

Artigo Original

Análise Espacial da Oferta de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde no Brasil**Spatial Analysis of the Offer of Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care in Brazil** <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v10i1.8017>

Mariana Aparecida Rodrigues Valente¹ ORCID: 0000-0002-6145-2196, Manoelito Ferreira Silva-Junior² ORCID: 0000-0001-8837-5912, João Peres Neto³ ORCID: 0000-0002-6988-5826, Maria da Luz Rosário de Sousa^{4*} ORCID: 0000-0002-0346-5060

RESUMO

Introdução: O uso de recursos terapêuticos relacionados às Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde tem se tornado uma realidade na Atenção Primária à Saúde brasileira.

Objetivo: Analisar a oferta das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal analítico com dados secundários da Avaliação Externa do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Houve análise inferencial entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) por regiões geográficas brasileiras pelo teste qui-quadrado com uso do teste z ajustado pelo método Bonferroni ($p < 0,05$). A análise descritiva por município foi realizada para confecção de mapa temático pelo Estimador de Densidade de Kernel.

Resultados: Um total de 19,0% das EAB oferecia PIC no Brasil, sendo maior no Sudeste (32,3%), seguido do Sul (19,2%) e menor no Norte (6,8%) ($p < 0,001$). As Práticas Corporais e/ou Mentais (6,9%), Plantas Medicinais e Fitoterapia (6,2%) e Acupuntura (5,3%) foram as PIC mais realizadas no Brasil. O mapa evidenciou áreas não homogêneas e concentração entre municípios do Sudeste, Sul e Nordeste.

Conclusão: As PIC estavam presentes em parte das equipes da APS e dos municípios brasileiros, mas apresentou desigualdades regionais marcantes.

Palavras-chave: Terapias Complementares; Medicina Integrativa; Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde.

1 Prefeitura Municipal de Limeira, Limeira, Brasil.

2 Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Brasil.

3 Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brasil.

4 Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, Brasil.

*Autor correspondente: Av. Limeira, 901, Piracicaba, SP, Brasil. CEP: 13414-903.

E-mail: luzsousa@fop.unicamp.br

Submetido em: 19.02.2021

Aceito em: 08.06.2021

ABSTRACT

Introduction: The use of therapeutic resources related to Integrative and Complementary Practices (ICP) in the Unified Health System has become a reality in Brazilian Primary Health Care. **Objective:** To analyze the offer of Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care in Brazil. **Material and Methods:** Cross-sectional analytical study with secondary data from the External Evaluation of the second cycle of the Access and Quality Improvement Program in Primary Care. There was inferential analysis among the Primary Care Teams (PCT) by Brazilian geographic regions using the chi-square test using the z-test adjusted by the Bonferroni method ($p < 0.05$). The descriptive analysis by municipality was performed to make the thematic map by the Kernel Density Estimator. **Results:** A total of 19.0% of the PCT offered ICP in Brazil, being higher in the Southeast (32.3%), followed by the South (19.2%) and lower in the North (6.8%) ($p < 0.001$). The Body and / or Mental Practices (6.9%), Medicinal Plants and Phytotherapy (6.2%) and Acupuncture (5.3%) were the ICP most performed in Brazil. The map showed non-homogeneous areas and concentration between municipalities in the Southeast, South and Northeast. **Conclusion:** The ICP were present in part of the PHC teams and in the Brazilian municipalities, but presented marked regional inequalities.

Keywords: Complementary Therapies; Integrative Medicine; Primary Health Care; Health Policy.

INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) são recursos terapêuticos seguros e eficazes que visam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde enfatizando a escuta acolhedora, o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do indivíduo com a sociedade e o meio ambiente. As PIC promovem uma visão ampliada do processo saúde-doença e da promoção do cuidado^{1,2}.

No Brasil, as abordagens integrativas iniciaram-se na década de 80, expandindo-se após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1996, na 10ª Conferência Nacional de Saúde, foi aprovada a incorporação de práticas em saúde como fitoterapia, acupuntura e homeopatia no SUS^{1,2}. Ainda na década de 90, houve a inclusão de consultas médicas em homeopatia e acupuntura, no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)¹.

Em 2006, foi criada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e inicialmente poderiam ser disponibilizadas no SUS cinco diferentes modalidades: Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Antroposofia e Termalismo¹. Uma década após, em 2017, foram incorporadas 14 novas práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga³. Em 2018, mais dez práticas foram inseridas: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais⁴. Sendo assim, atualmente são ofertadas 29 PIC no SUS, com ênfase na oferta na Atenção Primária à Saúde (APS)¹⁻⁴.

Apesar do incentivo em nível federal, a gestão da APS ocorre em nível municipal, e por isso, tem um processo lento e gradual de implantação das políticas indutoras criadas pelo Ministério da Saúde⁵. Por isso, medidas que visem o acompanhamento contínuo da incorporação de políticas e qualificação do cuidado são necessárias para o planejamento em saúde em nível local e nacional. O Ministério da Saúde tem avaliado e monitorado a incorporação das PIC na Atenção Primária à Saúde (APS) com o uso do registro de ações no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) e do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)⁵. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi analisar a oferta das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal e analítico utilizando dados secundários da Avaliação Externa do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), realizado em 2013-2014. Os dados do PMAQ-AB são de domínio público e disponibilizados pelo Ministério da Saúde em planilhas do Excel identificados por Unidade Básica de Saúde e municípios participantes, disponíveis publicamente para acesso no endereço eletrônico do Departamento da Atenção Básica (DAB)⁶. A participação da EAB ao PMAQ-AB foi voluntária.

Na presente análise, foram incluídas as Equipes de Atenção Básica (EAB), independente da modalidade (tradicional ou saúde da família), que realizaram a adesão e/ou recontractualização, cujo representante da Unidade Básica de Saúde assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento.

A coleta dos dados da Avaliação Externa do segundo ciclo ocorreu por profissionais (entrevistadores) previamente treinados por instituições de ensino e pesquisa parceiras do Ministério da Saúde, e ocorreu entre dezembro de 2013 e março de 2014, por meio de instrumentos eletrônicos (*tablets*).

Apesar do Instrumento da Avaliação Externa ser composto por módulos, no presente estudo, apenas dois módulos foram utilizados para análise:

- Módulo I (Estrutura): avaliou as características estruturais e de ambiência da Unidade Básica de Saúde, bem como equipamentos, materiais, insumos e medicamentos. Das 24.499 equipes de Atenção Básica (EAB) que participaram, foram excluídas 444 (1,8%) EAB por apresentarem dados perdidos.
- Módulo II (Processo de trabalho): verificou ações para a qualificação dos profissionais e sobre o processo de trabalho, organização do serviço e cuidado para o usuário. Das 30.523 EAB que participaram, foram excluídas 745 (2,4%) EAB por apresentarem dados perdidos.

As variáveis foram divididas em quatro blocos:

- Oferta de PIC contempladas na PNPIC pela EAB (Módulo II.25): II.25.1: A equipe realizava algum tipo de PIC (Sim ou Não) e quais as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) oferecidas (II.25.1: MTC / Acupuntura; II.25.2: MTC / Auriculopuntura; II.25.3: MTC / Práticas Corporais [Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, Tui-Ná] e/ou mentais (meditação); II.25.4: Plantas Medicinais e Fitoterapia; II.25.5: Homeopatia; II.25.6: Medicina Antroposófica; II.25.7: Termalismo Social / Crenoterapia). As possibilidades de respostas eram: Sim, Não ou Não se aplica. Foi dicotomizado em Sim (Sim) e Não (Não e Não se aplica). Não se aplica foi mantida na análise pois se referia às EAB que afirmaram `Não` realizarem PIC (II.25.1).
- Oferta de PIC não contempladas na PNPIC pela EAB (Módulo II.25): II.25.3.1: Reiki; II.25.3.2: Yoga; II.25.3.3: Ayurveda; II.25.3.4: Florais; II.25.3.5: Do-in / Shiatsu / Massoterapia / Reflexologia; II.25.3.6: Shantala; II.25.3.7: Talassoterapia; II.25.3.8: Biodança; II.25.3.9: Musicoterapia; II.25.3.10: Dança circular; II.25.3.11: Naturologia; II.25.3.12: Terapia comunitária; II.25.3.13: Terapia com argila; II.25.3.14: Sistema rio aberto (movimento vital expressivo); II.25.3.15: Arteterapia; e, II.25.3.16: Outros. As possibilidades de respostas eram: Sim, Não ou Não se aplica. Foi dicotomizado em Sim (Sim) e Não (Não e Não se aplica). Não se aplica foi mantida na análise pois se referia às EAB que afirmaram `Não` realizarem PIC (II.25.1).
- Insumos para EAB relacionados às PIC (retiradas do Módulo I.17): I.17.1: A equipe realiza acupuntura e outras práticas da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) (Sim ou Não). Caso a resposta à essa questão fosse positiva, foram realizadas mais quatro questões referentes à disponibilidade de insumos (I.17.2: Agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados para acupuntura; I.17.3: Copos de ventosa; I.17.4: Mapas de pontos de acupuntura; e, I.17.5: Moxa de carvão e/ou artemísia). As possibilidades de respostas eram: sempre disponíveis, às vezes disponíveis, nunca disponíveis ou não se aplica. As variáveis foram dicotomizadas em Sim (sempre disponíveis) e Não (às vezes disponíveis, nunca disponíveis ou não se aplica). Não se aplica foi mantida na análise pois se referia às EAB que afirmaram `Não` realizarem acupuntura ou outras práticas de MTC (I.17.1).
- Educação permanente e educação em saúde em relação as PIC para EAB (Módulo II.25): II.25.4: A gestão oferece alguma atividade / curso de educação permanente em práticas

integrativas e complementares para a equipe?; II.25.5: A equipe registra o procedimento / atividade de práticas integrativas e complementares realizado?; II.25.6.1: Atividades de educação em saúde realizadas pela equipe abordando o uso de plantas medicinais e fitoterápicos; II.25.6.2: Atividades de educação em saúde realizadas pela equipe abordando o uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais e práticas da MTC; II.25.6.3: Atividades de educação em saúde realizadas pela equipe abordando o uso de outros temas relacionados às PIC. As possibilidades de resposta foram: Sim, Não ou Não se aplica. Foi dicotomizado em Sim (Sim) e Não (Não e Não se aplica). Não se aplica foi mantida na análise pois se referia às EAB que afirmaram `Não` realizarem PIC (II.25.1).

Os dados obtidos foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20.0, e apresentados em frequências absolutas (n) e relativas (%) por EAB e por município. As associações das variáveis estudadas (desfechos) e as regiões geográficas brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) por EAB foram feitas pelo teste qui-quadrado com uso do teste z ajustado pelo método Bonferroni ($p < 0,05$).

Para a distribuição da oferta de PIC por município houve a realização da análise descritiva. Assim, se houvesse no município a existência de uma ou mais que uma EAB ofertando as PIC, o município foi considerado como ofertando PIC.

Os municípios que ofertavam PIC no SUS foram geocodificados a partir de suas localizações de longitude e latitude (x,y), relacionando-os com a base cartográfica do Brasil e criadas camadas de pontos para a construção de mapas temáticos através do Estimador de densidade de Kernel. Esse estimador realiza uma contagem de todos os pontos dentro de uma região de influência, ponderando-os pela distância de cada um em relação à localização de interesse facilitando a visualização de aglomerados, com níveis de densidades que variam de acordo com a cor e tonalidade. Foi utilizado o software QGIS 2.16.

RESULTADOS

Um total de 19,0% das EAB oferecia Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Brasil, sendo maior na região Sudeste (32,3%), seguido do Sul (19,2%), e menor no Norte (6,8%) ($p < 0,001$) (Tabela 1). Entre as práticas contempladas na PNPIC à época, as mais realizadas pelas EAB no Brasil foram as Práticas Corporais e/ou Mentais (6,9%), Plantas Medicinais e Fitoterapia (6,2%) e Acupuntura (5,3%), e as menos foram a Medicina Antroposófica (0,8%) e Termalismo Social / Crenoterapia (0,2%), todas com diferença na distribuição regional ($p < 0,001$). Entre as práticas não contempladas na PNPIC à época, as mais realizadas pelas EAB no Brasil foram Terapia comunitária (5,6%), Arteterapia (3,0%) e Shantala (2,6%), e as menos ofertadas foram Ayurveda e Talassoterapia, ambas com 0,1%. Apenas a Ayurveda, Talassoterapia e Naturologia não apresentavam diferenças regionais na distribuição ($p > 0,05$) (Tabela 1).

No Brasil, 2,2% das EAB realizava acupuntura ou MTC. Em relação aos insumos para PIC ofertada para EAB, as agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados para acupuntura foram os mais disponíveis (1,1%), e os copos de ventosa (0,5%) o menos ofertado no Brasil. Houve disparidades regionais, com melhores proporções no Sul e Sudeste, e menos no Centro-Oeste, Nordeste e Norte ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1. Proporção da oferta de serviço e de insumos para Práticas Integrativas e Complementares (PIC) pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) por regiões geográficas brasileiras. Brasil, 2013-2014.

Variáveis	Região Geográfica Brasileira						p-valor*
	Brasil	Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Oferta de PIC contemplada na PNPIC pela EAB (n=29778)							
A EAB oferece práticas integrativas e complementares (Sim)	5666 (19,0)	867 (19,2)a	3265 (32,3)b	270 (12,0)c	1118 (10,4)c	146 (6,8)d	<0,001
Acupuntura (Sim)	1583 (5,3)	276 (6,1)a	996 (9,9)b	30 (1,3)c	238 (2,2)c	43 (2,0)c	<0,001
Auriculopuntura (Sim)	908 (3,0)	172 (3,8)a	603 (6,0)b	21 (0,9)c	103 (1,0)c	9 (0,4)c	<0,001
Práticas Corporais e/ou Mentais (Sim)	2067 (6,9)	76 (1,7)a	1815 (18,0)b	38 (1,7)a	115 (1,1)c	23 (1,1)c	<0,001
Plantas Medicinais e Fitoterapia (Sim)	1854 (6,2)	427 (9,5)a	734 (7,3)b	52 (2,3)c	580 (5,4)d	61 (2,8)c	<0,001
Homeopatia (Sim)	1224 (4,1)	179 (4,0)a	812 (8,0)b	70 (3,1)a	142 (1,3)c	21 (1,0)c	<0,001
Medicina Antroposófica (Sim)	242 (0,8)	5 (0,1)a	223 (2,2)b	1 (0,0)a	12 (0,1)a	1 (0,0)a	<0,001
Termalismo Social / Crenoterapia (Sim)	71 (0,2)	8 (0,2)a,b	46 (0,5)b	1 (0,0)a	14 (0,1)a	2 (0,1)a,b	<0,001
Oferta de PIC não contemplada na PNPIC pela EAB (n=29778)							
Reiki (Sim)	176 (0,6)	38 (0,8)a	58 (0,6)a,b	4 (0,2)b,c	74 (0,7)a	2 (0,1)c	<0,001
Yoga (Sim)	388 (1,3)	68 (1,5)a	228 (2,3)b	14 (0,6)c	71 (0,7)c	7 (0,3)c	<0,001
Ayurveda (Sim)	26 (0,1)	9 (0,2)a	7 (0,1)a	2 (0,1)a	7 (0,1)a	1 (0,0)a	0,094
Florais (Sim)	260 (0,9)	48 (1,1)a,b	121 (1,2)b	6 (0,3)c	80 (0,7)a,c	5 (0,2)c	<0,001
Do-in / Shiatsu / Massoterapia / Reflexologia (Sim)	302 (1,0)	51 (1,1)a,b	136 (1,3)b	11 (0,5)a,c	95 (0,9)a,c	9 (0,4)c	<0,001
Shantala (Sim)	764 (2,6)	79 (1,8)a,b	478 (4,7)c	53 (2,4)b	141 (1,3)a,d	13 (0,6)d	<0,001
Talassoterapia (Sim)	15 (0,1)	3 (0,1)a	5 (0,1)a	1 (0,0)a	5 (0,0)a	1 (0,0)a	0,990
Biodança (Sim)	327 (1,1)	31 (0,7)a,b	160 (1,6)c	17 (0,8)a,b	113 (1,0)b	6 (0,3)a	<0,001
Musicoterapia (Sim)	574 (1,9)	60 (1,3)a	267 (2,6)b	23 (1,0)a	201 (1,9)a	23 (1,1)a	<0,001

Variáveis	Região Geográfica Brasileira						p-valor*
	Brasil	Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Dança circular (Sim)	706 (2,4)	42 (0,9)a	488 (4,8)b	31 (1,4)a	128 (1,2)a	17 (0,8)a	<0,001
Naturopatia (Sim)	93 (0,3)	20 (0,4)a	23 (0,2)a	6 (0,3)a	38 (0,4)a	6 (0,3)a	0,230
Terapia comunitária (Sim)	1678 (5,6)	225 (5,0)a	986 (9,8)b	68 (3,0)c,d	358 (3,3)d	41 (1,9)c	<0,001
Terapia com argila (Sim)	108 (0,4)	19 (0,4)a,b	57 (0,6)b	3 (0,1)a,b	27 (0,3)a	2 (0,1)a	<0,001
Sistema rio aberto (movimento vital expressivo) (Sim)	58 (0,2)	4 (0,1)a	39 (0,4)b	3 (0,1)a,b	9 (0,1)a	3 (0,1)a,b	<0,001
Arteterapia (Sim)	908 (3,0)	96 (1,1)a	682 (6,8)b	22 (1,0)c	105 (1,0)c	3 (0,1)d	<0,001
Outros (Sim)	2713 (9,1)	489 (10,8)a	1589 (15,7)b	143 (6,4)c	418 (3,9)d	74 (3,4)d	<0,001
Insumos para EAB relacionados às PIC (n=24055)							
A EAB realiza acupuntura ou MTC (Sim)	530 (2,2)	102 (2,8)a	298 (4,2)b	13 (0,7)c	106 (1,1)c	11 (0,7)c	<0,001
Agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados para acupuntura (Sim)	271 (1,1)	74 (2,1)a	126 (1,8)a	5 (0,3)b	62 (0,6)b	4 (0,2)b	<0,001
Copos de ventosa (Sim)	130 (0,5)	29 (0,8)a	48 (0,7)a	2 (0,1)b	48 (0,5)a,b	3 (0,2)b	0,001
Mapas de pontos de acupuntura (Sim)	222 (0,9)	64 (1,8)a	94 (1,3)a	3 (0,2)b	56 (0,6)b	5 (0,3)b	<0,001
Moxa de carvão e/ou artemísia (Sim)	148 (0,6)	36 (1,0)a	61 (0,9)a	2 (0,1)c	45 (0,5)b	4 (0,2)c	<0,001

EAB: equipe de atenção básica. PIC: Prática Integrativa e Complementar. MTC: Medicina Tradicional Chinesa.

Os resultados apresentam apenas as proporções referente a categoria `Sim`. No entanto, o `Não` foi considerado para a realização da análise.

Letras minúsculas denotam diferença estatística entre as regiões geográficas brasileiras por linha ($p < 0,05$).

Tabela 2. Proporção de atividades de educação permanente e educação em saúde relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares (PIC) pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) por regiões geográficas brasileiras. Brasil, 2013-2014.

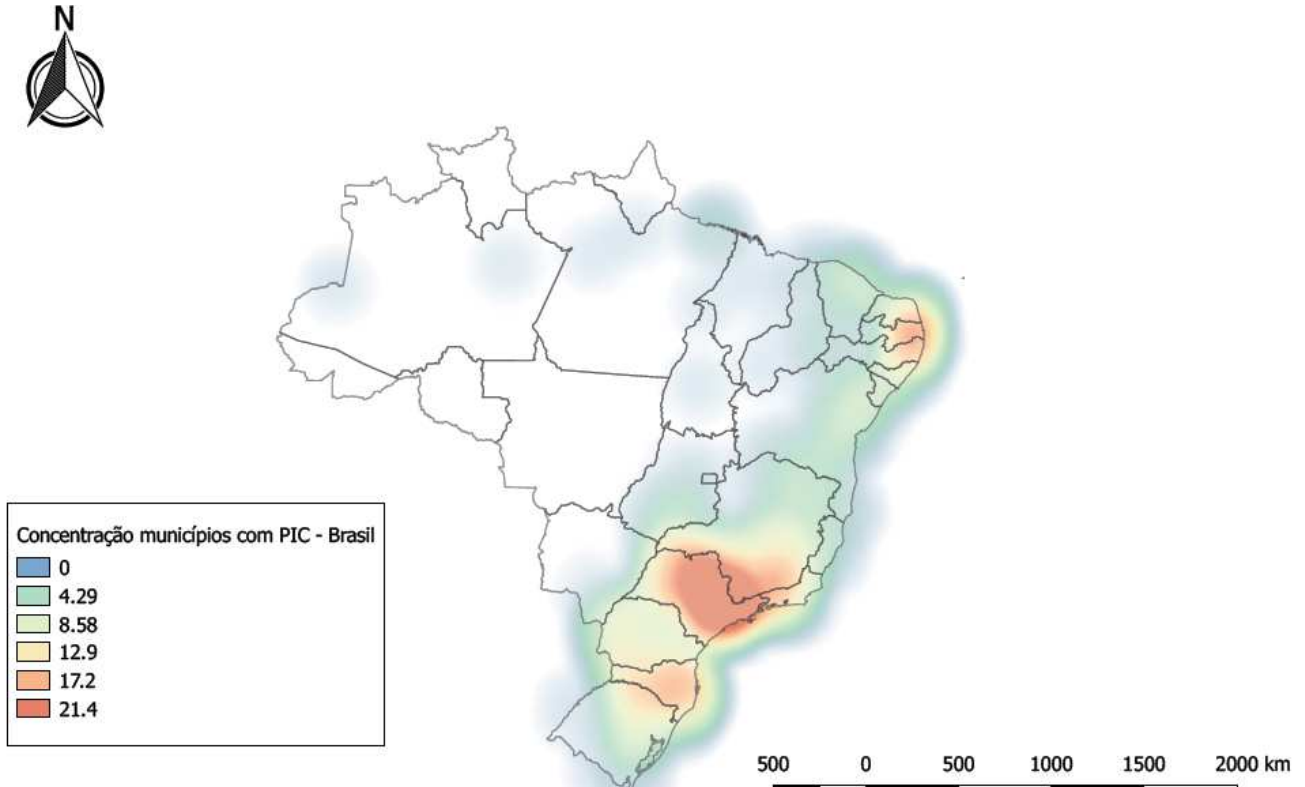
Variáveis	Região Geográfica Brasileira						p-valor*
	Brasil	Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
A gestão oferece atividade/curso de educação permanente em PIC para a EAB? (n=29778)							
Sim	3414 (11,5)	474 (10,5) ^a	2147 (21,3) ^b	142 (6,3) ^c	578 (5,4) ^c	73 (3,4) ^d	<0,001
A EAB registra o procedimento/atividade de PIC? (n=29778)							
Sim	4088 (13,7)	640 (14,2) ^a	2404 (23,8) ^b	171 (7,6) ^c	772 (7,2) ^c	101 (4,7) ^d	<0,001
A EAB oferece educação em saúde que aborda uso de plantas medicinais e fitoterápicos (n=29778)							
Sim	1826 (6,1)	437 (9,7) ^a	691 (6,8) ^b	53 (2,4) ^c	585 (5,4) ^d	60 (2,8) ^d	<0,001
A EAB oferece educação em saúde que aborda uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da Medicina Tradicional Chinesa e práticas da medicina antroposófica (n=29778)							
Sim	609 (2,0)	121 (2,7) ^a	366 (3,6) ^b	16 (0,7) ^c	94 (0,9) ^c	12 (0,6) ^c	<0,001
A EAB oferece educação em saúde que aborda outras PIC (n=29778)							
Sim	2185 (7,3)	260 (5,8) ^a	1331 (13,2) ^b	138 (6,2) ^a	410 (3,8) ^c	46 (2,1) ^d	<0,001

EAB: equipe de atenção básica. PIC: Prática Integrativa e Complementar.

Os resultados apresentam apenas as proporções referente a categoria `Sim`. No entanto, o `Não` foi considerado para a realização da análise. Letras minúsculas denotam diferença estatística entre as regiões geográficas brasileiras por linha ($p < 0,05$).

As PIC foram ofertadas na Atenção Primária à Saúde (APS) em 22,1% dos municípios brasileiros, sendo mais concentradas em municípios das regiões Sul (23,8%) e Nordeste (23,6%), e menos presente no Centro-Oeste (17,3%) e Norte (17,3%) (Tabela 3). Na Figura 1, verifica-se que a distribuição das PIC em território nacional apresentou-se de forma não homogênea, com áreas densas de concentração principalmente nos municípios da região Sudeste, Sul e Nordeste, e grandes vazios assistenciais de oferta de PIC.

Figura 1. Mapa com estimador de densidade de Kernel para municípios com Práticas Integrativas e Complementares. Brasil, 2013-2014.



A gestão oferecia atividade/curso de educação permanente em PIC para 11,5% das EAB no Brasil. No Brasil, 13,7% das EAB registrava o procedimento/atividade de PIC. Com maior proporção no Sudeste e menor no Norte ($p < 0,001$) (Tabela 2). Na análise por município, o oferecimento de cursos ou atividades de educação permanente foram oferecidas pela gestão pública em 13,1% dos municípios brasileiros, sendo maior nos municípios do Nordeste (13,9%) e Sul (13,5%) e menos presente no Centro-Oeste (11,5%) e no Norte (9,7%) (Tabela 3).

A oferta de educação em saúde com uso de plantas medicinais e fitoterápicos foi de 6,1% no Brasil, com maior uso no Sul e menor no Centro-Oeste e Norte ($p < 0,001$). Para uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da Medicina Tradicional Chinesa e práticas da medicina antroposófica como forma de educação em saúde, 2,0% das EAB ofertavam no Brasil, sendo maior no Sudeste e menor no Centro-Oeste, Nordeste e Norte ($p < 0,001$) (Tabela 2).

Tabela 3. Proporção entre o número de municípios com Práticas Integrativas e Complementares e com oferta de Atividade / Curso de Educação Permanente em Práticas Integrativas e Complementares para a Equipe na Atenção Primária à Saúde por município segundo as regiões brasileiras. Brasil, 2013-2014.

Região	Municípios n	Municípios com PIC n (%)	Municípios com oferta de EP para PICS n (%)
Centro-Oeste	466	81 (17,3)	54 (11,5)
Nordeste	1794	424 (23,6)	251 (13,9)
Norte	450	78 (17,3)	44 (9,7)
Sudeste	1668	363 (21,7)	219 (13,1)
Sul	1191	284 (23,8)	161 (13,5)
Total	5569	1230 (22,1)	729 (13,1)

EP: Atividades / Educação Permanente.

DISCUSSÃO

Apesar das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) serem práticas milenares, sendo na população mundial principalmente realizada na Atenção Primária à Saúde⁷, o presente estudo mostrou uma baixa oferta pelas equipes de APS no Brasil, mesmo sendo o nível de atenção que oferta cerca de 80% das PIC no Sistema Único de Saúde (SUS)⁸. Além disso, houve uma alta desigualdade regional na distribuição de equipes que ofertavam os serviços, com maior proporção nas regiões Sudeste e Sul, e pior no Norte.

Em uma análise por município, cerca de 22% possuía ao menos uma Unidade de Básica de Saúde com algum tipo de PIC. O mapeamento dos municípios que ofertavam PIC mostrou grande área de vazios assistenciais e áreas de concentração no Sudeste, Sul e Nordeste. Nesse sentido, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) não tem sido absorvida da mesma forma nos municípios brasileiros.

A baixa adesão ou avanço das EAB e de municípios brasileiros que ofertam PIC no Brasil pode se derivar da resistência e/ou pouco conhecimento por parte dos profissionais, gestores e usuários das PIC e da PNPIC, e principalmente, ausência de financiamento específico para implantação das PIC, vinculado ao Piso da Atenção Básica (PAB)⁹. Frente aos poucos recursos financeiros, materiais e humanos no Sistema Único de Saúde (SUS), há uma tendência de racionalização de análise de custo-efetividade e custo-utilidade, o que se torna difícil no caso das PIC, pela sua própria proposta de singularidade do cuidado¹⁰. Sendo assim, a política ainda recente no Brasil tem potencial de expansão para equipes e municípios brasileiros, no entanto, deve ser valorada uma maior velocidade de expansão e uma implantação mais equânime entre as regiões geográficas.

A maior proporção de oferta de PIC por regiões variou conforme o tipo de análise, por EAB a região Sudeste se destacou para a oferta de serviços, disponibilidade de insumos, educação permanente e educação em saúde, e para os municípios, a região Sul e Nordeste apresentaram maior oferta de serviço e educação permanente. Essas diferenças regionais também foram verificadas em estudo anterior, e a melhor proporção no Sul e Sudeste pode ser um reflexo do melhor contexto socioeconômico dessas regiões, onde há uma maior concentração de renda, serviços e investimentos, inclusive no campo da saúde¹⁷. O Nordeste vem se destacando também principalmente pela alta cobertura de Estratégia de Saúde da Família e adesão de novas práticas de saúde¹⁷.

As PIC têm foco na energia vital e compreende a causa das doenças como um desequilíbrio energético além do corpo, ou seja, considera também a desarmonia das interações sociais e familiares, crenças e valores, a noção de identidade, as emoções, a vida sexual e afetiva, o trabalho e a história pessoal. Sendo assim, leva-se em consideração o estilo de vida com ênfase nos aspectos emocionais. Essa perspectiva é diferente da biomedicina, que enxerga o paciente como um ser fragmentado, com foco no diagnóstico e tratamento, distanciamento emocional entre profissional de saúde e paciente¹¹.

O modelo biomédico de assistência à saúde tem sido limitado para lidar com as doenças crônicas e degenerativas e, mesmo atuando positivamente no aumento da expectativa de vida da população, principalmente de países desenvolvidos, tem tornado os indivíduos dependentes de intervenções médicas e medicalizantes¹². Vale ainda destacar que as práticas complementares podem ter reações adversas, toxicidade e interações medicamentosas, embora essas sejam geralmente menos agressivas com menor potencialidade iatrogênica¹³. Nesse sentido, há necessidade do trabalho interdisciplinar de cuidados em saúde, com valorização da sustentabilidade de seus recursos, com menos uso de tecnologia dura (recursos estruturais) e mais tecnologia leve (humanização).

No Brasil, foi criada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), também chamada de HumanizaSUS, trazendo entre seus objetivos centrais o enfrentamento e a organização da gestão e do trabalho em saúde, gerando reflexos positivos na vida de usuários, trabalhadores (profissionais e gestores), uma política transversal que deve estar inserida em todos os serviços do SUS¹⁴. As PIC tem sido uma ferramenta indispensável na PNH, pois está na contramão da linha puramente biomédica, sendo ainda mais relevantes no cuidado dos idosos e portadores de doenças crônicas¹⁵.

Com o aumento da expectativa de vida da população, reforça-se a necessidade de práticas de prevenção das doenças e promoção da saúde, para que o envelhecimento se dê de forma mais saudável, prevenindo agravos que encarecem e oneram o sistema de saúde¹. Sendo assim, uma APS pode se tornar mais efetiva se houver a implantação e manutenção das PIC¹⁶, sendo estimulado mais estudos que comprovem a resolutividade das PIC no SUS.

Deve-se destacar que nos últimos anos houve uma grande incorporação de novas PIC disponíveis no SUS por meio da PNPIC, com inclusão de mais 24 modalidades após sua criação^{3,4}. A diversidade das práticas desenvolvidas pelas equipes mesmo sem a inclusão na PNPIC de muitas modalidades avaliadas no segundo ciclo do PMAQ-AB, demonstraram que estas vem sendo valorizadas pelos profissionais da APS, como alternativa no atual modelo de atenção à saúde, principalmente na Estratégia de Saúde da Família¹⁷, e tem demonstrado avanços significativos no SUS após sua implantação. No entanto, mais do que a quantidade de modalidades, o presente estudo mostrou que há necessidade do Ministério da Saúde oferecer maior subsídio aos municípios para ofertar PIC no cuidado em saúde.

Neste estudo, as Práticas Corporais e/ou Mentais, uso de Plantas Medicinais/Fitoterapia e Acupuntura foram as modalidades mais realizadas pelas equipes no Brasil. Apesar da ordem modificar conforme o banco de dados, as três práticas sempre estão entre as mais realizadas no Brasil, inclusive com diferença das modalidades mais realizadas por regiões brasileiras⁸. Essa variação pode ser devido a fatores como a disponibilização de formação/capacitação dos profissionais, necessidades de mais ou menos recursos para execução, perfil demográfico ou epidemiológico de cada local, e inclusive, do reconhecimento da PIC na PNPIC e possibilidade de inclusão na produção ambulatorial dos serviços da APS.

Esse dado pode ser confirmado ao verificar que a oferta de educação permanente, registro das atividades e os insumos sempre disponíveis para as EAB ainda foram aquém da proporção das equipes que realizam algum tipo de PIC. O oferecimento de cursos e atividades de educação permanente às equipes por parte da gestão poderia ser ampliada frente aos potenciais que as PIC oferecem, com fundamentação na própria PNPIC. A política é vanguardista na inserção das práticas nos serviços universais de saúde e com foco na implantação na APS¹⁹. A experiência do Brasil citada internacionalmente pela OMS e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), colabora com outras experiências e alinha as políticas públicas de saúde à estratégia da OMS sobre as Medicinas Tradicionais, atualizada para os próximos anos (2014–2023)¹⁹.

A educação em saúde com o uso de fitoterápicos foi destacada no presente estudo, e isso pode ser reflexo do seu reconhecimento pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978²⁰. As plantas medicinais têm sido cada vez mais incorporadas na assistência farmacêutica e a fitoterapia uma prática eficaz que valoriza os saberes rotineiramente incorporados por tradições populares²⁰. No SUS, sua

regulamentação aconteceu pelo Decreto Presidencial 5.813 de 22 de junho de 2006, com a criação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)²¹.

A limitação do estudo foi trabalhar com dados secundários do PMAQ-AB, programa que visa o incentivo financeiro por desempenho, e por isso, as equipes desejam qualificar as respostas para o bom desempenho. Além disso, os dados podem não refletir a realidade da APS no Brasil por incluir apenas EAB que aderiram voluntariamente e desejaram ser avaliadas. No entanto, a adesão no segundo ciclo foi superior a 80% das EAB cadastradas no Ministério da Saúde, o que dimensiona grande parte das equipes da APS.

O presente estudo demonstrou desigualdades regionais na oferta das PIC pelas equipes e pelos municípios, bem como, na disponibilidade de insumos para sua realização. Sendo assim, a PNPIC deve apresentar uma maior atenção às equipes e os municípios das regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, principalmente em relação à educação permanente e insumos para efetivação da política.

Contribuições

MARV: Preparo do banco de dados e escrita do artigo científico.

MFSL: Análise dos dados e escrita do artigo científico.

JPN: Análise dos dados e escrita do artigo científico.

MLRS: Supervisão de todas as etapas e revisão crítica do artigo.

Conflito de Interesse

Todos os autores declararam não haver qualquer potencial conflito de interesses referente a este artigo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS-PNPIC-SUS. Brasília-DF; Ministério da Saúde; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília-DF; 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde. 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. 28 Mar 2017.
4. Brasil. Ministério da Saúde. 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. Diário Oficial da União. 22 Mar 2018.
5. Brasil. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília - DF; Ministério da Saúde; 2018. p. 56.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. 2 Ciclo. Brasília-DF; Ministério da Saúde; Brasília; 2013.
7. Alonso JR. Tratado de fitomedicina: bases clínicas y farmacológicas. Buenos Aires; Isis Ediciones; 1998.
8. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde Debate. 2018; 42(spe1): 174-88.

9. Galhardi WMP, Barros NF, Leite-MOR ACMB. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(1): 213-20.
10. Sousa IMC, Aquino CMF, Bezerra AFB. Custo-efetividade em práticas integrativas e complementares: diferentes paradigmas. *J Manag Prim Health Care*. 2017; 8(2): 343-50.
11. Monteiro MMS. Práticas integrativas e complementares no Brasil-Revisão sistemática. [Dissertação]. Recife; Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
12. Barreto AF. Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação. Recife: Editora UFPE, 2014.
13. Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, Santos FAS, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(11): 2143-54.
14. Pasche DF, Passos E, Hennington ÉA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Cienc Saúde Colet*. 2011; 16(11): 4541-8.
15. Pereira BMD. Mãos que se abraçam: afetividade, cuidado e as práticas integrativas complementares. Curitiba: editora CRV; 2020. 252 p.
16. Telessi-Junior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud Av*. 2016; 30(86): 99-113.
17. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, Bezerra AFB, Tesser CD, Sousa IMC. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2020; 36(1): e00208818.
18. Amado DM, Rocha PRS, Ugarte OA, Ferraz CC, Cunha-Lima M, Carvalho FFB. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. *J Manag Prim Health Care*. 2017; 8(2): 290-308.
19. World Health Organization. Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. OMS Ginebra; 2013.
20. Bruning MCR, Mosegui GBG, Vianna CMM. 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. *Cienc Saúde Colet*. 2012; 17(10): 2675-85.
21. Figueredo CA, Gurgel IGD, Gurgel Junior GD. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. *Physis*. 2014; 24(2): 381-400.