

PANORAMA DA OFERTA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

GABRIELLA CUNHA ALKMIN

Especialista em Gestão Pública Municipal pela Universidade Federal de São Paulo –UNIFESP,
São Paulo (Brasil). Analista de Saúde na Prefeitura Municipal de São Paulo
gabriella.nutricionista@gmail.com

KARINA PAVÃO PATRÍCIO

Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo - USP, São Paulo (Brasil).
Professora pela Faculdade de Ciências Agrônômicas de Botucatu, FCA –
UNESP, São Paulo (Brasil).
karina.pavao@unesp.br

PATRICIA RODRIGUES SANINE

Doutora em Saúde Coletiva Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP,
São Paulo (Brasil). Consultora da Organização Panamericana de Saúde Pública. Professora pela
Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB UNEP, São Paulo (Brasil)
patanine@yahoo.com.br

Resumo: Desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem incentivado o uso das Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas como mecanismos para alcançar uma atenção integral. Desde 2006, o Brasil possui uma política nacional de Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No município de São Paulo, desde 2009 esta abordagem é incentivada por diretrizes publicadas em portaria municipal. Assim, reconhecendo os benefícios e incentivo da gestão municipal, o presente trabalho objetivou avaliar como encontra-se a oferta das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na rotina dos serviços de Atenção Primária (APS) do município de São Paulo. Refere-se a pesquisa avaliativa com dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no ano de 2018. Foram avaliadas 1.086 equipes que permitiram constatar que as PIC mais ofertadas foram a Medicina Tradicional Chinesa e/ou Auriculoterapia (62,0%), seguido da dança circular (42,3%), enquanto o Sistema Rio Aberto, quiropraxia e osteopatia foram as menos ofertadas (1,0%). As equipes localizadas na Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste foram quem mais as utilizam, além de ofertar maior variedade. Concluiu-se que apesar dos incentivos tanto federais, quanto municipais, as PIC, ainda, encontram-se pouco incorporadas nas práticas das equipes, exigindo maiores incentivos em documentos orientadores e capacitação dos profissionais, além de ampliação do conhecimento e acesso dos usuários aos seus benefícios.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Atenção primária à saúde; Terapias complementares.

OVERVIEW OF THE OFFER OF INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES IN PRIMARY CARE SERVICES IN THE MUNICIPALITY OF SÃO PAULO

Abstract: Since the 1970s, the World Health Organization (WHO) has encouraged the use of Complementary and Integrative Traditional Medicines as mechanisms to achieve comprehensive care. Since 2006, Brazil has had a national policy of Integrative and Complementary Practices within the Scope of the Unified Health System (SUS). In the city of São Paulo, since 2009 this approach is encouraged by guidelines published in municipal ordinance. Thus, recognizing the benefits and encouragement of municipal management, this study aimed to evaluate how the provision of Integrative and Complementary Practices (PIC) is found in the routine of Primary Care Services (PHC) in the city of São Paulo. It refers to the evaluative research with data from the National Program for The Improvement of Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) in 2018. We evaluated 1,086 teams that showed that the most offered ICps were Traditional Chinese Medicine and/or Auriculotherapy (62.0%), followed by circular dance (42.3%), while the Open River System, chiropractic and osteopathy were the least offered (1.0%). The teams located in the Regional Coordination of Midwest Health were the ones who used them the most, besides offering greater variety. It was concluded that despite both federal and municipal incentives, the PIC are still little incorporated in the practices of the teams, requiring greater incentives in guiding documents and training of professionals, in addition to expanding the knowledge and access of users to their benefits.

Keywords: Health assessment; Primary health care; Complementary therapies.

PANORAMA DE LA OFERTA DE PRÁCTICAS INTEGRATIVAS Y COMPLEMENTARIAS EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MUNICIPIO DE SÃO PAULO

Resumén: Desde la década de 1970, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha alentado el uso de medicamentos tradicionales complementarios e integradores como mecanismos para lograr una atención integral. Desde 2006, el Brasil ha tenido una política nacional de prácticas integrativas y complementarias dentro del ámbito del Sistema Unificado de Salud (SUS). En la ciudad de São Paulo, desde 2009 este enfoque es alentado por las directrices publicadas en la ordenanza municipal. Así, reconociendo los beneficios y el fomento de la gestión municipal, este estudio tenía como objetivo evaluar cómo la provisión de Prácticas Integrativas y Complementarias (PIC) se encuentra en la rutina de los Servicios de Atención Primaria (PHC) en la ciudad de São Paulo. Se refiere a la investigación evaluativa con datos del Programa Nacional para la Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ-AB) en 2018. Evaluamos 1.086 equipos que mostraron que los ICps más ofertados fueron Medicina Tradicional China y/o Auriculoterapia (62,0%), seguidos de la danza circular (42,3%), mientras que el Sistema Río Abierto, quiropráctico y osteopatía fueron los menos ofrecidos (1,0%). Los equipos ubicados en la Coordinación Regional de Salud del Medio Oeste fueron los que más los utilizaron, además de ofrecer mayor variedad. Se concluyó que a pesar de los incentivos federales y municipales, el PIC todavía está poco incorporado en las prácticas de los equipos, requiriendo mayores incentivos en la orientación de documentos y capacitación de los profesionales, además de ampliar el conocimiento y el acceso de los usuarios a sus beneficios.

Palabras clave: Evaluación de la salud; Atención primaria de salud; Terapias complementarias.

INTRODUÇÃO

A partir do reconhecimento de que o processo de saúde e de adoecimento são influenciados por diferentes determinantes - sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais -, a saúde passa a ser compreendida como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, deixando de estar relacionado apenas a ausência de enfermidade (BRASIL, 2002; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Esta mudança no conceito de saúde e de doença, exige a incorporação de uma abordagem mais ampla no processo de cuidado e deslocamento do foco de tratar somente a doença para cuidar do indivíduo, abordando e procurando reconhecer os diversos determinantes socioambientais envolvidos no processo de saúde e de adoecimento, acolhendo as queixas e tendo um olhar ampliado na perspectiva de um modelo vitalista, para além do modelo biomédico

Desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem incentivado o uso dos saberes em saúde tradicionais, ou Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas, incorporadas às práticas dos serviços de saúde como mecanismos para alcançar uma atenção integral de qualidade (TESSER et. al., 2018).

Levando em consideração esta proposta e a busca por um modelo de atenção mais resolutivo, a Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, estabelece a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) no âmbito do SUS, para todo o território nacional (BRASIL, 2006).

Também denominado de “medicina tradicional” (MT) e/ou “medicina complementar ou alternativa” (MCA) no cenário internacional, pode ser compreendida como a associação de conhecimentos, habilidades e práticas pautadas em teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, visando manter a saúde e prevenir, diagnosticar, melhorar ou tratar patologias físicas e mentais (OMS, 2013).

No Brasil, denominadas como práticas integrativas e complementares (PIC), constituem-se em recursos terapêuticos, voltadas tanto para prevenção quanto para a recuperação de doenças, abrindo espaço para escuta acolhedora, valorizando o vínculo terapêutico e a

integralidade do cuidado, que considera, também, seu meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006; 2018).

Com uma proposta mais integradora e de ampliação do acesso e otimização das ações de saúde na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, contribui com a resolutividade da atenção ofertada, garantindo melhor qualidade e eficácia (BRASIL, 2006).

A literatura aponta seus benefícios para diferentes agravos, assim como sua abordagem em serviços de diferentes complexidades, estando presente desde em serviços de atenção primária à saúde (APS), como nos serviços de emergência (FREITAS NETO et al., 2020; BATISTA, PEDUZZI, 2018; FIGUEREDO et al., 2018; TESSER et. al., 2018; CARVALHO, NÓBREGA, 2017; SILVA et al., 2016; LIMA et al., 2014).

Apesar da incipiência de estudos clínicos abordando a utilização das PIC no fortalecimento da resposta imunológicas e da melhora na saúde mental e nas condições de trabalho das pessoas durante a pandemia de Covid-19, já existem registros de benefícios com a sua utilização neste contexto (BIREME, 2020; BEZERRA et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2020; RIOS et al., 2020).

No âmbito do SUS as primeiras PIC preconizadas contavam com cinco práticas: a homeopatia, a acupuntura e/ou medicina tradicional chinesa, a medicina antroposófica, a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos, além do termalismo social e/ou crenoterapia (BRASIL, 2006).

A partir de 2017, as PIC ganharam maior reconhecimento, ampliando sua diversidades de oferta que hoje conta com vinte e nove, entre elas: a arteterapia, a ayurveda, a biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, Reiki, Shantala, terapia comunitária integrativa, Yoga, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia floral (BRASIL, 2017; 2018).

No município de São Paulo, capital do estado e uma das cidades mais populosas das Américas – com mais de 12 milhões de habitantes -, sendo que aproximadamente 7 milhões deles fazem uso dos serviços de saúde ofertados pelo SUS, por ano (GRIMM et. al., 2018; SÃO PAULO, 2018).

Considerando a magnitude deste município e que os serviços de APS representam as portas de entrada para o sistema de saúde, esta demanda de usuários conta com uma rede distribuída em 453 serviços, com cerca de 1.300 equipes de Estratégia de Saúde da Família

(ESF), matriciadas por 123 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2017; SÃO PAULO, [2019]).

Cabe destacar que apesar do grande número de serviços, eles representam uma cobertura da população de cerca de 61,4% por serviços de APS e 13,0% por NASF (SÃO PAULO, [2019]; IBGE, 2010), sugerindo sérias limitações no atendimento e possíveis iniquidades na oferta.

Baseando-se neste contexto e no pressuposto de que a assistência à saúde no município é organizada em coordenadorias regionais de saúde (CRS) e que estas preconizam a utilização das PIC em toda sua Rede de Atenção à Saúde (RAS) (SÃO PAULO, 2019), supõem-se que a incorporação de tais práticas na rotina de trabalho dos serviços de APS possa contribuir para uma atenção mais resolutiva.

Assim, partindo do questionamento do quanto estas práticas são conhecidas e utilizadas pelos profissionais de saúde do município, o presente trabalho objetivou avaliar como encontra-se a oferta das Práticas Integrativas e Complementares na rotina dos serviços de APS do município de São Paulo.

MÉTODOS

O presente trabalho refere-se a uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa, que utiliza dados resultantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no município de São Paulo, em 2018.

O PMAQ-AB é uma estratégia de âmbito nacional, organizada pelo Ministério da Saúde. Composto por ciclos avaliativos que se iniciaram em 2012, teve seu terceiro ciclo completado no ano de 2018.

Ofertado a todos os serviços de APS do país, cada um destes ciclos é composto pela contratualização municipal, na qual o gestor municipal indica quais equipes irão participar, passando pela pactuação nacional dos indicadores de saúde que serão avaliados, assim como pelo compromisso das equipes em responderem uma autoavaliação e de participarem da avaliação externa (última etapa para a certificação das equipes). É importante destacar que todas estas etapas são de adesão voluntária, podendo ser interrompida em qualquer um dos estágios. Entretanto, cabe pontuar que os municípios que participam deste processo, recebem um incentivo financeiro por equipe participante, além de um aporte pelo seu desempenho alcançado no final do ciclo (AKERMAN et. Al., 2020; BRASIL, 2017).

Neste trabalho foram utilizados apenas os dados resultantes da avaliação externa do terceiro ciclo avaliativo. Esta fase ocorre por meio de entrevistas aos profissionais da equipe e pela constatação da infraestrutura e da existência de insumos e de materiais disponíveis em quantidade suficiente. Coletadas por profissionais de nível superior, treinados para este fim, tais informações eram registradas em tablet e validadas por todos os níveis de coordenação até chegar ao Ministério da Saúde, que avaliou os resultados e certificou as equipes (BRASIL, 2017).

Para a coleta dos dados foi utilizado um instrumento padronizado e validado, nacionalmente, composto por questões fechadas que contemplavam variáveis de estrutura dos serviços e dos processos realizados pelas equipes de APS e Saúde Bucal destes serviços, distribuídas em seis módulos. O instrumento na íntegra pode ser acessado em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>.

Do conjunto de questões destes seis módulos, foram selecionadas 04 delas relacionadas às PIC. Para esta seleção, utilizou-se as recomendações preconizadas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (BRASIL, 2006).

As variáveis destas questões geraram 62 indicadores pertencentes aos módulos I (estrutura da APS), II (processos na APS) e IV (referente à atuação e apoio do NASF). Para a análise, os indicadores foram agrupados em dois domínios de análise: “Estrutura das equipes” e “Processos de trabalho”, sendo cada um deles subdividido em outros dois. Os indicadores e seus domínios estão apresentados na sessão resultado (Tabela 1 e Tabela 2).

Para avaliar a incorporação destas práticas no município, realizou-se a distribuição das frequências dos indicadores conforme as CRS do município, utilizando os Testes de Qui-quadrado e, quando necessário, o Teste Z, sob nível de significância de 5%.

RESULTADO

Participaram do 3º ciclo do PMAQ-AB, 1.086 equipes de saúde da família e 73 equipes NASF presentes em 270 serviços da APS do município de São Paulo.

Quanto à estrutura das equipes para a oferta de PIC, pode-se constatar que menos de 40,0% das equipes possuem insumos, incluindo, medicamentos fitoterápicos industrializados (Tabela 1).

As plantas medicinais e/ou fitoterápicas (35,6%), seguido dos medicamentos fitoterápicos industrializados (34,4%) e as sementes ou cristais para auriculoterapia (31,1%), foram os insumos informados como maior frequência pelas equipes. Sendo assim, observa-se maior oferecimento quanto a estrutura ligada as práticas de medicina tradicional chinesa e plantas medicinais e fitoterápicos.

Quanto a disponibilidade de medicamentos fitoterápicos industrializados em quantidade suficiente, observou-se variação entre 0,4% e 34,4%, porém, quando analisado por CRS, tais valores chegaram a 60% em cinco dos fitoterápicos ofertados pelas equipes da CRS Centro-Oeste.

Grande parte das equipes relataram ofertar uma maior diversidade, porém, o guaco (0,4%), a cáscara-sagrada (0,4%) e o insoflavona de soja (16,7%) foram os menos disponíveis pelas equipes (Tabela 1).

Tanto em relação aos insumos para a realização das PIC, quanto à disponibilidade dos medicamentos fitoterápicos industrializados, pode-se observar que foram as equipes localizadas na CRS Centro-Oeste e Sudeste as que mais relataram possuir em quantidade suficiente. Apesar de em pequenas frequências, chamam atenção o guaco e a cáscara-sagrada que se encontravam disponíveis em equipes de apenas um das CRS (Centro-Oeste e Leste, respectivamente) (Tabela 1).

Tabela 1

Distribuição das frequências dos indicadores referentes a estrutura dos serviços de atenção primária à saúde para a oferta das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), segundo as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do município de São Paulo, PMAQ-AB, 2018.

Indicador	Coordenadorias Regionais de Saúde					TOTAL %(n=1.086)	p-valor*
	CO %(n=83)	LE %(n=194)	NO %(n=191)	SD %(n=162)	SL %(n=456)		
Insumos para Práticas Integrativas e Complementares sempre disponíveis em quantidades suficientes							
Agulhas para acupuntura	35,0 _a	1,8 _b	8,7 _b	8,2 _b	5,1 _b	7,8	<0,001
Copos de ventosas	0,0	0,0	4,3 _a	0,0	1,0 _a	1,1	0,003
Mapas de pontos de acupuntura	20,0 _a	3,6 _c	6,5 _{b,c}	18,4 _b	7,1 _{b,c}	9,3	<0,001

Moxa (carvão e/ou artemísia)	5,0 _{a, b}	0,0	2,2 _{a, c}	8,2 _b	1,0 _{a, c}	2,6	0,002
Sementes ou cristais para auriculoterapia	35,0 _{a, b, c, d}	37,5 _{b, d}	23,9 _{c, d}	49,0 _b	21,2 _{a, c}	31,1	0,002
Plantas medicinais e/ou fitoterápicos	65,0 _a	19,6 _b	17,4 _b	59,2 _a	35,4 _c	35,6	<0,001
Planta "in natura"	10,0 _a	1,8 _b	0,0	6,1 _{a, b}	1,0 _b	2,6	<0,001
Droga Vegetal (planta seca)	0,0	3,6 _a	0,0	2,0 _a	0,0	1,1	<0,001
Medicamento fitoterápico manipulado	5,0 _a	0,0	0,0	4,1 _a	1,0 _a	1,5	<0,001
Medicamento fitoterápico industrializado	60,0 _a	19,6 _b	17,4 _b	55,1 _a	35,4 _c	34,4	<0,001
Medicamentos Fitoterápicos Industrializados sempre disponíveis em quantidades suficientes							
Espinheira-santa	50,0 _a	19,6 _{b, c}	13,0 _c	40,8 _a	29,3 _{a, b}	28,1	0,002
Guaco	5,0 _a	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	<0,001
Hortelã	60,0 _a	19,6 _b	17,4 _b	55,1 _a	35,4 _c	34,4	<0,001
Salgueiro	60,0 _a	19,6 _b	17,4 _b	55,1 _a	35,4 _c	34,4	<0,001
Babosa	60,0 _a	19,6 _b	17,4 _b	55,1 _a	35,4 _c	34,4	<0,001
Plantago	60,0 _a	19,6 _b	17,4 _b	55,1 _a	35,4 _c	34,4	<0,001
Alcachofra	60,0 _a	19,6 _b	17,4 _b	55,1 _a	35,4 _c	34,4	<0,001
Cáscara-sagrada	0,0	1,8 _a	0,0	0,0	0,0	0,4	0,001
Garra-do-diabo	55,0 _a	19,6 _{b, c}	13,0 _c	40,8 _{a, d}	31,3 _{b, d}	29,3	0,001
Isoflavona de soja	35,0 _a	10,7 _b	15,2 _{a, b}	30,6 _a	10,1 _b	16,7	<0,001
<p><i>Nota.</i> Testes do Quiquadrado, seguidos por testes Z, quando $p < 0,05$. Valores seguidos da mesma letra indicam não haver diferença. Legenda: CO=CRS Centro-Oeste; LE=CRS Leste; NO=CRS Norte; SD=CRS Sudeste; SL=CRS Sul. Fonte: Brasil, 2019.</p>							

Na Tabela 2 é possível observar toda a diversidade de práticas ofertadas pelas equipes dos serviços de APS e dos NASF do município e que 77,4% das equipes de APS relataram participar de atividades de educação permanente em PIC e 91,8% das equipes dos NASF recebiam o apoio da gestão para a realização destas atividades. Entre as equipes de APS, 62,6%

informaram utilizar protocolo de acolhimento que inclui PIC e 56,2% das equipes dos NASF. No entanto, é possível observar um certo *gap* entre a oferta das PIC e o número de equipes que informaram participar de atividades de educação permanente, assim como em relação ao apoio da gestão.

Entre as práticas ofertadas pelas equipes de APS, destacam-se a Medicina Tradicional Chinesa e/ou Auriculoterapia (62,0%), seguida da dança circular (42,3%), da shantala (31,7%) e da terapia comunitária (31,1%). As práticas de musicoterapia e arteterapia foram relatadas, em média, por 16,4% das equipes e as outras 13 práticas foram referidas, por menos de 10% delas. Apesar das diferenças de oferta variarem muito entre as CRS, conforme a PIC abordada, as equipes localizadas na região Centro-Oeste, seguidas pelas da Sudeste, foram quem mais informaram realizar tais práticas em suas rotinas, representando, também, as CRS com maior diversidade de atividades. As equipes da CRS Norte e Sul foram as que ofertaram uma menor variedade (Tabela 2).

As atividades de ayurveda, talassoterapia, terapia com argila, sistema rio aberto e osteopatia foram as PIC mais ofertadas pelas equipes dos NASF (95,9%), seguidas pela oferta medicina tradicional chinesa/auriculoterapia (79,5%), dança circular (58,9%) e shantala (46,6%). Chama atenção que não foi observado diferença na oferta entre as CRS, com exceção para a oferta de naturologia, que foi relatada por 20,0% das equipes da região Centro-Oeste (tabela 2).

Tabela 2

Distribuição das frequências dos indicadores referentes aos processos de trabalho das equipes de atenção primária à saúde (APS) e dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) na oferta das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), segundo as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do município de São Paulo, PMAQ-AB, 2018.

Indicador	Coordenadorias Regionais de Saúde					TOTAL %(n=1.086)	p-valor*
	CO %(n=83)	LE %(n=194)	NO %(n=191)	SD %(n=162)	SL %(n=456)		
PIC ofertadas e capacidade técnica das equipes dos serviços de APS							
Medicina Tradicional Chinesa/Auriculoterapia	66,3 _{a, b}	76,8 _b	60,7 _a	59,5 _a	56,4 _a	62,0	<0,001
Reiki	7,2 _f	1,5 _{d, e}	1,0 _{c, e}	6,7 _{b, f}	2,6 _{a, c, d}	3,1	<0,00

					e		1
Yoga	12,0 _a	7,2 _b	5,8 _b	7,4 _b	11,6 _{a,b}	9,2	0,002
Ayurveda	6,0 _b	0,5 _a	1,0 _a	1,8 _{a, b}	1,1 _a	1,5	<0,001
Florais	6,0 _a	5,2 _{a,b}	4,2 _b	3,7 _b	4,2 _b	4,4	0,029
Doin/Shiatsu/ Massoterapia/ Reflexologia	8,4 _a	4,1 _b	4,2 _b	6,1 _{a,b}	3,5 _b	4,5	0,008
Shantala	18,1 _{d, e}	28,9 _{c, e}	43,5 _b	25,8 _{a, c, d, e}	32,7 _{a, c}	31,7	<0,001
Talassoterapia	4,8 _a	1,0 _b	0,5 _b	1,8 _b	2,4 _{a,b}	1,9	0,004
Biodança	8,4 _a	6,7 _b	7,3 _b	6,1 _b	8,8 _a	7,7	0,020
Musicoterapia	16,9 _{a, b}	13,9 _{a, b}	19,4 _b	9,2 _a	11,2 _a	13,2	<0,001
Dança circular	37,3 _{d, e}	55,7 _{b, c}	60,7 _c	46,6 _{b, e}	28,3 _{a, d}	42,3	<0,001
Naturopatia	7,2 _c	3,1 _{b, c}	1,6 _{a, b}	4,3 _{b, c}	0,4 _a	2,2	<0,001
Terapia comunitária	31,3 _{d, e}	18,6 _c	36,1 _{a, b, d, e}	27,0 _{b, c, e}	35,7 _{a, d}	31,1	<0,001
Terapia com argila	6,0 _b	0,5 _a	0,5 _a	2,5 _{a, b}	1,3 _a	1,6	<0,001
Sistema Rio Aberto (movimento vital expressivo)	4,8 _b	0,5 _a	0,0 _a	1,8 _{a, b}	0,7 _a	1,0	<0,001
Arteterapia	18,1 _{d, e}	9,3 _c	15,2 _{b, c, e}	21,5 _{a, b, d}	25,7 _{a, d}	19,7	<0,001
Osteopatia	4,8 _c	1,0 _{a, b}	0,5 _{a, b}	2,5 _{b, c}	0,4 _a	1,2	<0,001
Quiropraxia	6,0 _c	1,0 _{a, b}	1,0 _{a, b}	1,8 _{b, c}	0,2 _a	1,2	<0,001
Aromaterapia Meditação (Mindfulness) Bioenergética	8,4 _a	2,6 _b	3,7 _b	8,0 _a	5,0 _{a,b}	5,1	0,003
Possui educação permanente em PIC para a equipe	74,7 _{a,b}	84,5 _d	71,7 _a	82,7 _{b,d}	75,2 _{a,b}	77,4	0,003
Utiliza protocolo de acolhimento que inclua PIC	54,2 _c	71,1 _b	61,3 _{a, c}	57,1 _{a, c}	63,2 _{a, b, c}	62,6	<0,001
PIC ofertadas e capacidade técnica das equipes dos NASF							
Medicina Tradicional Chinesa/Auriculoterapia	80,0	92,9	78,6	90,9	69,0	79,5	0,524
Reiki	0,0	0,0	7,1	18,2	0,0	4,1	0,134
Yoga	20,0	14,3	7,1	0,0	13,8	11,0	0,498
Florais	0,0	0,0	14,3	0,0	0,0	2,7	0,103

Doin/Shiatsu/ Massoterapia/ Reflexologia	0,0	0,0	21,4	18,2	10,3	11,0	0,321
Shantala	80,0	28,6	50,5	54,0	44,8	46,6	0,314
Biodança	0,0	0,0	7,1	0,0	10,3	5,5	0,411
Musicoterapia	0,0	0,0	14,3	9,1	6,9	6,8	0,487
Dança circular	40,0	71,4	64,3	81,8	44,8	58,9	0,281
Naturopatia	20,0 _a	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,018
Terapia comunitária	40,0	0,0	28,6	27,3	20,7	20,5	0,231
Ayurveda	100,0	100,0	100,0	100,0	89,7	95,9	0,314
Talassoterapia	100	100	100	100	89,7	95,9	0,314
Terapia com argila	100,0	100,0	100,0	100,0	89,7	95,9	0,314
Sistema Rio Aberto (movimento vital expressivo)	100,0	100,0	100,0	100,0	89,7	95,9	0,314
Osteopatia	100	100	100	100	89,7	95,9	0,314
Arteterapia	20,0	0,0	14,3	36,4	27,6	20,5	0,153
Quiropraxia	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0	1,4	0,348
Aromaterapia Meditação (Mindfulness) Bioenergética	40,0	7,1	21,4	45,5	27,6	26,0	0,233
Tem apoio da gestão	80,0	100	92,9	100	86,2	91,8	0,313
Utiliza protocolo de acolhimento que inclua PIC	80,0	42,9	50,0	63,6	58,6	56,2	0,410

Nota. Testes do Quiquadrado, seguidos por testes Z, quando $p < 0,05$. Valores seguidos da mesma letra indicam não haver diferença. Legenda: CO=CRS Centro-Oeste; LE=CRS Leste; NO=CRS Norte; SD=CRS Sudeste; SL=CRS Sul. Fonte: Brasil, 2019.

Destaca-se que alguns indicadores apresentaram menos de cinco equipes em, pelo menos, uma das CRS. Este fato, apesar de exigir uma certa cautela na interpretação dos resultados, não feriu nenhum dos preceitos estatísticos e justifica-se pela quantidade limitada de testes robustos que permitam uma interpretação capaz de validar os resultados de variáveis polinomiais em comparações de múltiplos grupos, em cenários de baixas ocorrências, como neste estudo.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados permitiram evidenciar o panorama da oferta das PIC na rotina das equipes de APS e do NASF do município de São Paulo, revelando uma diversidade de práticas ofertadas, especialmente, pelos profissionais do NASF. No entanto observa-se a necessidade de ampliação e manutenção da mesma nas diferentes CRS, uma vez que sua

destruição e oferta são bem diferentes.

É importante destacar que o município de São Paulo possui desde 2019 uma portaria que estabelece o fortalecimento e difusão do Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PMPICS-SP), em toda a Rede de Atenção à Saúde (SÃO PAULO, 2019).

Tendo como objetivo principal fortalecer e apoiar a difusão das PIC, este Programa buscava aumentar a resolubilidade do sistema de saúde, garantindo o acesso às PIC, além de incentivar a pesquisa, o desenvolvimento de estratégias e ações de qualificação de nível universitário e de supervisão para profissionais e trabalhadores dos serviços do SUS. Pretendia, ainda, promover orientação aos usuários sobre o uso racional e benefícios das PIC (SÃO PAULO, 2019).

Entretanto, mesmo antes da publicação desta Portaria, a Secretaria Municipal de saúde do município, já ofertava educação permanente em homeopatia e prescrição de fitoterápicos. Em 2016, o município passou a ofertar uma Residência Multiprofissional em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (RMPICS), por meio da Coordenação da Atenção Básica (CAB) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP). Esta formação, com dois anos de duração e oferta de 40 vagas a cada ano, conta com realização de estágio em mais de 20 serviços de saúde, além de outros campos de atuação do município (TESSER et. al, 2018).

Diante deste contexto de incentivo das PIC nos serviços de saúde, seria esperado um grande contingente de profissionais capacitados e bem qualificados para a implantação e oferta de tais práticas em praticamente todos os serviços de saúde do território municipal. Porém, observou-se neste estudo diferenças entre os resultados das CRS, com maior predomínio da oferta por profissionais da equipe do NASF, além da baixa oferta de insumos para a realização das PIC, em especial, de fitoterápicos nas formas de planta in natura e droga vegetal (planta seca), predominando a utilização de fitoterápicos industrializados pelas equipes entrevistadas.

Chama atenção neste resultado, a questão do guaco e cascara sagrada, pois apesar de referir-se a plantas conhecidas e utilizadas com frequência na comunidade para afecções de vias aéreas superiores e obesidade, respectivamente, são insumos que fazem parte da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao Sistema Único de Saúde (Rennisus) (BRASIL, 2009; PANIZZA, 2010).

Tais resultados colaboram com resultados identificados no estado de São Paulo que, também, apontaram para a baixa utilização da planta in natura. No entanto, cabe destacar que o valor encontrado no município de São Paulo apresenta-se abaixo do valor encontrado para o

estado em 2013, que foi de 5,1% (CACCIA-BAVA et. al., 2017).

Ressalta, ainda, a importância em se trabalhar para aumentar a oferta da planta in natura, uma vez que se refere a um insumo de fácil acesso e baixo custo. Uma forma de se promover tal ampliação seria uma maior integração entre as Secretarias de Saúde e a Secretaria de Meio Ambiente, com incentivo para que os serviços de saúde tivessem, por exemplo, hortas comunitárias em seus espaços físicos ou proximidade (CACCIA-BAVA et. al., 2017).

Outro modo de ofertar as plantas medicinais nos serviços de APS são as farmácias vivas, propostas por Mattos, na década de 1990 e incorporada ao SUS, em 2010. Esta estratégia, pode ser compreendida como um programa de medicina social, ofertando assistência farmacêutica fitoterápica à comunidade e locais interessados, incluindo todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2010).

É importante acrescentar, que nas farmácias vivas o uso das plantas é orientado, garantindo eficácia e segurança de jardins medicinais com certificação botânica (PALMA et al., 2015).

Diferente dos fitoterápicos mais relatados em quantidade suficiente pelas equipes do município de São Paulo, que foram a hortelã, o salgueiro, a babosa, o plantago e a alcachofra, o guaco foi o mais disponibilizado no estado, em 2013 (CACCIA-BAVA et. al., 2017).

A literatura evidencia que a região Sudeste do país é quem apresenta maior concentração de estudos científicos (REIS et al., 2018), o que pode sugerir maior conhecimento sobre as PIC, além de um reconhecimento sobre a importância de sua oferta. No entanto, independentemente do tipo de prática ofertada, os resultados evidenciaram uma baixa oferta em todas as regiões do município.

Tal resultado apresentou-se semelhante com estudos sobre o nível de implantação das PIC que, também, identificaram uma baixa implantação entre seus municípios, com mais da metade deles sem oferecer nenhuma das práticas preconizadas na PNPIC (TESSER et al., 2018; LOSSO & FREITAS, 2017).

É interessante notar que a existência de diferenças entre o perfil dos municípios e a utilização das PIC, como por exemplo, em relação à oferta de fitoterapia, que se encontra disponível na maioria dos municípios de maior porte populacional e com melhores condições sociais e econômicas (CACCIA-BAVA et al, 2017). Por outro lado, apontam os municípios de pequeno porte populacional e com maior cobertura de serviços de APS como aqueles em que

os gestores mais conhecem a disponibilidade de tais práticas (BARBOSA et al., 2020).

Considerando que as CRS do município de São Paulo se assemelham a alguns municípios paulistas, em relação ao número de habitantes e infraestrutura (IBGE, 2010), as semelhanças identificadas entre as CRS podem ser justificadas dentro desta mesma lógica. Esperava-se encontrar associações, por exemplo, relacionadas à maior utilização em regiões com maior concentração de grupos populacionais menos favorecidos socioeconomicamente e que, por restrição de acesso aos serviços e medicamentos, valorizam o saber da comunidade (SANINE et al., 2020). Ou, em contrapartida, em locais com maiores concentração de renda (SOUZA & LUZ, 2009; TESSER & BARROS, 2008).

Porém, não foi possível realizar inferências ou o levantamento de hipóteses desta natureza, relacionadas ao tamanho da população coberta pelas CRS, às condições socioeconômicas (SÃO PAULO, 2018b), ou às vulnerabilidades comuns à região na qual as equipes daquela CRS encontravam-se inseridas (BUGNI & JACOB, 2017).

Entre as PIC relatadas com maior frequência pelas equipes entrevistadas, assim como evidenciado em outro estudo utilizando o PMAQ-AB, prevaleceu a oferta de medicina tradicional chinesa e/ou auriculoterapia (TESSER et. al., 2018).

Especialmente, em relação a esta prática, cabe destacar que tal resultado pode ser reflexo de investimentos do Ministério da Saúde que, desde 2016, possui um convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina para a oferta de curso de formação profissional sobre auriculoterapia, para equipes atuantes em serviços de APS, sendo ofertados somente no estado de São Paulo, mais de 10 polos de ensino (UFSC, [2021]).

No 2º ciclo da PMAQ-AB as práticas mais frequentes a nível nacional foram as práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa (53%) e a acupuntura (20%). No entanto, um estudo realizado em Santa Catarina demonstrou que a PIC mais ofertada no seu estado foram as relacionadas às plantas medicinais e/ou fitoterapia, ofertado por cerca de 40,0% dos serviços (LOSSO; FREITAS, 2017).

Criados para instrumentalizar os profissionais da APS, as equipes dos NASF são constituídas por profissionais de diferentes formações, que por meio de uma atuação multidisciplinar. Tendo como objetivo ampliar a resolutividade dos problemas identificados nos serviços de APS, ampliam o suporte assistencial e educacional das equipes dos serviços de APS (BRASIL, 2017; SOUZA; CALVO, 2016).

Assim, considerando tais pressupostos, era esperado que estas equipes apoiassem as equipes da APS, matriciando a realização de algumas práticas, mas não necessariamente,

ofertando um maior número de PIC.

O fato de a grande maioria destas equipes afirmarem que receberam apoio da gestão, difere de alguns estudos, porém, reforça a importância deste apoio como mecanismo facilitador para a implantação destas práticas nos territórios (HABIMORAD et al., 2018).

Tais resultados corroboram com estudos que evidenciam o papel do NASF como essencial para a inserção das PIC nos serviços de saúde (TESSER et al., 2018; HABIMORAD, 2018). Por outro lado, ao considerar que grande parte dos gestores não conhecem como encontram-se ofertadas as PIC nos serviços (BARBOSA et al., 2020), este resultado alerta para o risco de descontinuidade de suas ofertas, principalmente, diante das mudanças no financiamento dos serviços de APS, incluindo a exclusão do pagamento para a implantação de novos NASF, são alguns dos fatores que podem colaborar negativamente com a incorporação das PICS em todo país (BRASIL, 2020; MOROSINI et al., 2018).

A fragilidade posta na manutenção das equipes do NASF chama atenção para a necessidade de gestores sensibilizados sobre os benefícios aos usuários e vantagens para o sistema de saúde, além de profissionais capacitados para esta abordagem (HABIMORAD et al., 2018; BARBOSA et al., 2020).

Cabe destacar que o conhecimento e mobilização destes produtores de saúde em relação às tais práticas, além de proporcionar melhores condições para a ampliação da oferta, também, exercem influência sobre a demanda, pois a partir do momento que se oferta maior diversidade de práticas, proporciona-se a um número maior de pessoas a compreensão de sua atuação, aumenta a aceitação do usuário em relação à sua utilização e, conseqüentemente, gerando maior necessidade/demanda da prática.

Entretanto, pesa ponderar que a capacitação dos profissionais em PIC para atuação junto ao SUS remetem a uma discussão antiga sobre o perfil dos profissionais da saúde e o como o processo educacional nos cursos de graduação em saúde, ainda, mantém um enfoque biologicista, centrado na doença e em práticas alopáticas que valorizam a fragmentação dos sujeitos e sua medicalização, enquanto desqualificam a utilização das PIC (TESSER & DALLEGRAVE, 2020; REIS et al., 2018; BARBOSA et al., 2001).

Tais contextos, tornam preocupantes quando associados ao fato de que as PIC estão sendo cada vez mais incentivadas em várias partes do mundo, pelo seu fácil acesso, maior eficácia e aceitação cultural, além de ser mais barato que o modelo biomédico (OMS, 2002; WHO, 2013; TESSER, 2009; TESSER, 2007; LUZ, 2005; LEVIN & JONAS, 2001; EISENBERG et al., 1998; EISENBERG et al., 1993), e que o Brasil se destacava por ser o

país que inseriu o maior número de PIC no rol de práticas ofertadas em seus serviços de saúde públicos, enquanto nos últimos 3 anos este apoio federal foi enfraquecendo e desaparecendo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em meio a tensões entre o incentivo científico e político para a incorporação das PIC tanto a nível federal, quanto municipal, por meio de Portarias específicas e seu risco de descontinuidade promovido pelo desfinanciamento dos NASF, pode-se observar que o município de São Paulo ainda é um território privilegiado, com a maior parte dos serviços avaliados oferecendo alguma PIC.

Constatou-se diferenças entre as CRS na oferta de praticamente todas as PIC, sendo a prática da Medicina Tradicional Chinesa/Auriculoterapia a mais ofertada em todas elas. A CRS Centro-Oeste foi quem demonstrou uma melhor organização para a oferta das PIC, apresentando maior diversidade, além de mais equipes relatando a incorporação destas práticas na rotina dos serviços.

Tais evidências comprovam um avanço na oferta das PIC no município, porém, ainda, incipiente. Reforçam a necessidade de um aprofundamento sobre quais os fatores preditores da organização das equipes localizadas na CRS Centro-Oeste para melhor compreensão das estratégias utilizadas, promovendo a partir deste conhecimento, uma sistematização de todo processo para que em parceria com a gestão municipal possa ser desenhado uma proposta de (re)organização dos processos de trabalho das equipes de outras CRS.

Acredita-se que esta troca de experiências, assim como a elaboração de documentos norteadores e de atividades de capacitação dos profissionais, mas também, de ampliação do conhecimento e acesso dos usuários sobre os benefícios das PIC, possam contribuir para o fortalecimento de sua prática em todo o território municipal.

Apesar de a presente análise referir-se a um município restrito, acredita-se que seu modelo de análise pode ser reproduzido para outros municípios e tais resultados colaboram significativamente com o cenário das PIC no país, fornecendo subsídios sobre sua oferta em uma das maiores metrópoles do mundo.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

REFERÊNCIAS

- Akerman, M., Sanine, P. R., Caccia-Bava, M. C. G., Marim, F. A., Louvison, M. & Hirooka, L. B. et. al. (Org.). (2020). *Atenção básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das Universidades Brasileiras para a avaliação*. São Paulo:Hucitec.
- Barbosa, F. E. S., Guimarães, M. B. L., Santos, C. R., Bezerra, A. F. B., Tesser, C. D., & Sousa, I. M. C. (2020). *Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(1), e00208818.
- Barbosa, M. A., Fonseca, A. P. M., Bachion, M. M.; Souza, J. T., Faria, R. M., & Oliveira, L. M. A. C. et. al. (2001). *Terapias alternativas de saúde x alopatia: tendências entre acadêmicos de medicina*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 3 (2), 1-.
- Batista, R. E. A., & Peduzzi, M. (2018). *Prática interprofissional colaborativa no serviço de emergência: atribuições privativas e compartilhadas dos fisioterapeutas*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22 (Suppl. 2), 1685-1695.
- Bezerra, D. R. C., Paulino, E. T., Santo, F. H. E., Magalhães, R. S., & Silva, V. G. (2020). *Use of Integrative and Complementary Practices in the social isolation period of COVID-19 in Brazil*. *Research, Society and Development*, 9 (11), e1329119718.
- Bireme. (Org.). (2020). *Bulletin nº 46: Contributions of the Traditional, Complementary and Integrative Medicines in the context of the Covid-19 pandemic*. Disponível em <https://boletim.bireme.org/en/2020/08/02/contributions-of-the-traditional-complementary-and-integrative-medicines-in-the-context-of-covid-19/>. Acesso em 21/03/2021.
- Brasil. Ministério da saúde. (2002). *Declaração de Alma-Ata*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em 21 mar. 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). 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. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao Sistema Único de Saúde – Rensus. Brasília, DF.
- Bugni, R. P., & Jacob, M. S. (2017). Índice de Vulnerabilidade Social: uma análise da cidade de São Paulo. In: Margutti BO, Costa MA, Favarão CB (org.). Territórios em Números: insumos para políticas públicas a partir da análise do IDHM e do IVS de UDHs e regiões metropolitanas brasileiras. IPEA.
- Buss, P. M. & Pellegrini Filho, A. A. (2007). Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17 (1), 77-93.
- Caccia-Bava, M. C. G. G., Bertoni, B. W., Pereira, A. M. S., & Martinez, E. Z. (2017). Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (5), 1651-1659.
- Carvalho, J. L. S., & Nóbrega, M. P. S. S. (2017). Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. *Rev Gaúcha Enferm.*, 38 (4), e2017-0014.

- Eisenberg, D. M., Kessler, R. C., Foster, C., Norlock, F. E., Calkins, D. R., & Delbanco, T. L. (1993). Related articles, links unconventional medicine in the united states: prevalence, costs, and patterns of use. *N Engl. Journal Medical*, 328, (4), 246-52.
- Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., & Van Rompay, M., et. al. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA*, 280, (18), 1569-75.
- Figueredo, W. N., Veras, R. M., Silva, G. T. R., & Cardoso, G. M. P. (2018). Práticas colaborativas nas urgências em Saúde: a interprofissionalidade do Programa PermanecerSUS, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22 (Supl. 2), 1697-704.
- Freitas Neto, W. A. F., Andrade, S. S. C. A., Silva, G. D. M., Nery, J. S., Sanchez, M. N., & Codenotti, S. B., et. al. (2020). Plantas medicinais e pessoas com tuberculose: descrição de práticas de cuidado no norte da Bahia, 2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29 (5), e2020046.
- Grimm, S., Padilha, A., Bassichetto, K. C., & Lira M. (2018). Dezesesseis anos de monitoramento em saúde na atenção primária em uma grande metrópole das Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42 (S. 1), e183.
- Habimorad, P. H. L., Catarucci, F. M., Bruno, V. H. T., Silva, I. B., Fernandes, V. C., & Demarzo, M. M. P., et. al. (2020). Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (2), 395-405.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 22 mar. 2019.
- Levin, J.S., & Jonas, W.B. (2001). *Tratado de medicina complementar e alternativa*. São Paulo: Manole.
- Lima, K. M. S. V., Silva, K. L., & Tesser, C. D. (2014). Práticas integradoras y complementarias y la relación con la promoción de la salud: experiencia de un servicio municipal de salud. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18 (49) 261-272.
- Losso, L. N., & Freitas, S. F. T. (2017). Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde Debate*, 41 (N. Especial 3), 171-187.
- LUZ, M.T. (2005). Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*, 15, (Supl), 145-76.

- Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Lima, L. D. (2018). Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Em Debate*, 42 (116), 11–24.
- Oliveira, F. P., Lima, M. R. S., & Farias, F. L. R. (2020). Terapias integrativas e complementares em situações emocionais na pandemia do COVID-19. *Rev Interd.*, 13 (1), 1-8.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2002). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2013). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra.
- Paim, J. (2009). O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Palma, J. S., Badke, M. R., Heisler, E. V., Heck, R. M., & Meincke, S. M. K. (2015). Explanatory models of the professional sector in relation to medicinal plants. *Journal of Research Fundamental Care Online*, 7 (3), 2998-3008.
- PANIZZA, S. T. (2010). Como prescrever ou recomendar plantas medicinais. São Luís, MA: CONBRAFITO.
- Reis, B. O., Esteves, L. R., & Greco, R. M. (2018). Avanços e desafios para a implementação das práticas integrativas e complementares no Brasil. *Rev. APS*, 21 (3), 355-364.
- Rios, A. F. M., Lira, L. S. S. P., Reis, I. M. & Silva, G. A. (2020). Atenção Primária à Saúde frente à Covid-19 em um Centro de Saúde. *Enferm. Foco*, 11 (1), 246-251.
- Sanine, P. R., Gayoso, M. V., Domingue, F. S., Carvalho, E. M. F. B., Castanheira, E. R. L., & Spagnuolo R. S. (2020). Sistema de Saúde Cabo-Verdiano: proposições e desafios. *Rev. Saúde Pública de Mato Grosso do Sul*, 3 (1), 7-17.
- São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. (2018b). Boletim CEInfo Saúde em Dados, Ano XVII, nº 17, 2018. São Paulo, SP.
- São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. (2019). Número de serviços de saúde no município de São Paulo. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1936. Acesso em: 30 mar. 2019.

- São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 204/2019-SMS.G, de 27 de fevereiro de 2019. Dispõe sobre o Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PMPICS-SP, e dá outras providências. São Paulo, 27 fev. 2019. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-204-de-27-de-fevereiro-de-2019>. Acesso em: 18 maio 2019.
- Silva, R. M., Jorge, H. M. F., Matsue, R. Y., Ferreira Junior, A. R., & Barros, N. F. (2016). Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). *Saúde Soc.*, 25 (1), 108-120.
- Souza, E. F. A. A., & Luz, M. T. (2009). Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *Hist. Cienc. Saúde, Manguinhos*, 16, (2), 393-405.
- Souza, T. T. & Calvo, M. C. M. (2016). Resultados espetados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura. *Saúde Soc.*, 25 (4), 976-987.
- Tesser, C. D., & Dallegrave, D. (2020). Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 36 (9), e00231519.
- Tesser, C. D., & Barros, N. F. (2008). Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*, 42, (5), 914-20.
- Tesser, C. D.; Sousa, I. M. C., & Nascimento, M. C. (2018). Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde em Debate*, 42 (spe1), 174-188.
- TESSER, C.D. (2007). A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *Physis*, 17, (3), 465-484.
- TESSER, C.D. (2009). Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cad. Saúde Pública*, 25, (8), 1732-42.
- UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina. (2021). Formação em Auriculoterapia para profissionais de saúde da Atenção Básica. Disponível em: <https://auriculoterapiasus.ufsc.br/informacoes-gerais/>. Acesso em: 30 mar. 2021.
- World Health Organization - WHO. (2013). WHO traditional medicine strategy: 2014–2023. Geneva.

Recebido 07/10/2019
Aprovado 05/06/2020