

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

MARINA DE SOUZA DAUDT RAMOS

**Práticas Integrativas e Complementares no SUS – Uma análise a partir do
PMAQ.**

**PORTO ALEGRE
2017**

MARINA DE SOUZA DAUDT RAMOS

**Práticas Integrativas e Complementares no SUS - Uma análise a partir do
PMAQ.**

Projeto de Pesquisa - Trabalho de Conclusão de Curso II, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva pelo Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira

PORTO ALEGRE

2017

MARINA DE SOUZA DAUDT RAMOS**Práticas Integrativas e Complementares no SUS - Uma análise a partir do
PMAQ.**

Trabalho de Conclusão de Curso II,
apresentado como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel em
Saúde Coletiva pelo Curso de
Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul.

Porto Alegre, ____ de _____ de
2017.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Luciana Barcellos Teixeira

Orientadora

Professor Dr. Alcindo Antônio Ferla

Avaliador

AGRADECIMENTOS

A construção do presente trabalho só foi possível pela cooperação e incentivo de algumas pessoas que me acompanharam no trajeto durante a graduação, partilhando comigo o objetivo da formação no curso de bacharelado em Saúde Coletiva.

Em primeiro lugar agradeço a Deus por me guiar durante essa jornada.

À minha mãe que me proporcionou essa caminhada de estudos, apoio e incentivo, com todo o seu amor e carinho.

Ao meu marido e aos meus filhos, pelo amor, carinho e compreensão dedicados nesses anos, vocês são minha inspiração.

Ao meu pai, meus irmãos e tia que são meus exemplos de esforço e dedicação, com tanta ternura e amor.

Aos familiares e amigos que colaboraram nessa trajetória profissional de suma importância em minha vida.

A minha orientadora Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira que me acompanhou na orientação deste trabalho, dividindo comigo seus conhecimentos e sua disponibilidade em auxiliar.

Aos professores do curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que compartilharam seus aprendizados e contribuíram para a minha formação.

Aos colegas de graduação e amigos que me acompanharam durante esses anos.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	06
2. METODOLOGIA	09
3. RESULTADOS.....	11
4. DISCUSSÃO	18
5. REFERENCIAS.....	22

INTRODUÇÃO

Desde a Conferência Internacional de Alma-Ata que ocorreu no ano de 1978, se discute nos sistemas de saúde pública no mundo a inclusão da Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA), quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou aos seus Estados-membros a inserção de políticas que abrangessem as práticas complementares nos serviços de saúde. Assim, a atenção básica (AB) em saúde poderia incluir a MT/MCA, proporcionando o acesso da população a essas práticas não biomédicas, que em muitos países já vinham sendo utilizadas como recurso terapêutico. São incorporados diversos tipos de ações terapêuticas nessa nomenclatura, advindos de um processo cultural, como o uso de chás, atividades corporais e espirituais. No Brasil, utilizamos o termo de Práticas Integrativas e Complementares (PICs).

As práticas e ações complementares no cuidado da saúde, que não estão inclusas na biomedicina, são denominadas de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA) pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essas práticas contemplam enfoques que procuram meios naturais para prevenção de agravos e manutenção da saúde de forma segura e eficiente. Podem ser nomeadas de acordo com a cultura regional, como Medicina Tradicional no Leste Asiático, África, América Latina, América do Sul e Ocidente Pacífico ou como Medicina Complementar Alternativa na América do Norte, Europa e Austrália. A definição varia em cada país, na China a acupuntura faz parte da Medicina Tradicional, já em muitos países europeus ela é considerada Medicina Complementar Alternativa, por não fazer parte dos cuidados tradicionais em saúde da região (TESSER, 2009).

Em 1978, na Conferência Internacional de Alma-Ata, a OMS sugeriu o uso de práticas de MT/MCA nos Sistemas Públicos de Saúde por meio de programas e políticas nacionais, promovendo acesso e utilização coerente. A partir disso, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional para a disseminação da MT/MCA, incentivando a implantação das práticas por meio de políticas públicas dos países membros (THIAGO et al, 2011).

A MT/MCA é denominada pela OMS como as práticas médicas oriundas da cultura de cada região, temos como exemplo a medicina indígena e a medicina tradicional chinesa, abrangendo práticas espirituais e manuais, com ervas, sem utilização de medicamentos quimicamente purificados (florais, acupuntura, quiropraxia), atividades corporais (yoga), entre outros (SOUSA et al, 2012).

Em torno de 80% dos países do Hemisfério Sul utilizam terapias complementares nas práticas e cuidados em saúde (ISCHKANIAN e PELICIONI, 2012). Saberes populares e culturais com diferentes técnicas de tratamento e cura passaram a ser avaliadas e adotadas pela medicina, assim foram introduzidas nas especialidades médicas, como exemplo a acupuntura. Em muitos locais pobres, como a África, as práticas complementares e alternativas correspondem a grande parte do cuidado em saúde que transcende o ambiente familiar (THIAGO et al, 2011). Grande parte da população de regiões como Ásia, África e América Latina, utilizam saberes e crenças culturais, como chás, massagens, técnicas manuais e terapias espirituais como recursos terapêuticos de cura e manutenção da saúde (ANDRADE e COSTA, 2010).

O assunto vem sendo discutido no Brasil em várias ocasiões desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando foi sugerida a introdução das práticas tradicionais de cura popular no atendimento público de saúde. Na 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996), decidiu-se incorporar as terapias alternativas e práticas populares no SUS (NEGRELLE et al, 2007). Ainda na década de 90, o grupo de pesquisas Racionalidades Médicas, com liderança de Madel Luz, iniciou com a discussão dos sistemas médicos complexos (homeopatia, medicina tradicional chinesa e ayurvédica) e as diversas práticas de saúde, com seus diferentes saberes (COSTA e TESSER, 2012).

As PICs proporcionam a conexão do indivíduo com o meio ambiente e a sociedade, acolhimento e o aumento do vínculo terapêutico. A história mostra que as PICs são utilizadas para fins medicinais e tornaram-se parte da cultura de muitos povos, permanecendo na atualidade. Com o benefício de apresentar menor custo, as PICs podem ser tanto ou mais eficazes quanto os medicamentos tradicionais. Com base nesses argumentos, o Ministério da Saúde defende o uso das PICs pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015).

No entanto, há uma escassez de estudos na área dessas práticas, faltam evidências em relação ao uso e eficácia. Poucos estudos se aprofundam ao tema para avaliar a segurança e os efeitos indesejados. Porém, sabemos que as práticas não biomédicas são utilizadas pela população em geral e inclui saberes culturais que são passados pelas gerações.

No Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde, implantou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo intuito de estimular ações e serviços que incluíssem essas práticas no sistema público de saúde. Também, a Política reconhece e apoia as experiências que já vinham sendo desenvolvidas nos serviços públicos de saúde, com ênfase na fitoterapia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, medicina antroposófica e termalismo/crenoterapia. A PNPIC incentiva o uso das PICs em todos os níveis de atenção, com foco na AB, sendo que os serviços possuem autonomia para aderir ou não. Diante deste cenário, o presente artigo irá analisar a adesão e funcionamento das PICs na Atenção Primária em Saúde nas cinco regiões do país, a partir dos dados obtidos com o instrumento de coleta de dados para a avaliação externa, que compõe o primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), visto que não existe uma avaliação nacional referente ao tema.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e descritiva.

A abordagem quantitativa possui como campo de práticas e objetivos esclarecer dados, indicadores e tendências observáveis. Do ponto de vista social, precisa ser utilizada para compreender grandes conjuntos de dados, de conjuntos demográficos, por exemplo, classificando-os e tornando-os compreensíveis por meio de variáveis (MINAYO e SANCHES, 1993).

As pesquisas descritivas demandam do investigador uma série de conhecimentos a respeito do que deseja pesquisar. Esses tipos de pesquisa têm por objetivo apresentar os fenômenos e fatos de determinada realidade (GERHARDT e SILVEIRA, 2009).

A Pesquisa ocorreu no ano de 2012 nas cinco regiões do país, em estabelecimento de saúde que realizavam atenção primária em saúde.

Vieira (2008) define que: população ou universo é o conjunto de unidades sobre o qual desejamos obter informação, e que amostra é todo o subconjunto de unidades retiradas de uma população para obter a informação desejada.

Neste estudo, a população é formada por todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os profissionais de saúde que fazem parte da equipe das UBS do país. A amostra, por sua vez, são as UBS que participaram do PMAQ, que correspondem a 37.690 estabelecimentos avaliados e os profissionais de saúde que fazem parte da equipe das UBS, que correspondem a 16.127 equipes entrevistadas.

Os dados foram coletados diretamente nos estabelecimentos de saúde por pesquisadores de campo vinculados às universidades que compuseram a rede de pesquisa associada ao PMAQ (PINTO, 2014), no ano de 2012.

O questionário do Módulo I foi a observação na Unidade de Saúde, sendo que o avaliador da qualidade foi acompanhado por um profissional da equipe da UBS qualificado. O questionário do Módulo II foi composto por questionário aplicado ao profissional de saúde da equipe da UBS e verificação de documentos no estabelecimento de saúde.

No “acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho” avalia-se na perspectiva do profissional e do usuário: o acesso; a

implantação de dispositivos como o acolhimento, agenda compartilhada, ferramentas de gestão do cuidado e gestão colegiada do processo de trabalho; além de avaliar também padrões de qualidade relacionados à atenção das linhas de cuidado priorizadas, dentre tantos outros (BRASIL, 2012a).

A fonte de pesquisa a ser utilizada é a base de dados secundária originada do 1º Ciclo de Avaliações que “consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das EAB” e para reconhecimento e valorização dos “esforços e resultados” dessas EAB e dos gestores municipais na qualificação da AB (BRASIL, 2012a). Esta fase é denominada de Avaliação Externa e é composta por questões ordenadas em três módulos. São utilizadas questões do Módulo I e II do Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade, PMAQ, referentes a temática das PICs com intuito de a adesão, acesso e qualidade dos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.

Os dados estão digitados no Programa Excel®, e posteriormente, foram transpostos para o programa SPSS® para análise. As variáveis categóricas serão apresentadas em valores absolutos e percentuais (JACQUES, 2003).

O PMAQ é um programa de qualidade do Ministério da Saúde que servirá para a gestão, avaliação e planejamento em saúde, e que também possui finalidade acadêmica (finalidade secundária). Os dados encontram-se disponíveis com professores das Universidades participantes do PMAQ. Para utilização desses dados no meio acadêmico, é necessário preencher um termo de referência, que já foi enviado ao coordenador do PMAQ. O coordenador disponibilizou acesso aos dados do módulo I e II do PMAQ para o presente estudo. O projeto de pesquisa de maior amplitude que dá acesso aos dados do PMAQ para fins de pesquisa já foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (Nº aprovação CEP UFRGS 21904), e trata-se de um estudo intitulado “Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”. Para este estudo de maior amplitude e para os demais derivados, não foi necessário utilizar termo de consentimento livre e esclarecido, pois foram utilizados dados secundários oriundos da etapa de avaliação externa dos módulos I e II do PMAQ, estando de acordo com a resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta pesquisas com seres humanos no Brasil.

RESULTADOS

Tabela 1. Uso de medicamentos fitoterápicos e/ou plantas medicinais nas Unidades Básicas do Brasil através de dados oriundos do PMAQ – AB no ano de 2012

Perguntas do módulo I do PMAQ	Frequência (Percentual%)
Qual o tipo de unidade de saúde?	
Posto de saúde	10.457 (27,0%)
Centro de saúde/ Unidade Básica de Saúde	24.728 (63,7%)
Posto avançado	925 (2,4%)
Outro(s)	2.689 (6,9%)
O município disponibiliza medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos?	
S	3.761 (9,7%)
N	35.046 (90,3%)
Planta fresca	
S	165 (4,7%)
N	3.381 (95,3%)
Planta Seca(droga vegetal)	
S	270 (7,6%)
N	3.276 (92,4%)
Planta manipulada	
S	486 (13,7%)
N	3.060 (86,3%)
Industrializados	
S	2.446 (69,0%)
N	1.100 (31,0%)
Espinheira-santa	
S	461 (18,8%)
N	1.985 (81,2%)
Guaco	
S	1.717 (70,2%)
N	729 (29,8%)
Alcachofra	
S	253 (10,3%)
N	2.193 (89,7%)
Cáscara-sagrada	
S	152 (6,2%)
N	2.294 (93,8%)
Aroeira	
S	162 (6,6%)
N	2.284 (93,4%)
Garra-do-diabo	
S	170 (7,0%)
N	2.276 (93,0%)
Isoflavona de soja	
S	598 (24,4%)
N	1.848 (75,6%)
Umha-de-gato	
S	116 (4,7%)
N	2.330 (95,3%)
Agulhas filiformes descartáveis	
S	2.730 (7,0%)
N	36.063 (93,0%)
Em quantidade suficiente?	
S	2.562 (93,8%)
N	168 (6,2%)
Copos de ventosa	
S	411 (1,1%)

N	38.382 (98,9%)
Em quantidade suficiente?	
S	367 (89,5%)
N	43 (10,5%)
Mapas de pontos de acupuntura	
S	220 (0,6%)
N	38.573 (99,4%)
Em quantidade suficiente?	
S	191 (86,8%)
N	29 (13,2%)
Moxa (carvão e/ou Artemísia)	
S	206 (0,5%)
N	38.585 (99,5%)
Em quantidade suficiente?	
S	171 (83,4%)
N	34 (16,6%)

No quesito identificação temos a questão dos tipos de unidades de saúde participantes: 10.457 (27,0%) responderam como Posto de Saúde, 24.728 (63,7%) como Centro de saúde/Unidade Básica de Saúde, 925 (2,4%) como Posto avançado e 2.689 (6,9%) como Outro(s). Foi identificado que 3.761 (9,7%) municípios disponibilizam medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos, enquanto 35.046 (90,3%) não disponibilizam medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos. Os fitoterápicos inclusos na pesquisa são: Planta fresca, disponível em 165 (4,7%) das unidades e não disponível em 3.381 (95,3%) das unidades; Planta Seca (droga vegetal), utilizada por 270 (7,6%) das unidades e não utilizada por 3.276 (92,4%) das unidades; Planta manipulada, sendo disponibilizados em 486 (13,7%) dos estabelecimentos e não fornecidos por 3.060 (86,3%) dos estabelecimentos; Industrializados que são disponibilizados por 2.446 (69,0%) dos estabelecimentos e não disponibilizados por 1.100 (31,0%) das unidades; Espinheira-santa disponibilizada por 461 (18,8%) dos locais e não fornecida por 1.985 (81,2%) dos estabelecimentos; Guaco utilizado por 1.717 (70,2%) das unidades e não disponibilizado por 729 (29,8%) dos locais; Alcachofra fornecida por 253 (10,1%) dos estabelecimentos e não disponibilizada por 2.193 (89,7%) unidades; Cáscara-sagrada utilizada por 152 (6,2%) dos locais e não fornecida por 2.294 (93,8%) estabelecimentos; Aroeira disponibilizada por 162 (6,6%) das unidades e não utilizada por 2.284 (93,4%) dos locais; Garra-do-diabo fornecida por 170 (7,0%) dos estabelecimentos e não disponibilizada por 2.276 (93,0%); Isoflavona de soja utilizada por 598 (24,4%) das unidades e não

fornecida por 1.848 (75,6%) dos locais e Unha de gato disponibilizada por 116 (4,7%) dos estabelecimentos e não utilizada por 2.330 (95,3%). Em relação aos insumos para práticas integrativas e complementares, foram pesquisados os seguintes: Agulhas filiformes descartáveis disponíveis 2.730 (7,0%) dos locais, sendo que 2.562 (93,8%) em quantidade suficiente e 168 (6,2%) em quantidade não suficiente, e não disponíveis em 36.063 (93,0%) dos locais; Copos de ventosa disponibilizados em 411 (1,1%) das unidades, destes 367 (89,5%) em quantidade suficiente e 43 (10,5%) em quantidade não suficiente, e não disponibilizados por 38.382 (98,9%); Mapas de pontos de acupuntura fornecidos por 220 (0,6%) dos lugares, sendo que 191 (86,8%) em quantidade suficiente e 29 (13,2%) em quantidade não suficiente e não fornecidos por 38.573 (99,4%) dos lugares; Moxa (carvão e/ou Artemísia) disponíveis em 206 (0,5%) dos locais, destes 171 (83,4%) a quantidade é satisfatória e 34 (16,6%) a quantidade é insatisfatória, e não disponíveis em 38.585 (99,5%) dos locais.

Tabela 2. Utilização das PICs nas Unidades Básicas do Brasil através de dados procedentes do PMAQ – AB no ano de 2012.

Perguntas do módulo II do PMAQ	Frequência (Percentual%)
Quantidade de unidades participantes do PMAQ por região	
Região CO	1.109 (6,4%)
Região N	1.045 (6,1%)
Região NE	5.559 (32,3%)
Região S	2.919 (17,0%)
Região SE	6.570 (38,2%)
A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território? *	
S	3.209 (18,7%)
N	13.990 (81,3%)
Existe documento que comprove?	
S	2.301 (71,7%)
N	908 (28,3%)
A equipe registra o procedimento/atividade de práticas integrativas e complementares realizado?	
S	2.465 (76,8%)
N	744 (23,2%)
A equipe oferece o serviço de homeopatia?	
S	443 (13,8%)
N	2.766 (86,2%)
Existe documento que comprove?	
S	298 (67,3%)
N	145 (32,7%)

*os valores totais podem diferir pela possibilidade de não resposta.

Na tabela 2 observamos que 1.109 (6,4%) dos profissionais das UBS e documentos analisados pertencem à região Centro-Oeste, 1.045 (6,1%)

pertencem a região Norte, 5.559 (32,3%) pertencem a região Nordeste, 2.919 (17,0%) pertencem a região Sul e 6.570 (38,2%) pertencem a região Sudeste. Constatando que 3.209 (18,7%) das equipes oferecem o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários da região e 13.990 (81,3%) não disponibilizam, sendo que das equipes que oferecem o serviço 2.301 (71,7%) possuem documento que comprove e 908 (28,3%) não têm comprovação; as equipes que registram o procedimento das PICs realizadas são de 2.465 (76,8%) e as que não registram são 744 (23,2%); é oferecido o serviço de homeopatia por 443 (13,8%) das equipes e 2.766 (86,2%) não oferecem, sendo que 298 (67,3%) possuem documentação que comprove e 145 (32,7%) não têm comprovação.

Tabela 3. Oferta das PICs e insumos nas cinco regiões do país, através de dados provenientes do PMAQ – AB no ano de 2012.

	Total 38.807 (100,0%)	CO 2.706 (6,97%)	N 3.209 (8,27%)	NE 14.637 (37,7%)	S 6.315 (16,27%)	SE 11.940 (30,77%)	P*
Plantas medicinais e/ou fitoterápicos							< 0,01
S	3.761 (9,7%)	400 (14,8%)	226 (7,0%)	891 (6,1%)	1.348 (21,3%)	896 (7,5%)	
N	35.046 (90,3%)	2.306 (85,2%)	2.983 (93,0%)	13.746 (93,9%)	4.967 (78,7%)	11.044 (92,5%)	
Planta fresca							< 0,01
S	165 (4,7%)	10 (2,6%)	12 (5,3%)	63 (8,1%)	30 (2,3%)	50 (6,0%)	
N	3.381 (95,3%)	373 (97,4%)	214 (94,7%)	712 (91,9%)	1.298 (97,7%)	784 (94,0%)	
Planta seca							< 0,01
S	270 (7,6%)	5 (1,3%)	14 (6,2%)	52 (6,7%)	129 (9,7%)	70 (8,4%)	
N	3.276 (92,4%)	378 (98,7%)	212 (93,8%)	729 (93,3%)	1.199 (90,3%)	764 (91,6%)	
Planta manipulada							< 0,01
S	486 (13,7%)	11 (2,9%)	20 (8,8%)	103 (13,3%)	160 (12,0%)	192 (23,0%)	
N	3.060 (86,3%)	372 (97,1%)	206 (91,2%)	672 (86,7%)	1.168 (88,0%)	642 (77,0%)	
Industrializados							0,042
S	2.446 (69,0%)	255 (66,6%)	160 (70,8%)	511 (65,9%)	953 (71,8%)	567 (68,0%)	
N	1.100 (31,0%)	128 (33,4%)	66 (29,2%)	264 (34,1%)	375 (28,2%)	267 (32,0%)	
Agulhas filiformes							< 0,01
S	2.730 (7,0%)	272 (10,1%)	361 (11,3%)	810 (5,5%)	315 (5,0%)	972 (8,1%)	
N	36.063 (93,0%)	2.432 (89,9%)	2.846 (88,7%)	13.824 (94,5%)	5.999 (95,0%)	10.962 (91,9%)	
Copos ventosa							0,209
S	411 (1,1%)	35 (1,3%)	32 (1,0%)	135 (0,9%)	68 (1,1%)	141 (1,2%)	
N	38.382 (98,9%)	2.669 (98,7%)	3.175 (99,0%)	14.499 (99,1%)	6.246 (98,9%)	11.793 (98,8%)	
Mapas acupuntura							< 0,01
S	220 (0,6%)	13 (0,5%)	9 (0,3%)	35 (0,2%)	48 (0,8%)	115 (1,0%)	
N	38.573 (99,4%)	2.691 (99,5%)	3.198 (99,7%)	14.599 (99,8%)	6.266 (99,2%)	11.819 (99,0%)	
Moxa							< 0,01
S	206 (0,5%)	14 (0,5%)	21 (0,7%)	42 (0,3%)	29 (0,5%)	100 (0,8%)	
N	38.585 (99,5%)	2.690 (99,5%)	3.186 (99,3%)	14.592 (99,7%)	6.285 (99,5%)	11.832 (99,2%)	
A equipe oferece o serviço de PICs							< 0,01
S	3.209 (18,7%)	252 (22,8%)	146 (14,0%)	653 (11,7%)	496 (17,0%)	1.662 (25,3%)	
N	13.990 (81,3%)	855 (77,2%)	899 (86,0%)	4.905 (88,3%)	2.423 (83,0%)	4.908 (74,7%)	
A equipe registra as PICs realizadas?							< 0,01
S	2.465 (76,8%)	196 (77,8%)	98 (67,1%)	462 (70,8%)	400 (80,6%)	1.309 (78,8%)	
N	744 (23,2%)	56 (22,2%)	48 (32,9%)	191 (29,2%)	96 (19,4%)	353 (21,2%)	
Homeopatia							< 0,01
S	443 (13,8%)	6 (2,4%)	6 (4,1%)	47 (7,2%)	103 (20,8%)	281 (16,9%)	
N	2.766 (86,2%)	246 (97,6%)	140 (95,9%)	606 (92,8%)	393 (79,2%)	1.381 (83,1%)	

*Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de Qui – quadrado de Pearson.

**Valores totais podem diferir pela possibilidade de não resposta.

Na tabela 3, apresentamos a totalidade dos valores referentes às perguntas realizadas no PMAQ sobre as ofertas das PICs e os insumos utilizados no Brasil, como foram expostos nas Tabelas 1 e 2. As unidades participantes do PMAQ apresentaram o número total de 38.807 (100,0%) no Brasil; na região Centro- oeste foram 2.706 (6,97%) estabelecimentos; na região Norte foram 3.209 (8,27%) unidades; na região Nordeste foram 14.637 (37,7%) locais; na região Sul foram 6.315 (16,27%) estabelecimentos; na região Sudeste foram 11.940 (30,77%) unidades.

Em relação às comparações entre as cinco regiões, percebemos que a região Sul possui maior aderência em relação ao uso de plantas medicinais e/ou fitoterápicos em 1.348 unidades (21,3%), enquanto na região Nordeste, 891 unidades (6,1%) relataram utilizar as plantas medicinais e/ou fitoterápicos, esse resultado demonstra diferença estatística entre as cinco regiões ($p < 0,01$). Os fitoterápicos que foram incluídos na pesquisa são os seguintes: Planta fresca que apresentou maior porcentagem na região Nordeste com 63 estabelecimentos (8,1%) e menor porcentagem na região Sul com 30 estabelecimentos (2,3%), mostrando diferença estatística nas comparações ($p < 0,01$); Planta seca (droga vegetal) que apresentou maior utilização na região Sul com 129 unidades (9,7%) e menor utilização na região Centro-oeste com 5 unidades (1,3%), expondo diferença estatística nas cinco regiões ($p < 0,01$); Planta manipulada apresentou maior disponibilidade na região Sudeste com 192 estabelecimentos (23,0%) e menor disponibilidade na região Centro-oeste com 11 estabelecimentos (2,9%), o resultado demonstrou diferença estatística entre as cinco regiões ($p < 0,01$); Industrializados apresentou maior fornecimento na região Sul com 953 unidades (71,8%) e menor fornecimento na região Nordeste com 511 unidades (65,9%), resultando diferença estatística nas regiões do país ($p < 0,01$).

Foram pesquisados os seguintes insumos para práticas integrativas e complementares: Agulhas filiformes descartáveis foram mais frequentes na região Norte com 361 estabelecimentos (11,3%) e menos frequentes na região Sul com 315 estabelecimentos (5,0%), apresentando o resultado com diferença estatística ($p < 0,01$); Copos de ventosa não apresentou diferença estatística

significativa ($p = 0,209$); Mapas de pontos de acupuntura apresentou maior porcentagem na região Sudeste com 115 unidades (1,0%) e menor porcentagem na região Nordeste com 35 unidades (0,2%), esse resultado apresentou diferença estatística entre as cinco regiões ($p < 0,01$); Moxa (carvão e/ou Artemísia) apresentou maior utilização na região Sudeste com 100 estabelecimentos (0,8%) e menor utilização na região Nordeste com 42 estabelecimentos (0,3%) dos, demonstrando diferença estatística nas regiões do Brasil ($p < 0,01$).

Em relação ao fornecimento do serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários da região constatamos que a maior disponibilidade está na região Sudeste com 1.662 unidades (25,3%) e menor disponibilidade na região Nordeste com 653 unidades (11,7%), apontando diferença estatística entre as cinco regiões ($p < 0,01$); as equipes que registram as PICs realizadas estão em maior frequência na região Sul com 400 unidades (80,6%) e menor frequência na região Norte com 98 unidades (67,1%), esse resultado demonstra diferença estatística entre as regiões do país ($p < 0,01$). O serviço de Homeopatia é ofertado em maior porcentagem na região Sul com 103 estabelecimentos (20,8%) e em menor frequência na região Centro-oeste com 6 estabelecimentos (2,4%), mostrando diferença estatística entre as cinco regiões ($p < 0,01$).

DISCUSSÃO

A Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC) foi divulgada no ano de 2006 pelo Ministério da Saúde, institucionalizando as práticas integrativas e complementares no SUS (RODRIGUES, 2014). Esta Política têm o objetivo de reconhecer, apoiar, implementar e incorporar as práticas que já vêm sendo realizadas em diversas regiões no SUS, sendo uma demanda incorporada pela população. Apesar da PNPIC ter sido implementada no ano de 2006, constatamos que a oferta das práticas integrativas e complementares ainda é escassa nas unidades de saúde do país.

A Portaria Nº 533, de 28 de março de 2012, que estabelece a lista dos Fitoterápicos baseada no elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do SUS. A partir do estudo realizado no ano de 2012, constatou-se que somente 3.761 (9,7%) responderam que o município oferece plantas medicinais e/ou fitoterápicos para as unidades de saúde. Muitos dos medicamentos Fitoterápicos, não estão sendo disponibilizados pelas unidades, o percentual fica ainda mais baixo quando se questiona os insumos para práticas integrativas e complementares.

Um estudo realizado no município de Maracanaú (CE) que entrevistou 226 pacientes atendidos nas Unidades de Saúde da Família, apresentou prevalência de 20,6% de fitoterápicos nas prescrições. Muitos dos programas desenvolvidos de fitoterapia no SUS estão vinculados ao Programa Saúde da Família (SILVA et al, 2006). Essa prevalência demonstra que o município incentiva o uso da fitoterapia nos atendimentos das unidades de saúde, já que no estudo realizado a partir do PMAQ no ano de 2012, na região Nordeste, somente 6,1% dos estabelecimentos responderam que utilizam as plantas medicinais e/ou fitoterápicos.

A procura e oferta por terapias complementares é um acontecimento das últimas décadas, que está em processo de ampliação pelo mundo. A utilização de produtos e medicamentos naturais de modo simplificado, em conjunto com práticas de promoção da saúde, iniciou-se no final da década de 1970, por

meio de um sistema terapêutico e de cuidado. Iniciou-se um movimento naturalista, anti-tecnológico em relação à saúde, defendendo o uso da homeopatia e terapias oriundas da natureza, afirmando que o processo de cura poderia ser realizado por um meio natural e não apenas abdicando da medicina especializada (SOUSA et al, 2012).

Assim, as práticas são utilizadas em diversos países, por questões culturais, facilidade de acesso, saberes disseminados, descontentamento com os métodos tradicionais, dificuldade de acesso a outros métodos, entre outros fatores. Em muitos países, onde a oferta dos serviços de saúde é insuficiente para a demanda exigida, essas práticas são empregadas por milhões de pessoas. Segundo Andrade e Costa (2010), temos a Índia, com 70% de adesão, Ruanda, com 70% e Etiópia com 90%. Porém, essa adesão também ocorre em países que desenvolvem estudos avaliando a eficácia dessas práticas como Canadá, Austrália, Reino Unido, Bélgica, França e EUA.

Sousa et al (2012) mostram que na China e na Índia, as práticas complementares são utilizadas na atenção primária em saúde. Acredita-se que, aproximadamente, 70% da população do Canadá utilizam as MT/MCA de alguma forma. No ano de 2007, em torno de 40% da população adulta dos EUA, alegaram o uso das MT/MCA. Em muitos países há falta de dados que comprovem a eficácia, no entanto, há indicativos de que os profissionais de saúde do sistema público e os indivíduos utilizem de modo expressivo as MT/MCA, atendendo as demandas locais.

Diante do estudo, percebemos a pouca quantidade de municípios que disponibiliza medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos no Brasil, que é de 3.761 (9,7%) e que o número de locais que oferecem o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território é ainda mais escasso, 3.209 (18,7%), representando assim 85,32% do total de 3.761. As equipes que oferecem o serviço de homeopatia são apenas 443 (13,8%).

São apresentadas três diretrizes para a implantação da PNPIC. A primeira diretriz atende o fortalecimento e a inclusão das PICs no SUS, motivando a entrada em todos os níveis de atenção com foco na atenção básica, apoiando as práticas em andamento, propiciando formas de financiamento e estruturação da política. A segunda diretriz defende o desenvolvimento de táticas de qualificação nas PICs aos profissionais do SUS. Já a terceira diretriz possui

como objetivo a disseminação das informações e conhecimento em relação as PICs aos gestores, usuários e profissionais de saúde (ISCHKANIAN e PELICIONI, 2012).

Com embasamento no estudo, percebemos que a primeira diretriz da PNPIC ainda não foi atingida em seu objetivo, as PICs têm sido desenvolvidas no SUS, nas cinco regiões do país de forma desigual. Somente, a partir do fortalecimento da primeira diretriz poderemos ter um trabalho continuado para instruir a segunda e terceira diretriz, reforçando a importância do presente trabalho.

Pelo estudo, constatou-se que as regiões com maior frequência são duas. A região Sul, apresentando 21,3% dos municípios que oferecem plantas medicinais e/ou fitoterápicos; planta seca é disponibilizada por 9,7% das unidades; industrializados sendo utilizados por 71,8% dos estabelecimentos; o registro das PICs são efetivados em 80,6% dos locais e a homeopatia é aderida por 20,8% das unidades. A região Sudeste que usa planta manipulada em 23,0% dos estabelecimentos; utiliza mapas de acupuntura em 1,0% dos locais; disponibiliza moxa em 0,8% das unidades e oferece o serviço de PICs em 25,3% dos estabelecimentos. Não foram encontrados estudos que comparem a oferta das PICs e insumos nas cinco regiões do país, portanto o trabalho se torna relevante por identificar esse quesito.

Médicos e pacientes encontram dificuldades no acesso à literatura informativa abordando o assunto da Fitoterapia, dificultando assim a avaliação dos benefícios e utilização dessa prática terapêutica (FRANÇA et al, 2008). Devido a esse fator a oferta da prática pelos profissionais de saúde e gestores pode gerar insegurança pela falta de estudos científicos, dificultando a disseminação do uso das plantas medicinais e/ou fitoterápicos nas unidades de saúde.

Na construção da PNPIC, foi realizada uma pesquisa situacional das práticas realizadas nos municípios brasileiros no ano de 2004, foram enviados questionários para 5.560 municípios e 1.342 responderam o questionário, constatando-se que em 232 ofereciam algum tipo de prática complementar, fitoterapia (50%), homeopatia (35%), acupuntura (34,9%) e medicina antroposófica (1,7%). Dos estados brasileiros, 26 utilizavam as práticas, ficando concentradas na região Sudeste. Em relação ao fornecimento pela

farmácia pública, apenas 9,6% dos medicamentos homeopáticos eram oferecidos e 35,5% dos fitoterápicos (BRASIL, 2015).

De acordo com a pesquisa realizada no município de Canoas/RS com os profissionais do Programa de Saúde da Família, 70,4% dos médicos afirmaram utilizar os fitoterápicos em seus atendimentos (ROSA C et al, 2011).

Um estudo realizado no município de Florianópolis (SC), com cinco distritos sanitários, 112 equipes de saúde da família atuando em 50 Centros de Saúde e 7 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), não eram oferecidos profissionais de acupuntura e homeopatia nesses serviços. Não foi constatado incentivo às PICs na AB, no entanto foram encontrados dois médicos acupunturistas e um homeopata nas Policlínicas Municipais tendo referência à AB (COSTA e TESSER, 2012).

Existem instrumentos que avaliam a adesão das PICs, um deles é o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que em 2013 identificou a existência de mais de 3.650 estabelecimentos de saúde que ofereciam as PICs, sendo que 70% eram ofertadas na AB, atingindo 10% dos municípios brasileiros e contemplando 93% das capitais (RODRIGUES, 2014).

Acredita-se que a implantação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) nas práticas das unidades de saúde pode possibilitar a melhoria da qualidade do serviço de saúde, a interação entre as diversas unidades que integram o programa e o desenvolvimento de ações que promovam a educação em saúde, aumentando os resultados dos programas e ações. As Terapias Integrativas e Complementares têm como objetivo a melhoria da qualidade de vida da população atendida, visando a promoção e educação em saúde. Também atuam na prevenção de agravos, melhorando a saúde, proporcionando um cuidado integral.

Apesar da existência da PNPIC, há dificuldades e falta de aderência em relação às práticas, devido ao número insuficiente de profissionais capacitados, escassez de financiamentos na área, falta de espaços e fatores científicos e culturais que dificultam a integração.

Como demonstrado neste estudo, ainda existem poucas evidências referentes ao uso das PICS e este é um tema relevante para a saúde, portanto merece ser mais estudado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. **Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica**. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.497-508, 2010.^

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, Brasília, n.12,13 de junho de 2013 – seção 1, p59.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Portaria nº 971. Diário Oficial da União, nº 84, seção I, p.20-24, Brasília, 04 maio 2006.

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 edição. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa da Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. (Série A. Normas e manuais técnicos).

FRANÇA, I. S. X.; SOUZA, J. A.; BAPTISTA, R. S.; BRITTO, V. R. S. **Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais**. Rev. Bras. Enf. 61(2): 201-8, mar/abr., 2008.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). **Métodos de Pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica- Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. –Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

ISCHKANIAN, P. C.; PELICIONI, M. C. F. **Desafios das Práticas Integrativas e Complementares no Sus visando a promoção da saúde.** Rev Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano, 2012; 22(1): 233-238.

LIMA, K. M. S.; SILVA, K. L.; TESSER, Charles Dalcanale. **Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde.** Interface. Botucatu, 2013.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

NEGRELLE, R. R. B. et al. **Estudo etnobotânico junto à Unidade Saúde da Família Nossa Senhora dos Navegantes: subsídios para o estabelecimento de programa de fitoterápicos na Rede Básica de Saúde do Município de Cascavel Paraná).** Rev. Bras. Pl. Med., Botucatu, v.9, n.3, p6-22, 2007.

RODRIGUES, C. C. **Em que lugar político e institucional se encontram as práticas integrativas e complementares?** Trabalho de Conclusão de Curso de Formação em Saúde Coletiva e Educação na saúde (Especialização em Serviço). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasília, 2014.

ROSA, C. et al. **Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, 16(1): 311-318, 2011.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. **Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, 17(11): 3011-3024, 2012.

SILVA, M. I. G.; GONDIN, A. P. S.; NUNES, I. F. S.; SOUSA, F. C. F. **Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da**

família no município de Maracanaú (CE). Rev. Bras. Farmacognosia. 16(4): 455-462, out/dez, 2006.

SOUSA, I. M. C. et al. **Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(11):2143-2154, nov, 2012.

TESSER, C. D. **Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(8):1732-1742, ago, 2009.

THIAGO, S. de C. S.; TESSER, C. D. **Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares.** Ver. Saúde Pública, 2011; 45(2):249-57.

PINTO, H.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A.. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação** - DOI: 10.3395/reciis.v6i2.Sup1.624pt. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Brasil, 6, aug. 2012. Disponível em:
<http://www.reciiis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/624>. Acesso em: 24 maio 2016