link???

SOUSA, I. M. C. de et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 2143-54, 2012.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1732-42, 2009.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos avançados**, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.

THIAGO, S. de C. S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 249-57, 2011.

THOMPSON, T.; FEDER, G. Complementary therapies and the NHS: uncertain evidence of cost effectiveness should not exclude complementary medicine from reviews and guidelines. **BMJ: British Medical Journal**, v. 331, n. 7521, p. 856, 2005.

VANZELA, C.; BITENCOURT, R. M. Homeopatia: terapia alternativa ou efeito placebo?. **Unesc & Ciência-ACBS**, v. 8, n. 1, p. 59-66, 2017.

VECTORE, C. Psicologia e Acupuntura: primeiras aproximações. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 25, n. 2, p. 266-85, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A worldwide review**. Geneva: WHO; 2001.

_____. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Geneva: WHO; 2002.

_____. **Nacional policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines: report of a WHO Global Survey**. Geneva: WHO; 2005.

_____. World Health Organization. **Traditional Medicine: definitions**. Geneva, 2004

_____. **Report of the WHO Interregional Workshop on the Use of Traditional Medicine in Primary Health Care**. Ulaanbaatar: World Health Organization; 2009.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Artigo 01 – submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva

Conhecimento e uso das terapias complementares por médicos, enfermeiros e dentistas da Atenção Primária da Grande Aracaju

Thiago Paulo de Almeida Neto, Andressa Sales Coelho, Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Av. Murilo Dantas, 300 - Farolândia, Aracaju - SE, 49032-490,

thiagopanet@hotmail.com

Resumo

As Práticas Integrativas e Complementares são classificadas como sistemas e recursos terapêuticos que abordam e buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção e recuperação de agravos de saúde por meio de procedimentos eficazes e seguros. Este artigo tem como objetivo avaliar o conhecimento e uso das práticas integrativas por trabalhadores de saúde da atenção primária de Aracaju. A amostra do estudo incluiu 148 médicos, enfermeiros e dentistas das Unidades de Atenção Primária à Saúde dos municípios da Grande Aracaju selecionadas por sorteio aleatório por região de saúde dos municípios da Grande Aracaju. Foi aplicado questionário adaptado com 20 questões sobre o uso das PICS na Atenção Primária. Observou-se que (144; 97,3%) dos profissionais conheciam alguma prática integrativa. A maior parte (89; 60,1%) desses profissionais já indicaram alguma PICS. Dentre as amostras avaliadas, a maior porcentagem (79,1%) foi de mulheres, adultos (acima de 40 anos), atuavam na enfermagem e trabalhavam no serviço público por menos de 10 anos. A maioria dos profissionais não tem conhecimento sobre a PNPIC 102 (69%). Houve associação significativa entre a profissão e o uso de alguma prática integrativa e complementar para tratamento próprio. ($r=0,527$; $p=0,001$), sendo a categoria enfermeiro a que demonstrou associação significativa. Profissionais que tem mais de 10 anos no tempo de serviço, demonstraram uma associação com o uso de alguma prática integrativa e complementar para tratamento próprio ($r=0,61$; $p=0,01$). A oferta das práticas na comunidade onde o profissional trabalha esteve associada a categoria dos enfermeiros ($r=0,221$; $p=0,001$). Os resultados da pesquisa sugerem que há apoio dos enfermeiros, médicos e dentistas da APS da rede municipal de saúde da Grande Aracaju para a implantação das PIC, mas ainda há necessidade de investimento na educação permanente para os profissionais de saúde da atenção primária da Grande Aracaju

Palavras-Chaves: Práticas Integrativas e Complementares. Atenção Primária à Saúde. Terapias Complementares. Promoção da Saúde.

Knowledge and use of complementary therapies by doctors, nurses and dentists of the Primary Care of Greater Aracaju

Thiago Paulo de Almeida Neto, Andressa Sales Coelho, Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Av. Murilo Dantas, 300 - Farolândia, Aracaju - SE, 49032-490,

thiagopanet@hotmail.com

Abstract

This article evaluated the knowledge and use of integrative practices by primary care health workers in Aracaju. The study sample included 148 doctors, nurses and dentists from the Units of Primary Health Care of the municipalities of Grande Aracaju selected by random lottery by health region of the municipalities of Grande Aracaju. A questionnaire adapted with 20 questions on the use of PICS in Primary Care was applied. It was observed that (144; 97.3%) of the professionals knew some integrative practice. The majority (89; 60.1%) of these professionals already indicated some PICS. Among the samples evaluated, the highest percentage (79.1%) was of women, adults (over 40 years), who worked in the nursing and worked in the public service for less than 10 years. Most professionals are not aware of PNPIC 102 (69%). There was a significant association between the profession and the use of some integrative and complementary practice for its own treatment. ($r = 0.527$, $p = 0.001$), and the nurse category showed a significant association. Professionals with more than 10 years of service time demonstrated an association with the use of some integrative and complementary practice for their own treatment ($r = 0.61$, $p = 0.01$). The offer of practices in the community where the professional works was associated with the category of nurses ($r = 0.221$, $p = 0.001$). The research results suggest that there is support from nurses, physicians and dentists from the Aps of the municipal health network of Grate Aracaju for the implementation of PIC, but there is still a need for investment in continuing education for primary health care professionals in Greater Aracaju

Key-words: Integrative and Complementary Practices. Primary Health Care. Complementary Therapies. Health promotion.

INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) englobam um campo de cuidados em saúde com as racionalidades médicas vitalistas e práticas terapêuticas ditas integrativas e complementares em saúde, também definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa¹.

No Brasil, as PIC estão em conformidade com o que a OMS, que recomenda que seus membros elaborem políticas nacionais que incorporem essas práticas aos sistemas oficiais de saúde, com foco na Atenção primária em saúde (APS)².

Essas práticas são classificadas como sistemas e recursos terapêuticos que abordam e buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção e recuperação de agravos de saúde por meio de procedimentos eficazes e seguros, com ênfase na integralidade do ser humano, sendo abordada em aspectos como a escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade³.

As PIC propõem a recuperação dos modelos hipocráticos de saúde, alcançáveis com o desenvolvimento de hábitos saudáveis por meio de medidas naturais. Estas são métodos não convencionais que visam um atendimento voltado para o indivíduo e suas particularidades, abrangendo além da dimensão biológica, a esfera psíquica emocional e espiritual⁴.

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, foi publicada na forma das Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006⁵.

A inserção dessas práticas no SUS configura uma ação de ampliação de acesso e qualificação dos serviços, buscando a integralidade da atenção à saúde da população⁶. Nesse contexto, ratifica-se a importância da Atenção Primária a Saúde (APS) para fortalecer as PIC no âmbito do SUS e promover a saúde da população. Esta implantação tem tido pouco apoio das esferas do governo Estadual e Municipais considerando o baixo incentivo financeiro, poucos investimentos em formação e baixa avaliação e monitoramento, sobretudo quanto à inserção da Medicina Tradicional e Complementar na APS. Entretanto, existem experiências que contemplam diferentes racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares, como a implantação de um serviço exclusivo, em Recife; a criação de uma Política Municipal no Rio de Janeiro, após experiência em um hospital e posterior inserção na atenção primária; criação de centro e saúde em fitoterapia, e um ambulatório especializado em homeopatia, disseminado na atenção primária à saúde com base em práticas corporais específicas, apoiada pela gestão em Campinas⁷.

Em Sergipe, as PICS disponíveis no SUS são ofertadas à população. No estado, as práticas de medicina tradicional chinesa, yoga, massagem, auriculoterapia e acupuntura são oferecidas na Atenção Básica para o tratamento de usuários do SUS, em 33 municípios⁸. Entretanto, existe necessidade de estudos que avaliem o uso das PIC no estado, fortalecendo as evidências científicas sobre este uso.

Dessa forma, conhecer a realidade dos profissionais de saúde que atuam na APS, considerada como principal porta de entrada do SUS, para fundamentar propostas eficazes visam proporcionar ao usuário livre escolha de prevenção, cura e tratamento à saúde. O objetivo deste artigo foi avaliar o conhecimento e uso de práticas integrativas por trabalhadores de saúde da atenção primária dos municípios da Grande Aracaju.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi do tipo transversal de abordagem quantitativa.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), Aracaju apresentava população de 571.149 habitantes, sendo assim o município mais populoso de sua macrorregião, e com produto interno bruto (PIB) per capita (2016) de R\$ 25.717,68; o município de Barra dos Coqueiros tinha população de 24.976 habitantes e PIB per capita de R\$ 12.571,31; e São Cristóvão, 78.864 habitantes e PIB per capita: R\$ 10.172,46⁹.

Foram incluídos os profissionais da Estratégia de saúde da família dos três municípios pesquisados. Esses profissionais podiam ser contratados ou efetivos da rede municipal de saúde. Excluíram-se do estudo os profissionais que tinham menos de um ano no serviço público e que estavam ausentes do exercício da profissão por quaisquer motivos (férias, licenças médicas, licenças por interesse particular).

A amostra em Aracaju foi representativa. Foram selecionadas 20 unidades de saúde sistemática e aleatoriamente da lista de Unidades de saúde da família de 2018 de cada uma das 8 regiões de saúde, obedecendo o critério sistemático de 2 unidades sorteadas por região. Entretanto quando havia a negação/baixa adesão por parte da instituição havia nova seleção de unidades de saúde da família.

Foram convidados a participar os profissionais dentistas, médicos e enfermeiros das equipes das unidades de saúde da família selecionados. Participaram 66 (50,0%) das 132 equipes existentes em Aracaju. O número de voluntários participantes foi de 101 profissionais de saúde, sendo 27 Médicos, 47 enfermeiros e 27 dentistas. Dos profissionais do município, 32 estavam em greve, 24 se recusaram a participar da pesquisa, 07 estavam

de licença ou férias da Unidade, 03 profissionais tinham menos de 01 ano de serviço público.

No município Barra dos Coqueiros das 08 equipes de saúde existentes, todas (100%) participaram com 17 profissionais participantes. sendo 06 Médicos, 07 enfermeiros e 04 dentistas. Dos profissionais do município estes, 02 se recusaram a participar da pesquisa, 02 estavam férias da Unidade.

No município São Cristóvão das 24 equipes de saúde existentes. 15 equipes (62,5%) participaram com 30 profissionais participante. Foram visitadas 06 unidades de saúde sistemática e aleatoriamente da lista de Unidades de saúde da família de 2019 da zona urbana e rural das 03 regiões de saúde, obedecendo o critério sistemático de 2 unidades sorteadas por região. Os voluntários foram 12 Médicos, 12 enfermeiros e 06 dentistas. Dos profissionais do município, 32 estavam em greve, 05 se recusaram a participar da pesquisa, 02 estavam de licença ou férias da Unidade, 01 profissional tinha menos de 01 ano de serviço público.

Ao total, a amostra final contou com 148 profissionais da saúde de nível superior – médicos, dentistas e enfermeiros – com atuação na Atenção Primária do SUS dos municípios sergipanos de Aracaju, Barra dos Coqueiros e São Cristóvão. A pesquisa foi realizada no período de setembro 2018 a janeiro de 2019. Nenhum dos municípios tinha protocolo de realização das PICs nas unidades do SUS e os três apresentavam condições socioeconômicas diferenciadas, o que sabidamente interfere nos condicionantes de saúde.

Elaborou-se para a pesquisa um questionário semiestruturado, e realizado um pré-teste com doze profissionais sorteados em Aracaju (por ser a cidade com maior número de profissionais). O pré-teste teve como objetivo verificar a adequação do questionário quanto à compreensão das perguntas, bem como se atingia os propósitos da pesquisa. As necessidades de ajustes do questionário foram realizadas antes da coleta dos dados.

O questionário utilizado foi adaptado do instrumento do Ministério da Saúde, intitulado: Diagnóstico Situacional das Ações Serviços referente a Medicina Natural e Práticas Complementares existentes no SUS. Este possui 20 perguntas no formato de questões fechadas, que abordam as características profissiográficas dos participantes (idade, sexo, categoria profissional e tempo de serviço), bem como temas relativos aos conhecimentos, uso em relação às PICs e à PNPIC, e à credibilidade em relação às PICs. Passou ainda pela validação facial com 5 experts na área interdisciplinar¹⁰.

Para evitar constrangimento o questionário era respondido em local privado. O questionário foi respondido em um momento mais apropriado para o profissional pesquisado e devolvido para o pesquisador no mesmo dia ou em um prazo máximo de uma semana. Se não devolvido nesse tempo, era feita nova abordagem pelo pesquisador, na semana

seguinte. O tempo médio previsto para o preenchimento do questionário foi de 10 minutos aproximadamente.

Os dados coletados foram transcritos e inicialmente analisados por meio de frequência absoluta e relativa do quantitativo de pesquisados quanto às variáveis: conhecimento dos profissionais sobre as práticas integrativas, Inserção e modo de inserção das PIC na Atenção Primária e Distribuição das PIC mais conhecidas e as de interesse pelos profissionais da AP. Foi realizada análise bivariada de acordo com a categoria de profissionais de saúde. Foi testada associação utilizando o teste qui-quadrado de Pearson, os pré-requisitos adotados para aplicar o teste é que a nenhuma célula possa ter a contagem esperada inferior a 5, o V de Cramer e o Phi foram utilizados para avaliar o grau de associação, e os resíduos ajustados será utilizado como pós teste. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e o software utilizado foi o *SPSS statistics 22 win*.

O estudo contou com a aprovação das secretarias de saúde dos municípios em questão e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes (CEP/UNIT) de acordo com o parecer nº 2.823.771, atendendo à resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Dos profissionais entrevistados da atenção primária participantes do estudo, no ano de 2018/2019, nos municípios da Grande Aracaju, 67 (45,2%) foram enfermeiros, 44 (29,8%) médicos e 37 (25%) dentistas. Destes, 31 (20,9%) eram do sexo masculino e 117 (79,1%) do sexo feminino. Ao tempo que, (46,6%) tinham entre 20 e 40 anos e 79 (53,4%) mais de 40 anos. Em relação ao tempo de serviço 56 (37,8%) tinham entre 01 e 10 anos, 44 (29,7%) entre 11 e 20 anos, e 48 (32,5%) mais de 20 anos de serviço.

Na Tabela 01 demonstra os resultados sobre o conhecimento dos profissionais acerca das práticas integrativas na Atenção Primaria de Aracaju. Pode-se observar que entre os participantes 144 (97,3%) conhecia alguma prática integrativa e 04 (2,7%) não conhecia ou não lembravam sobre as PIC. A maior parte deles afirmou que a concepção das PIC não estava relacionada ao que havia sido ensinado na graduação 114 (77%) e apenas 24 (16,2%) relacionaram o conhecimento a graduação. Sobre como este conhecimento foi adquirido, a maioria 129 (87%) aprendeu por conta própria ou com familiar e 15 (10%) fez algum curso sobre as práticas. Grande parcela dos profissionais não possuía conhecimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares 102 (69%) e 43 (29%) conheciam.

Tabela 01 – Conhecimento dos profissionais sobre as práticas integrativas na Grande Aracaju/SE, 2019 (n=148)

Variável	Enfermeiro	Médico	Dentista	Total	
CONHECE ALGUMA PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR	N	N	N	N	%
Sim	65	43	36	144	97,3
Não	01	01	-	02	1,35
Não lembro	01	-	01	02	1,35
CONCEPÇÃO SOBRE AS PIC PODE ESTAR RELACIONADA AO QUE LHE FOI ENSINADO DURANTE A GRADUAÇÃO					
Sim	13	9	2	24	16,3
Não	47	35	32	114	77
Não lembro	7	-	3	10	6,7
CONHECIMENTO DAS PIC					
Aprendeu por conta própria ou com familiar	61	38	30	129	87
Fez curso	04	05	06	15	10
Não respondeu	02	01	01	04	3
EXPERIÊNCIA COM AS PIC*					
Não tive nenhuma experiência.	03	03	03	13	8,8
Já li e/ou vi reportagem a respeito do assunto	49	32	31	112	75,6
Tive experiência durante o curso de graduação	06	10	03	19	12,8
Tive experiência durante o curso pós-graduação	05	04	03	12	8,1
Alguém da minha família já se submeteu a essas práticas.	29	23	20	72	48,6
Já me submeti a esta(s) prática	49	28	28	105	71
Utilizo essas práticas em meus pacientes.	16	19	08	43	29
CONHECIMENTO DA A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES					
Sim	23	16	04	43	29
Não	43	28	31	102	69
Não sei	01	-	02	03	2

* Valores cumulativos nas alternativas.

Pode-se observar que a maioria dos profissionais 122 (82,5%) afirmaram que não há oferta dessas práticas nas UAPS. Em relação a indicação das PIC para a população 89 (60,1%) desses profissionais indicaram alguma PIC e 59 (39,8%) nunca o fizeram. No contexto da frequência do uso das PIC nos últimos seis meses nos últimos seis meses 71 (48%) indicaram três vezes ou mais o uso das PIC. No que diz respeito a capacitação, 123 (83%) não realizaram cursos de formação nas PIC e apenas 25 (17%) destes realizaram algum curso de capacitação. Observa-se também que a grande maioria acha as PIC importantes no contexto do SUS e 99,3% dos entrevistados concordam com a implantação nas UAPS. No aspecto sobre o uso das PIC foi verificado é que 116 (78,3%) dos profissionais já fizeram uso de alguma PIC para tratamento próprio. A maioria dos profissionais 107 (72,2%) já indicou para algum amigo ou familiar (Tabela 02).

Tabela 02 – Inserção e modo de inserção das PIC na Atenção Primária na Grande Aracaju/SE, 2019

Variável	Enfermeiro	Médico	Dentista	Total	Pde significância (X ²)	
OFERTA DAS PIC NAS UAPS	N	N	N	N	%	
Sim	13	11	02	26	17,5	P = 0,001
Não	54	33	35	122	82,5	
CONCORDÂNCIA COM AS PIC NAS UAPS						
Sim	67	43	37	147	99,3	
Não	-	01	-	01	0,7	
INDICA AS PIC PARA A POPULAÇÃO						
Sim	41	25	23	89	60,2	P = 0,05
Não	26	19	14	59	39,8	
INDICAÇÃO NOS ÚLTIMOS SEIS MESES						
Nenhuma	32	16	18	66	44,5	
Uma ou duas vezes	05	04	02	11	7,5	
Três vezes ou mais	30	24	17	71	48	P = 0,001
CAPACITAÇÃO E/OU ESPECIALIZAÇÃO EM PIC						
Sim	08	10	07	25	17	P = 0,001
Não	59	34	30	123	83	
IMPORTÂNCIA DAS PIC NO SUS						
Sim	67	42	32	141	95	
Não	-	01	01	02	1,5	
Não sei	-	01	04	05	3,5	
USO DAS PIC PARA TRATAMENTO PRÓPRIO						
Sim	54	34	28	116	78,3	P = 0,001
Não	13	10	09	32	21,7	
INDICAÇÃO DAS PIC PARA FAMILIARES/AMIGOS						
Sim	51	29	27	107	72,2	P= 0,03
Não	16	15	10	41	27,8	

Legenda: teste qui-quadrado de Pearson
P de significância (X²)

Dentre as práticas mais conhecidas pelos profissionais a acupuntura foi conhecida por 97% dos profissionais, seguida da Fitoterapia (90%) e homeopatia (66,3%) e as menos conhecidas foram terapia de brilho, iridologia, naturoterapia, trofoterapia e hemoterapia com (1%) para cada. Algumas PIC que não estão inseridas no contexto do SUS, como a trofoterapia, terapia de brilho, e cura arcturiana foram relatadas pelos profissionais. Já quando foi perguntado qual praticas os profissionais mais tinha interesse em aprender, os mesmos sinalizaram a fitoterapia (54,7%) seguida da acupuntura (49,3%) e homeopatia (33,6%) (Tabela 03).

Tabela 03 – Distribuição das PIC mais conhecidas e as de interesse pelos profissionais da AP na Grande Aracaju/SE, 2019

PRÁTICAS QUE CONHECE*	Enfermeiro		Médico		Dentista		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Acupuntura	66		42		36		144	97
Ayurvédica	05		08		04		17	16,8
Homeopatia	42		31		25		98	66,3
Fitoterapia ou plantas medicinais	62		42		30		134	90
Termalismo/ crenoterapia	09		05		06		20	19,8
Medicina antroposófica	06		08		05		19	18,8
Medicina tradicional chinesa	09		06		03		18	17,8
Do in	05		06		04		15	14,8
Arteterapia	12		08		07		27	26,7
Yoga	43		28		23		94	63,5
Meditação	41		31		20		92	62,1
Musicoterapia	38		26		19		83	56
Xianggong	-		-		01		01	1
Lianggong	-		-		01		01	1
Nutrição e alimentação orgânica	26		32		15		73	49,5
Reiki	36		29		24		89	60,1
Cromoterapia	15		09		05		29	28,7
Aromaterapia	15		09		09		33	32,6
Geoterapia	02		02		01		05	4,9
Terapia de florais	32		19		16		67	43,2
Massoterapia	01		02		-		03	2,9
Auriculoterapia	01		-		-		01	1
Terapia do brilho	-		01		-		01	1
Iridologia	-		-		01		01	1
Natuoterapia	-		01		-		01	1
Trofoterapia	01		-		-		01	1
Hemoterapia					01		01	1
PRÁTICAS DE MAIOR INTERESSE APRENDER/APROFUNDAR*								
Nenhuma	01		02		-		03	2,9
Acupuntura	44		10		19		73	49,3
Ayurvédica	03		05		01		09	8,9
Homeopatia	26		14		10		50	33,8
Fitoterapia ou plantas medicinais	44		18		19		81	54,7
Termalismo/ crenoterapia	01		-		-		01	1
Medicina antroposófica	03		09		05		17	16,8
Medicina tradicional chinesa	05		04		05		14	13,8
Reiki	03		01		01		05	4,9
Aromaterapia	-		01		-		01	1
Meditação	01		01		-		01	1
Arteterapia	-		01		-		01	1
Musicoterapia	02		-		-		02	1,9
Cura arcturiana	01		-		-		01	1
Massoterapia	01		-		01		02	1,9
Dança circular	01		-		-		01	1
Cromoterapia	01		-		-		01	1
Constelação familiar	01		-		-		01	1
Terapia de grupo	01		-		01		02	1,9
Yoga	01		-		01		02	1,9
Nutrição e alimentação orgânica	-		-		01		01	1
Do in	-		-		01		01	1
Iridologia	01		-		-		01	1
Terapia de florais	-		-		01		01	1

* valores cumulativos nas alternativas.

Há uma associação significativa entre a profissão e o uso de alguma prática integrativa e complementar para tratamento próprio. ($r=0,527$; $p=0,001$). O grupo de enfermeiro demonstrou associação enquanto os médicos não, para os dentistas não houve associação significativa. A não utilização da prática (nenhum) nos últimos 6 meses demonstrou que esteve mais associada ($r=0,414$; $p=0,001$) à categoria enfermeiro, em relação aos médicos e dentistas. A frequência das PICS uma e duas vezes demonstrou associação maior com a categoria médico. A utilização das PICS mais que duas vezes nos últimos 6 meses esteve associada significativamente à categoria dentista, em relação aos enfermeiros e médicos.

A indicação das PIC para tratamento de um amigo ou familiar demonstrou uma associação significativa ao grupo dos enfermeiros ($r=0,381$; $p=0,03$) e uma não associação com os dentistas, para a categoria médico não houve resultado significativo.

Houve associação significativa entre a concepção que possuíam as categorias de enfermeiros e dentistas sobre as práticas estarem relacionadas ao que lhe foi ensinado durante a graduação, enquanto para a categoria médica não houve associação ($r=0,44$; $p=0,001$). A correlação foi significativa entre as categorias profissionais de saúde e a oferta de algumas dessas práticas na comunidade. O resultado desta oferta à comunidade foi significativamente maior quanto aos enfermeiros, em relação a dentistas e médicos não houve associação ($r=0,221$; $p=0,001$) (Tabela 04).

Tabela 04. Associação entre as práticas integrativas e a profissão - Grande Aracaju/SE, 2019.

Variável	Phi ou V de Cramer	X^2 , graus de liberdade e p de significância	Profissão
Usou PIC para tratamento próprio	0,527	$X^2(2)$: 28,04, $p = 0,001$	Enfermeiro
Frequência de uso dessas PIC	0,414	$X^2(4)$: 204, $p = 0,001$	Enfermeiro
Indicou para amigos/familiar	0,381	$X^2(2)$: 39,4, $p = 0,03$	Enfermeiro
Conhecimento sobre as PIC relacionadas a graduação	0,44	$X^2(2)$: 64,1, $p = 0,001$	Enfermeiro Dentista
Oferta das práticas na UAPS	0,221	$X^2(2)$: 19,6, $p = 0,001$	Enfermeiro

Legenda: teste qui-quadrado de Pearson
P de significância (X^2)

Os resultados da tabela 05 mostraram que os profissionais que tem mais de 10 anos no tempo de serviço, demonstraram uma associação de 61% com o uso de alguma prática integrativa e complementar para tratamento próprio ($r=0,61$; $p=0,01$), enquanto os que tem

abaixo de 10 anos de tempo de serviço demonstraram uma não associação, ambos significativos estatisticamente.

Não houve diferença significativa quanto à indicação das práticas integrativas demonstrou resultado significativo para aqueles profissionais que atuam a mais de 10 anos ($r=0,19$; $p=0,05$).

A indicação do uso das práticas integrativas e complementares não apresentou diferenças significativas na correlação com o tempo de atuação profissional ($r=0,283$; $p=0,05$).

Tabela 05: Associação das PIC pelo qui quadrado de acordo com o tempo de serviço - Grande Aracaju/SE, 2019.

Variável	Phi ou V de Cramer	X ² , graus de liberdade e p de significância	Tempo de serviço
Usou PIC para tratamento próprio	0,61	X ² (2): 122,0, $p = 0,01$	>10 anos
Indicou para amigo/familiar	0,19	X ² (2): 244,2 $p = 0,05$	>10 anos
Indicou para a população das UAPS	0,283	X ² (2): 39,4, $p = 0,05$	>10 anos

Legenda: teste qui-quadrado de Pearson
P de significância (X²)

DISCUSSÃO

Estudos apoiam a hipótese de que há crescente interesse pelas práticas integrativas complementares e sensibilização dos profissionais de saúde, especialmente os da atenção primária, ao mesmo tempo em que aumenta a demanda por essas práticas¹¹.

No Brasil, em geral, há um desconhecimento em relação à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC, em que 88% dos profissionais não conheciam seu conteúdo¹¹. Dado ratificado nesse estudo, onde 69 % dos profissionais da atenção primária da Grande Aracaju também desconhecem seu conteúdo. Essa falha pode estar relacionada com possíveis falhas nos meios de comunicação e/ou descrença de gestores. O tema também se encontra ausente ou pouco abordado nos cursos de graduação¹².

Estimular a implantação do conteúdo das PIC na estrutura curricular dos cursos da área da saúde que, em sua grande maioria, não proporcionam conhecimentos sobre outras medicinas e práticas, seria uma medida a ser considerada para melhorar esse cenário.

No estudo realizado em Goiás e Minas Gerais¹³ foi observado que o conhecimento sobre a PNPIC por uma minoria demonstra a necessidade de investimento na educação permanente para os profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde, já que esta é uma política do Ministério da Saúde. Os autores também verificaram que os profissionais que afirmaram ter algum tipo de conhecimento 118 (99,2%) sobre as práticas integrativas e

complementares, 24 (20,3%) obtiveram embasamento por meio da leitura e/ou com a experiência familiar.

Esses resultados corroboram o estudo de realizado em Juiz de Fora – MG, onde demonstra que o conhecimento sobre as PIC está presente, mas, geralmente foi aprendido de modo informal, por meio do conhecimento popular, mídia e outros¹⁴.

O desconhecimento dos profissionais da saúde sobre as PIC, pode ser responsável por conceitos equivocados, que podem causar danos à saúde da população. Uma medida a ser considerada, seria proporcionar a capacitação das equipes da atenção primária do SUS, para que as PIC sejam efetivadas de forma consciente, e sua inserção fortaleça o vínculo entre profissionais e usuários, aprimorando o controle social no SUS.

Nos Estados Unidos, uma pesquisa avaliou o conhecimento, atitudes, comportamentos na prática e interesse pelas PIC de 153 médicos residentes em saúde da família no Arkansas. Os entrevistados relataram pouco conhecimento sobre as PIC e baixo domínio dos recursos oferecidos por elas. Boa parte dos entrevistados não costumava perguntar aos pacientes sobre seu uso, e a maioria relatou desconforto em aconselhar os pacientes sobre os riscos e benefícios de seu uso. Os autores concluíram que os residentes poderiam não ter formação suficiente sobre as PIC e que, dada a crescente popularidade destas práticas entre o público em geral, os moradores podem se beneficiar de formação e educação destes profissionais¹⁵.

Gontijo e Nunes¹³, realizaram um estudo realizado com médicos, fisioterapeutas, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, biomédicos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e assistentes sociais, com atuação no SUS, mostrou que dentre 118 pesquisados, 117 profissionais (99,2%) afirmaram ter algum conhecimento sobre as PIC. As mais conhecidas foram: acupuntura (97,5%), fitoterapia (88,1%) e homeopatia (78,8%)¹³.

O conhecimento e a credibilidade na acupuntura, dos profissionais, pode ser resultado do aumento do número de atendimentos realizados nessa área no SUS, que pelos dados do MS passou de 680 mil para 1,2 milhão, de 2011 para 2012, representando um aumento de 76,4%¹³.

Siqueira Yamamura¹⁶ realizaram em São Paulo um estudo com 175 médicos do curso de desenvolvimento em acupuntura sobre a motivação para essa especialização e organizaram três categorias: ‘aprimoramento profissional’, ‘ampliar seu próprio horizonte de vida’ e ‘compreender o paciente em uma dimensão mais abrangente’. Esses autores afirmaram que vem aumentando a procura pelo aprendizado de acupuntura por médicos que buscam uma melhor satisfação pessoal no exercício da profissão e na resolubilidade dos problemas de seus pacientes¹⁶.

A acupuntura, a homeopatia e a fitoterapia são as PIC mais valorizadas e utilizadas em Florianópolis. No entanto, os profissionais habilitados nem sempre dispõem de tempo, espaço ou autorização para exercê-las, e muitos não as praticam nas UAPS¹¹. Nesse estudo os profissionais relataram o não fornecimento das agulhas de acupuntura e de medicamentos homeopáticos pela Secretaria Municipal de Saúde e o não incentivo à capacitação do profissional¹¹.

Resultados semelhantes a esta pesquisa, foram encontrados no estudo realizado em Goiás e Minas Gerais que dentre os profissionais 88,1% afirmaram dispor de algum conhecimento da fitoterapia. Segundo os autores uma possível razão para a existência desse conhecimento pode estar relacionada ao uso tradicional e popular das plantas medicinais no Brasil¹³.

O aumento dos estudos com plantas medicinais tem levado a uma constatação da ação terapêutica de várias plantas de uso popular¹⁷. Em Florianópolis – SC foram identificadas 114 espécies de plantas medicinais utilizadas, ao investigarem o uso e o conhecimento tradicional de plantas medicinais no Sertão do Ribeirão, e afirmaram que as plantas medicinais são de ampla utilização no Brasil^{17,18}.

Umas das práticas mais populares e disseminadas que estão ao alcance da população são plantas medicinais. Entretanto, o desconhecimento dos profissionais sobre essas práticas provavelmente determina a falta de incentivo ao seu uso. A capacitação das equipes da AP para o uso e manejo das plantas medicinais parece ser uma medida a ser tomada pelos gestores municipais, para proporcionar conhecimento sobre sua eficácia e segurança para os profissionais e para envolver as comunidades no resgate cultural de seu uso¹¹.

Quanto à análise do uso das PIC, a maioria dos profissionais entrevistados já havia utilizado as PIC para tratamento próprio, sendo favoráveis com a implantação nos serviços de atenção primária. Entretanto, os profissionais afirmaram que não há oferta dessas práticas nas UAPS pelo SUS, mas é importante observar que esses profissionais indicaram as PIC para a população, mesmo que a maioria não tivesse realizado algum curso de capacitação.

Carvalho e Nobrega² verificaram que os profissionais demonstraram interesse sobre essa proposta de atendimento e já as utilizaram na vida pessoal como tratamento de saúde. Por terem vivido a experiência do uso, mostram-se mais favoráveis à sua disponibilização no SUS. Os autores ainda afirmaram que os profissionais concordaram que as PIC devem ser ofertadas nos serviços de saúde pública, e os usuários do serviço se interessam por essas práticas e as têm solicitado na unidade².

Deve-se considerar a possibilidade de implementar ações para estimular a participação dos profissionais em cursos e capacitações sobre as PIC. Essa medida pode

ampliar a disseminação dessas práticas, uma vez que as experiências pessoais positivas, se relacionam ao interesse a efetividade das mesmas.

Nessa perspectiva, a PNPIC progrediu com publicação da Portaria 849/2017 que inseriu novas PIC no contexto do SUS: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga, ressaltando que as mesmas atendem as diretrizes SUS¹⁹. E com a portaria 702/2018, que incluiu as práticas de aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia⁸.

No tocante ao bem-estar da população, Queiroz ²⁰ afirmou que o profissional de saúde está diretamente ligado a este processo, devendo, desta forma, ter conhecimento para esclarecer, indicar e acompanhar os usuários que busquem alguma das modalidades de PIC, já que seu caráter integrativo e complementar atua com uma visão holística indivíduo, colocando este como parte integrante da sociedade e do meio ambiente em que vive.

O profissional da área da saúde tem um grande desafio para manter-se atualizado, pois os serviços de saúde devem estar disponíveis durante boa parte do tempo, significando que profissionais geralmente atendem a população em horários complexos de trabalho, o que evidencia, de certa forma, dificuldades para sua frequência em cursos presenciais²¹.

Estudos demonstraram que é importante para a gestão investir em educação permanente para fortalecimento, participação e comprometimento dos profissionais, agrupados aos interesses e necessidades demandados pelos trabalhadores de cada território. No presente estudo, existe necessidade de empenho e mais esforços para as ações de educação permanente na área de PIC pelas equipes de saúde da Grande Aracaju^{22,23}.

O pouco conhecimento sobre o tema pode levar a concepções errôneas, prejuízos na sua aplicabilidade, desvalorização do alcance das PIC. Esses, afirmam que esta lacuna pode ser sobrepujada com atendimento ao que é preconizado pela PNPIC que prevê qualificação, por meio de educação permanente, para os profissionais atuantes no SUS, sendo esta de responsabilidade da gestão federal e estadual^{22,23,24}.

Santos²⁵ afirmou em seu estudo, que os principais desafios da PNPIC, identificados pelos entrevistados, estão relacionados à capacitação dos orientadores das práticas, às adequações de infraestrutura para a oferta das práticas e a divulgação mais efetiva nos meios de comunicação.

Sabe-se que as PIC em saúde agregam aos serviços uma ampliação das possibilidades terapêuticas às várias demandas de saúde, valorizando os encontros e

processos na relação profissional e usuários, com espaços de escuta para além do alívio de sintomas, permitindo a estes uma autonomia quanto às escolhas no cuidado em saúde¹.

O presente estudo permitiu um diagnóstico das práticas integrativas e complementares sob a perspectiva dos profissionais de saúde da atenção primária da Grande Aracaju.

A PNPIC prevê a divulgação de conhecimentos básicos de cada uma das PIC para os profissionais de saúde, gestores e usuários. Nesse estudo, ficou evidente a fragilidade quanto à disseminação de informações sobre as PICS e seu potencial em diferentes contextos de cuidado⁵.

Este estudo sugere maior investimento em cursos de capacitação sobre as PIC, direcionados aos gestores e profissionais de saúde, uma vez que a formação fortalece a atenção ofertada no SUS por proporcionar qualificação dos que atuam no sistema de saúde, em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS. Igualmente, a divulgação de conhecimentos básicos das práticas integrativas e complementares aos profissionais de saúde, gestores e usuários.

Outros estudos devem ser realizados nas instituições de ensino de graduação e de educação continuada e permanente sobre o conhecimento, e processo de ensino-aprendizagem sobre as PIC.

CONCLUSÃO

Ao analisar os conhecimentos sobre as PIC, 97,3% dos profissionais pesquisados afirmou conhecer as PIC e, entre as mais conhecidas, destacaram-se a acupuntura, a fitoterapia e a homeopatia. Quanto à origem do conhecimento sobre as PIC, foi obtido por conta própria ou experiência em família e poucos considerou que a graduação foi importante para a obtenção desse conhecimento. No entanto, consideravam as PIC importantes para a profissão e para o SUS. A maioria dos profissionais não tem conhecimento sobre a PNPIC, sugerindo necessidade de investimento na educação permanente para os profissionais que atuam na atenção primária em saúde da Grande Aracaju, já que esta é uma política do Ministério da Saúde.

No que diz respeito ao uso e inserção das PIC, ficou evidente que mesmo com insuficiência no número das capacitações sobre o seu uso, a implantação destas no território aracajuano está avançada, pois a maioria dos profissionais ofertam as PIC para a população em seus territórios, auxiliando o acesso dos usuários do SUS a esse novo

modelo de atenção à saúde. Essa oferta pode estar relacionada com a própria experiência positiva dos profissionais sobre as PIC.

A indicação das PIC para tratamento próprio e para um amigo ou parente e oferta à comunidade foi maior na categoria enfermeiro. Em relação às demais categorias profissionais de saúde, sendo importante a implementação e qualificação de capacitações sobre as PICS para dentistas e médicos.

Os resultados da pesquisa sugerem que há apoio dos enfermeiros, médicos e dentistas da APS da rede municipal de saúde dos municípios da Grande Aracaju para a implantação das PIC. Esse apoio pode ser significativo e seu levantamento pelos gestores pode ser um importante primeiro passo para a construção sustentável de políticas locais de oferta das PIC no SUS.

Novas pesquisas são importantes sobre o assunto no estado e no país, e medidas para a implantação da oferta das PIC no SUS devem ser construídas de forma democrática, participativa e corresponsável entre gestores, profissionais e Conselhos Municipais de Saúde, garantindo recursos financeiros para sua atuação no SUS, permitindo que o esforço das equipes que ofertam PIC transforme-se em mais conhecimentos, não permanecendo apenas uma política focal e isolada.

REFERENCIAS

1. Losso LN, Sérgio FTF. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde em Debate* 2017; 41(3): 171-187.
2. Carvalho JLS, Maria PSN. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2017; 38(4): e2017-0014.
3. Brasil. Departamento de Informática do SUS. *Sistema de Informação Sobre Orçamento Público em Saúde*. Brasília, DF, 2012.
4. Moraes MRCA, *Reinvenção da acupuntura: estudo sobre a transplantação da acupuntura para contextos ocidentais e adoção na sociedade brasileira* [Dissertação]. São Paulo: Universidade Católica de São Paulo; 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, *Tecnologia e Insumos Estratégicos*. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília. Ministério da Saúde, 2006. 60p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
6. Santos MC, Tesser CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(11): 3011-24.

7. Sousa IMC, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cadernos de Saúde Pública* 2017; 33 (1): e00150215.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Em Sergipe, 33 municípios utilizam práticas integrativas no tratamento de pacientes do SUS*, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42820-em-sergipe-33-municipios-utilizam-praticas-integrativas-no-tratamento-de-pacientes-do-sus>>.
9. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=se>. Acessado em 01/11/2018.
10. Alexandre, N. M. C; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3061-3068, 2011.
11. Thiago SCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. *Revista de Saúde Pública* 2011; 45(2): 249-257.
12. Cruz PLB, Sampaio SF. As práticas terapêuticas não convencionais nos serviços de saúde: revisão integrativa. *Revista de APS* 2016; 19(3): 483-494.
13. Gontijo MB, Nunes MF. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde* 2017; 15(1): 301-320.
14. Gonçalves RP, Antunes HM, Teixeira JBP, Cardoso LO, Barbosa PR. Profissionais da área de saúde pública: atitudes, conhecimentos e experiências em relação a práticas médicas não-convencionais. *Revista de APS* 2008; 11(4): 398-405.
15. Prajapati MD, Sarita H, Ronald F, Kahn ND, Tracy s. Curriculum planning: a needs assessment for complementary and alternative medicine education in residency. *Family Medicine-Kansas City* 2007; 39(3): 190-4.
16. Iorio RC, Siqueira AAF, Yamamura Y. Acupuntura: motivações de médicos para a procura de especialização. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2010; 34(2): 247-254.
17. Klein T, Longhini R, Bruschi ML, Mello JCP. Fitoterápicos: um mercado promissor. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada* 2010; 30(3): 241-8.
18. Giraldi M, Hanazaki N. Uso e conhecimento tradicional de plantas medicinais no Sertão do Ribeirão, Florianópolis, SC, Brasil. *Acta Botanica Brasilica* 2010; 24(2): 395-406.
19. Brasil. Portaria Nº 849, de 27 de março de 2017. 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 da união* 2017; 27 mar.

20. Queiroz MS. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. *Cad Saude Pública*. 2000.
21. Silva JR AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.
22. Fonseca Sobrinho D, Santo CRI. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde em Debate* 2014; 38(spe): 83-93.
23. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate* 2014; 38(spe): 94-108.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
25. Santos MS, Amarelo MM, Vigeta SMG, Horta ALM, Tanaka LH, Souza KMJ. Práticas integrativas e complementares: avanços e desafios para a promoção da saúde de idosos. *REME rev. min. enferm* 2018; 22 (1): e-e.

7 CONCLUSÃO GERAL

As Práticas Integrativas contribuem para a ampliação das ofertas de cuidados e para a racionalização das ações, estimulando alternativas socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades. Igualmente, motiva ações de participação social por meio do incentivo permanente ao envolvimento responsável e continuado com a saúde, tanto pelos usuários quanto pelos gestores e profissionais, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas sanitárias. Essa sinergia de fatores converge positivamente para maior resolutividade dos serviços de saúde.

A oferta das PICS é transversal em toda rede de Atenção Primária dos municípios da Grande Aracaju, localizados em diversos pontos da rede, conforme organização e demanda local.

No presente estudo verificou-se que a maioria dos profissionais pesquisados afirmou conhecer as PIC com destaque principalmente para acupuntura, a fitoterapia e a homeopatia, sem, contudo, ter conhecimento da PNPICS e ter relatado ter adquirido conhecimento sobre as PIC por conta própria ou com familiar.

A indicação das PIC para tratamento próprio e para um amigo ou parente e oferta à comunidade foi maior na categoria enfermeiro. Em relação as demais categorias profissionais de saúde sem diferença em relação ao tempo de atuação profissional. Os resultados da pesquisa sugerem que há apoio dos enfermeiros, médicos e dentistas da APS da rede municipal de saúde dos municípios da Grande Aracaju para a implantação efetiva das PIC.

Contudo sugere-se que possa haver ampliação de oferta desejada para as PICS passa por pontos prioritários que necessitam ser trabalhados como, a necessidade de formação profissional em PICS voltada para o SUS; a estruturação dessas práticas nos serviços; o acesso e a aceitação dessas racionalidades em saúde pelos usuários do sistema de saúde; a divulgação da legislação pertinente aos profissionais e gestores que integram o SUS; o monitoramento e avaliação dos dados registrados nos sistemas institucionais de informação, gerando conhecimentos e evidências atualizadas.

Nesse sentido, é necessário disponibilizar cursos de capacitação nas PICS direcionados aos gestores e profissionais de saúde, uma vez que a formação fortalece a atenção ofertada no SUS por proporcionar qualificação dos que atuam no sistema de saúde, em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS. Igualmente, a divulgação de conhecimentos básicos das práticas integrativas e complementares aos profissionais de saúde, gestores e usuários. Também é importante a elaboração de materiais de divulgação, como cartilhas, folhetos, cartazes e vídeos, como forma de divulgar as práticas integrativas

e complementares, respeitando as especificidades regionais e culturais do país, direcionadas ao público alvo.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS

UNIVERSIDADE TIRADENTES

Pesquisador Contato Público: Thiago Paulo de Almeida Neto

Orientadoras: Dra. Cristiane Costa da Cunha Oliveira e Dra. Andressa Sales Coelho

USO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Este estudo visa analisar o uso de práticas integrativas por trabalhadores de saúde da atenção primária da Grande Aracaju. Sua colaboração é fundamental! Caso concorde em participar da pesquisa, assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, por favor, leia e responda às questões abaixo. Sua identidade será preservada!

Nº do questionário: _____

BLOCO A – DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Município: _____ Data: _____

Idade: _____ (em anos) Sexo: () M () F

Qual é sua graduação? _____

Ocupação na unidade básica de saúde: _____

Possui pós-graduação? () Não () Sim. Qual (is)? _____

Quanto tempo está no serviço público? ____ (em anos)

BLOCO B – CONHECIMENTO SOBRE O USO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES

1. Você conhece alguma Prática Integrativa e Complementar?

() Sim () Não () Não lembro

2. Qual (is) dessas práticas você conhece? (Pode marcar mais de uma resposta). Caso conheça responda se considera uma prática efetiva!

() Acupuntura

() Sim () Não () Não sei

() Ayurvédica

() Sim () Não () Não sei

() Homeopatia

() Sim () Não () Não sei

() Fitoterapia ou plantas medicinais

() Sim () Não () Não sei

- | | |
|---|--|
| ☐ Termalismo/ Crenoterapia | ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei |
| ☐ Medicina antroposófica | ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei |
| ☐ Medicina Tradicional Chinesa | ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei |
| ☐ Do in | ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei |
| ☐ Arteterapia | ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei |
| ☐ Yoga | ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei |
| ☐ Meditação | ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei |
| ☐ Musicoterapia | ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei |
| ☐ Xiang gong | ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei |
| ☐ Liang gong | ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei |
| ☐ Nutrição e alimentação orgânica; | ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei |
| ☐ Reiki | ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei |
| ☐ Cromoterapia | ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei |
| ☐ Aromaterapia | ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei |
| ☐ Geoterapia | ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei |
| ☐ Terapia de Florais | ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei |
- Outra(s) _____

3. Como você ficou conhecendo as Práticas Integrativas e Complementares?

- ☐ Aprendeu por conta própria ou com Familiar
- ☐ Fez curso

Qual? _____

4. Você já usou alguma Prática Integrativa e Complementar para tratamento próprio?

- ☐ Não ☐ Sim

Qual (is)? _____

5. Com que frequência você usou essa (as) prática (s) nos últimos SEIS MESES?

- ☐ Nenhuma
- ☐ Uma vez
- ☐ Duas Vezes
- ☐ Três Vezes
- ☐ Quatro Vezes
- ☐ Cinco Vezes
- ☐ Seis ou mais Vezes

6. Você já indicou alguma Prática Integrativa e Complementar para tratamento de um familiar ou amigo?

() Não () Sim

Qual (is)? _____

7. Você já indicou Prática Integrativa e Complementar para tratamento para a população atendida na UAPS (Unidade de Atenção Primária de Saúde)?

() Não () Sim

Qual (is)? _____

8. Com que frequência você indicou essa (as) Prática Integrativa e Complementar para tratamento para a população atendida na UAPS nos últimos SEIS MESES?

- () Nenhuma
- () Uma vez
- () Duas Vezes
- () Três Vezes
- () Quatro Vezes
- () Cinco Vezes
- () Seis ou mais Vezes

9. Você concordaria com a implantação praticas integrativas nessa UAPS?

() Não () Sim

Por quê? _____

10. Em geral você considera que as Práticas Integrativas e Complementares são eficientes?

() Sim () Não () Não sei

11. Qual experiência você já teve com essas práticas? (Pode marcar mais de uma resposta).

- () Não tive nenhuma experiência.
- () Já li e/ou vi reportagem a respeito do assunto.
- () Tive experiência durante o curso de graduação.

Qual (is) prática(s)? _____

() Tive experiência durante o curso pós-graduação.

Qual (is) prática(s)? _____

() Alguém da minha família já se submeteu a essas práticas.

Qual (is) prática(s)? _____

() Já me submeti a esta(s) prática(s).

Qual (is)? _____

() Utilizo essas práticas em meus pacientes.

Qual (is) prática(s)? _____

12. Você já fez algum curso de capacitação e/ou especialização em Práticas Integrativas e Complementares?

() Não () Sim

Qual (is)? _____

13. Você acha que a concepção que tem sobre essas práticas pode estar relacionada ao que lhe foi ensinado durante a graduação?

() Sim () Não () Não sei

14. Você considera que as Práticas Integrativas e Complementares devem ser inseridas nos cursos de graduação em saúde?

() Sim () Não () Não sei

15. Você considera que o conteúdo das Práticas Integrativas e Complementares deve ser inserido em cursos de pós-graduação na área da saúde?

() Sim () Não () Não sei

16. Algumas das Práticas pode contribuir em sua vida profissional?

() Sim () Não () Não sei

Qual (ais)? _____

17. Você considera que as Práticas Integrativas e Complementares são importantes para a atenção em saúde no SUS?

() Sim () Não () Não sei

18. Há oferta de alguma dessas práticas que nós conversamos na comunidade onde você trabalha?

() Sim () Não () Não sei

Qual (is)? _____

19. Conhece a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares?

() Sim () Não () Não sei

20. Sobre quais práticas você gostaria de aprender/aprofundar? ? (Pode marcar mais de uma resposta).

() Nenhuma

() Acupuntura

() Ayurvédica

() Homeopatia

() Fitoterapia ou plantas medicinais

() Termalismo/ Crenoterapia

() Medicina antroposófica

() Medicina Tradicional Chinesa

() Outra _____

Muito obrigado pela colaboração, Thiago Paulo de Almeida Neto

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, autorizo a (**Universidade Tiradentes**), por intermédio do aluno, Thiago Paulo de Almeida Neto devidamente assistido pela sua orientadora Cristiane Costa da Cunha Oliveira e Andressa Sales Coelho, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título da pesquisa: USO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

2-Objetivos Primários e secundários: Analisar o uso de práticas integrativas por trabalhadores de saúde da atenção primária da Grande Aracaju. Bem como, analisar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do uso de práticas integrativas e complementares de saúde; Verificar se estas práticas estão inseridas no âmbito da atenção primária na Grande Aracaju; Verificar o modo e o processo de inserção das práticas integrativas e complementares de saúde no âmbito da atenção primária da Grande Aracaju. Verificar se existem diferenças quanto ao uso destas práticas nas unidades básicas de saúde nos municípios da Grande Aracaju.

3-Descrição de procedimentos: entrevista, com questionário semiestruturado.

4-Justificativa para a realização da pesquisa: a necessidade de pesquisa direcionada aos profissionais de saúde para o uso de práticas integrativas e Complementares por trabalhadores de saúde da atenção primária da Grande Aracaju.

5-Desconfortos e riscos esperados: constrangimento e/ou desconforto para os praticantes. Esse risco será minimizado, vez que o questionário será respondido pelo próprio participante de forma individual e em local privado. Durante a aplicação do questionário, o participante poderá solicitar a presença do pesquisador para sanar alguma dúvida sobre a pesquisa. Fui devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

6-Benefícios esperados: Serão realizadas palestras e rodas de conversa após a aplicação dos questionários a fim de estimular os profissionais a buscarem mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras; e despertar o interesse para a inserção das Práticas Integrativas e Complementares ao SUS.

7-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

8-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

9-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

10-Confabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12-Os participantes receberão uma via deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

13-Dados do pesquisador responsável:

Nome: Cristiane Costa da Cunha Oliveira.

Endereço profissional/telefone/e-mail: Av. Murilo Dantas, 300, Farolândia/
cristiane_cunha@itp.org.br e criscunhaoliva@yahoo.com.br

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes.

CEP/Unit - DPE

Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE.

Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br.

Aracaju, ____ de ____ de 201__.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ANEXO 01 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: USO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87422518.0.0000.5371

Instituição Proponente: INSTITUTO DE TECNOLOGIA E PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.823.771

Apresentação do Projeto:

Introdução: As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) são classificadas como sistemas e recursos terapêuticos que abordam e buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção e recuperação de agravos de saúde por meio de procedimentos eficazes e seguros. Sustentando-se na necessidade de efetivação do princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e atendendo as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) para implantação das medicinas tradicionais, alternativas e complementares nos sistemas nacionais de saúde, o governo brasileiro lançou em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. **Objetivos:** Analisar o uso de práticas integrativas por trabalhadores de saúde da atenção primária da Grande Aracaju, e de maneira mais específica: Analisar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do uso de práticas integrativas e complementares de saúde; Verificar se estas práticas estão inseridas no âmbito da atenção primária na Grande Aracaju e se existem diferenças quanto ao uso das PIC de acordo com os aspectos sociodemográficos e socioeconômicos, nível de formação profissional, além do conhecimento sobre o tema dos profissionais de saúde; Verificar o modo e o processo de inserção das práticas integrativas e complementares de saúde no âmbito da atenção primária da Grande Aracaju. Verificar se existem diferenças quanto ao uso destas práticas nas unidades básicas de saúde que atendem a população quilombola nos municípios da Grande Aracaju em relação as demais unidades de saúde da família. **Metodologia:** Estudo transversal de abordagem quantitativa. Os sujeitos deste estudo serão todos os profissionais de saúde (médicos,

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br



enfermeiros e dentistas) das Unidades de Atenção Primária à Saúde dos municípios da Grande Aracaju (N=645). Serão incluídos para

participar da pesquisa profissionais de saúde com no mínimo um ano de experiência profissional no município, e que possuam nível superior, e excluídos os trabalhadores que estiverem em licença médica ou gozo de férias. Para a coleta de dados será utilizado questionário semiestruturado para verificar as seguintes variáveis: dados pessoais e profissionais, bem como, dados referente ao conhecimento, indicação e uso das Práticas

Integrativas e Complementares contendo 20 perguntas. Será realizada análise da distribuição de frequência das variáveis categóricas sócio demográficas, uso das Práticas Integrativas e Complementares, conhecimento sobre o uso das PIC pelos profissionais de saúde e indicação dessas práticas pelos profissionais. Para verificar se existem diferenças quanto ao uso de Práticas Integrativas e Complementares entre os grupos de

profissionais de saúde, e de acordo com as variáveis sócio-demográficas e econômicas, será aplicado o teste estatístico do qui-quadrado ou Exato de Fisher, com utilização de nível de significância de $p < 0,05$. Resultados Esperados: Com esse estudo, espera-se discutir sobre a importância da aplicação das PIC na APS, bem como diagnosticar o conhecimento dessas práticas pelos profissionais da rede básica do SUS, e se estas práticas estão inseridas no âmbito da atenção primária na Grande Aracaju.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o uso de práticas integrativas por trabalhadores de saúde da atenção primária da Grande Aracaju.

Objetivo Secundário:

1) Analisar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do uso de práticas integrativas e complementares de saúde; 2) Verificar se estas práticas estão inseridas no âmbito da atenção primária na Grande Aracaju; 3) Verificar o modo e o processo de inserção das práticas integrativas e complementares de saúde no âmbito da atenção primária da Grande Aracaju. 4) Verificar se existem diferenças quanto ao uso destas práticas nas unidades básicas de saúde nos municípios da Grande Aracaju.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto de pesquisa apresenta as relações de riscos e benefícios de forma adequada, de acordo com a Resolução CNS nº466/12.

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br



Continuação do Parecer: 2.823.771

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com grande relevância científica para a área da saúde coletiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS nº 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações para este projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

PB: Plataforma Brasil; PD: Projeto detalhado; FR: folha de rosto.

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1093216.pdf	28/08/2018 10:04:44		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_modificado.pdf	28/08/2018 10:03:05	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2687089.pdf	28/08/2018 10:00:50	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Resposta_parecer.pdf	28/08/2018 09:57:33	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_detalhado_Modificado.pdf	28/08/2018 09:55:42	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito

Endereço: Campus Fariolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Fariolândia CEP: 49.032-490
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

Continuação do Parecer: 2.823.771

Investigador	Projeto_detalhado_Modificado.pdf	28/08/2018 09:55:42	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCLE_modificado.docx	28/08/2018 09:52:59	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadores_modificado.pdf	28/08/2018 09:51:27	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_instituicao_modificado.pdf	28/08/2018 09:51:07	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestrutura_sao_cristovao_modificado.pdf	28/08/2018 09:50:54	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestrutura_nossa_senhora_do_socorro_modificado.pdf	28/08/2018 09:50:40	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestrutura_barra_dos_coqueiros_modificado.pdf	28/08/2018 09:50:26	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestrutura_aracaju_modificado.pdf	28/08/2018 09:50:12	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestrutura_itp_modificado.pdf	28/08/2018 09:49:49	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	27/03/2018 23:36:56	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Outros	Questionario.docx	27/03/2018 23:35:21	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Outros	Projetodepesquisa.docx	27/03/2018 23:34:33	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisadores.docx	27/03/2018 23:01:24	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_infraestrutura_socristovao.pdf	23/03/2018 16:47:15	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_infraestrutura_Socorro.pdf	23/03/2018 16:46:09	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_infraestrutura_Barra_dos_Coqueiros.pdf	23/03/2018 16:44:11	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_infraestrutura_aracaju.pdf	23/03/2018 16:43:13	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.docx	23/03/2018 16:37:04	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

Continuação do Parecer: 2.823.771

Ausência	TCLE.docx	23/03/2018 10:37:04	THIAGO PAULO DE ALMEIDA NETO	Aceito
----------	-----------	------------------------	---------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 15 de Agosto de 2018

Assinado por:
ADRIANA KARLA DE LIMA
(Coordenador)

Endereço: Campus Fariolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Fariolândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2205 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** csp@unit.br

Página 06 de 06

ANEXO 02 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

Ciência & Saúde Coletiva

Visualizar (CSC-2019-0497)

De: danuziacienciaesaudecoletiva@gmail.com
Para: thiagopanet@hotmail.com
CC: thiagopanet@hotmail.com
Sujeito: Ciência & Saúde Coletiva - Manuscrito ID CSC-2019-0497
Corpo: 20-Fev-2019

Prezado Sr. Almeida:

Seu manuscrito intitulado "Conhecimento e uso de terapias complementares por médicos, enfermeiros e dentistas da Atenção Primária da Grande Aracaju" foi submetido com sucesso online e está atualmente sendo considerado para publicação no site do Ciência & Saúde Coletiva.

O seu ID de manuscrito é CSC-2019-0497.

Por favor, mencione o ID do manuscrito acima em todas as correspondências futuras ou quando ligar para o escritório para perguntas. Se houver alterações em seu endereço ou endereço de e-mail, faça o login no ScholarOne Manuscripts em <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> e edite suas informações de usuário conforme apropriado.

Você também pode ver o status do seu manuscrito a qualquer momento, verificando o seu Centro de Autor depois de efetuar o login em <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Obrigado por enviar seu manuscrito para o Ciência & Saúde Coletiva.

Atenciosamente,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

Data enviada: 20 de fevereiro de 2019

Ciência & Saúde Coletiva

Ciência & Saúde Coletiva

Conhecimento e uso das terapias complementares por médicos, enfermeiros e dentistas da Atenção Primária da Grande Aracaju

Journal:	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	CSC-2019-0497
Manuscript Type:	Free Theme Article
Keywords:	Práticas Integrativas e Complementares. Atenção Primária à Saúde. Terapias Complementares. Promoção da Saúde.

SCHOLARONE™
Manuscripts